

اثربخشی درمان هیجان‌محور بر شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

Effectiveness of emotion-focused therapy on patients with major depression disorder

Soroosh Khoshnam

Clinical Psychology

Ahmad Borjali

University of Allameh Tabatabaee

Leila Karegari Padar &

Hamid Amiri

Clinical Psychology

سروش خوشنام*

روانشناسی بالینی

احمد برجلی

دانشگاه علامه طباطبایی

لیلا کارگری پادرو

حمید امیری

روانشناسی بالینی

Abstract

This research was conducted to examine the efficacy of emotion focused therapy on the severity of depression in patients with major depression. emotion focused therapy as a neo-humanistic approach, by integrating and up-to-dating person-centered, gestalt, and existential therapies, and focusing on emotional processing gathered a good deal of experimental supports abroad. In this single-case design, the efficacy of the mentioned therapy was examined on three participants (two women and one man) suffering from major depression. To evaluate the consistency of therapeutic effects, the findings were followed for two months. Depression and the severity of it, was assessed by using structured clinical interview for DSM-IV-TR (SCID) and Beck Depression Inventory-II (BDI-II), respectively. General remission percentage of this index was 77%. The findings suggest that emotion focused therapy has high efficacy on reducing the severity of depression. Two months follow up results indicated the consistency of patients' remission during this period.

Keywords: emotion-focused therapy, major depression, severity of depression

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌محور بر شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام گرفت. درمان هیجان‌محور به عنوان درمانی نو-انسان‌گرایانه، با تلفیق و روز آمد کردن درمان‌های فرد-محور، گشتالت درمانی، و درمان وجودی، و تمرکز بر فرایندهای پردازش هیجانی، از حمایت تجربی قابل توجهی برخوردار است. در این پژوهش اثربخشی درمان مذکور بر روی سه آزمودنی (دو زن و یک مرد) مبتلا به افسردگی اساسی مورد بررسی قرار گرفت. برای ارزیابی ثبات اثرات درمانی در طول زمان، آزمودنی‌های حاضر در این پژوهش به مدت دوماه مورد پیگیری قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده پژوهش حاضر مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) و مقیاس افسردگی بک-II (BDI-II)، به ترتیب برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و ارزیابی شدت افسردگی در طول درمان، بودند. بیماران در شاخص درصد بهبودی ۷۷٪ بهبودی کلی نشان دادند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که درمان هیجان‌محور از اثربخشی بالایی در کاهش شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی برخوردار است. نتایج پیگیری دوماهه نیز نشان از پایداری بهبود بیماران در این فاصله داشته است.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌محور، افسردگی اساسی، شدت افسردگی

*نشانی پستی نویسنده: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران. پست الکترونیکی: sorooshkhoshnam@gmail.com

مقدمه

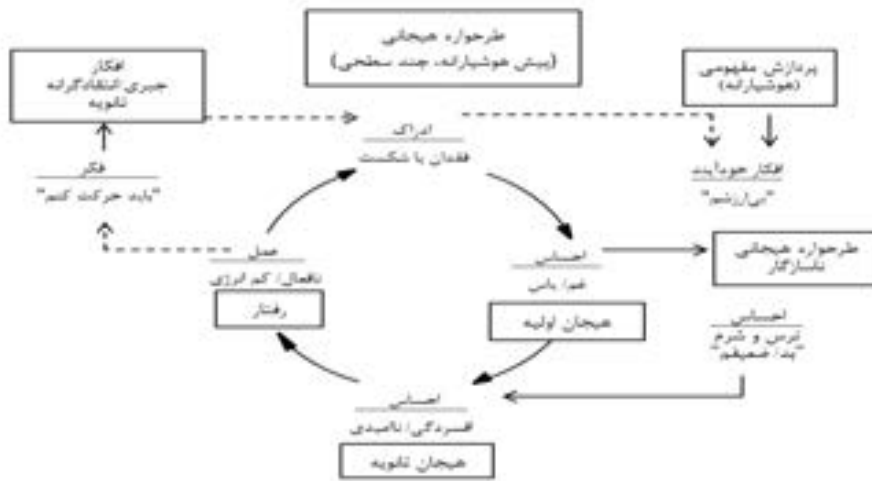
افسردگی اختلال روانی ناتوان کننده‌ای است که با نرخ شیوع ۱۷ درصد به عنوان شایع‌ترین اختلال روانپزشکی مطرح شده است (سادوک و سادوک ۲۰۰۷ / ۱۳۸۷). با وجود اینکه مدل‌های درمانی حاضر در مداوای بیماران افسرده موفقیت‌هایی به دست آورده‌اند، اما در فرایند درمان به هیجان‌ها و احساسات دردناک مراجعان کمتر توجه می‌کنند (گرینبرگ، ۲۰۰۲).

درمان هیجان‌محور^۱ به عنوان جایگزینی برای دو رویکرد عمده درمان بین‌فردی^۲ و درمان شناختی-رفتاری^۳ در درمان افسردگی ارایه شده است (البوت و گرینبرگ، ۲۰۰۷). درمان هیجان‌محور بر فرایندهای طرحواره هیجانی^۴ که زمینه‌ساز تعیین‌کننده‌های میان فردی و شناختی-رفتاری است، تمرکز می‌گذارد و پردازش عاطفی را به عنوان هدف بنیادین درمان خود می‌بیند (گرینبرگ و پایویو، ۱۹۹۷).
درمان هیجان‌محور درمانی نوانسان‌گرا و تجربی است

(گرینبرگ و گلر، ۲۰۱۲). در درمان هیجان‌محور تمرکز درمانگر نه تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار^۵ یا تحریف^۶ قرار گرفته است، که ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز در نظر دارد (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶).

از منظر رویکرد هیجان‌محور، انسان‌ها به عنوان سیستم‌های پویایی عمل می‌کنند که فرایندهای دیالکتیکی بسیاری را در سطوح مختلف، از سطح عصب‌شیمیایی^۷ تا سطوح آگاهانه و مفهومی، یکپارچه می‌کنند و این یکپارچه‌سازی^۸، پیوند جدایی ناپذیر عاطفه و شناخت را به بار می‌آورد. بنابراین افراد دایما با ترکیب و مدیریت بر ترکیب اطلاعات بیولوژیکی و یادگیری‌های فرهنگی که به ظاهر متضاد هستند، با کارآمدی بیشتری زندگی می‌کنند (پاسکال لیون و جانسون، ۲۰۰۴).

ایجاد افسردگی از دید رویکرد هیجان‌محور با استفاده از شکل ۱ توضیح داده شده است.



شکل ۱

فرایند افسردگی (گرینبرگ و پایویو، ۱۹۹۷)

- 5. deny
- 6. distort
- 7. neurochemical
- 8. integration

- 1. Emotion-Focused Therapy (EFT)
- 2. interpersonal therapy (IPT)
- 3. cognitive behavioral therapy (CBT)
- 4. emotion schemes

روتنبرگ، ۲۰۱۱؛ تامپسون، ۱۹۹۴؛ کمپبل-سیلز و بارلو، ۲۰۰۷؛ کول، مارتین و دنیس، ۲۰۰۴؛ گراس، ۱۹۹۸).
 پژوهش‌ها رابطه بین ناگویی هیجانی و سبک ناکارآمد تنظیم هیجان را تایید کرده‌اند (بشارت، زاهدی تجریشی و نوربالا، ۱۳۹۲؛ دویی، پانندی و میسر، ۲۰۱۰). هم‌چنین تنظیم هیجان می‌تواند منجر به اختلالات جسمانی شکل^۵ و ناهنجاری‌ها و ناراحتی‌هایی شود که تا به امروز توجه اندکی به آن شده است (حسینی و میرآقایی، ۱۳۹۲؛ لایبوریر، بیلسم، پانیت، سالومون و روتنبرگ، ۲۰۱۳؛ هاگس و گالون، ۲۰۱۱).
 درمان هیجان‌محور برای درمان افسردگی شامل سه مرحله اساسی است. (۱) توافق و آگاهی^۶ (۲) فراخوانی و کاوش^۷ (۳) مرحله دگرگونی. جدول ۱ مراحل و گام‌های درمان هیجان‌محور را به‌عنوان راهنمای کاربردی دو اصل اساسی این درمان یعنی تسهیل رابطه درمانی و پیش‌برد کار درمانی خلاصه می‌کند.

با توجه به این مدل آسیب‌شناختی، درمان هیجان‌محور تلاش دارد که با گسترش پردازش هیجانی بیمار، تغییرات درمانی را در وی ایجاد کند. این درمان برای گسترش پردازش هیجانی و تغییر فرایند افسردگی، بر چهار اصل اساسی استوار است. این اصول در بطن چهارچوب فراگیری قرار دارند که بر حمایت هیجانی و محیطی تاکید دارد (پایویو، ۲۰۱۳). حمایت محیطی و هیجانی مبنای اثربخشی درمانی است که دربردارنده چهار اصل پردازش هیجانی است: (الف) افزایش آگاهی هیجانی^۱، (ب) گسترش تنظیم هیجان^۲، (ج) تعمق در مورد هیجان^۳ و (د) دگرگونی هیجان^۴. این چهار چهار اصل راهنمای عمومی کار با هیجان‌ها هستند.
 تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند (بارگ و ویلیامز، ۲۰۰۷؛ بیلسم و روتنبرگ، ۲۰۱۱؛ روتنبرگ و گراس، ۲۰۰۳) تا به طور مناسب به تقاضاهای محیطی متنوع پاسخ دهند (بیلسم، تیلور-کلیفت و

جدول ۱

مراحل و گام‌های درمان هیجان‌محور

مرحله	گام
۱. توافق و آگاهی	۱. توجه، تمرکز، تصدیق احساسات و درک حاضر مراجع از خود ۲. آرایه منطبق کار با هیجان‌ها ۳. گسترش آگاهی از تجربه درونی ۴. برقراری تمرکز اشتراکی
۲. فراخوانی و کاوش	۱. نشان دادن حمایت ۲. برانگیختن و بیدار کردن احساسات مشکل‌زا ۳. خنثی‌سازی وقفه‌ها ۴. کمک به مراجع برای دسترسی به هیجان‌های اولیه یا طرحواره‌های هیجانی بنیادین ۱. کمک به مراجع برای ایجاد پاسخ‌های هیجانی جدید برای تغییر طرحواره‌های هیجانی بنیادین
۳. تغییر	۲. گسترش تعمق برای معنا دادن به تجربه ۳. تصدیق احساسات جدید و حمایت از پدیدایی مفهوم جدیدی از خود

5. somatoform disorders
 6. bounding and awareness
 7. evocation and exploration

1. emotional awareness
 2. emotion regulation
 3. reflecting on emotion
 4. transforming emotion

خروجی پژوهش داشتند انتخاب شده و با کسب رضایت، وارد مرحله درمان شدند. از لحاظ نظری، حداقل دو خط پایه برای مقایسه نتایج مداخله درمانی لازم است اما به نظر بارلو و هرسن^۵ (۱۹۷۳، به نقل از بارلو و هرسن، ۱۹۸۴) برای حفظ تاثیرات کنترلی این تکنیک، حداقل سه مورد لازم است. بر این اساس، پژوهشگران برای تامین اعتبار بیرونی^۶ پژوهش خود، سه مورد خط پایه را انتخاب و وارد فرایند پژوهش کردند.

ملاک‌های شمول گروه نمونه از این قرار بود: (۱) تشخیص اولیه افسردگی اساسی بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات (محور یک و محور دو)^۷. (۲) عدم استفاده از دارو در حال حاضر (سه ماه گذشته) و عدم استفاده از درمان‌های روانشناختی در حداقل دوسال گذشته. (۳) عدم همبودی اختلال‌های سوء مصرف مواد، سایکوز، افسردگی-شیدایی یا اختلال‌های خوردن در محور یک و اختلال‌های شخصیت مرزی، ضداجتماعی، یا اسکیزوتیپال در محور دو بر اساس (SCID-I و SCID-II). (۴) نبود ریسک بالای خودکشی. (۵) سن ۱۸ تا ۶۵ سال. (۶) گویش به زبان فارسی. (۷) عدم وجود علایمی دال بر کندی روانی-حرکتی و کلامی شدید. پس از ارزیابی اولیه و تشخیص افسردگی اساسی، بر مبنای مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک DSM-IV-TR (SCID-I)، پژوهشگر مراجعان را با تشخیص افسردگی، هدف و روش درمانی، طول مدت جلسات، روند ارزیابی‌ها، تکالیف خانگی و طرح پژوهشی آشنا می‌کرد و با تعهد به محرمانه ماندن اطلاعات، مراجعان را مطلع می‌ساخت که از داده‌های به‌دست آمده از فرایند درمان آنها به منظور اهداف پژوهشی استفاده خواهد شد و به پرسش‌ها و ابهام‌های آنها در مورد این روند پاسخ می‌داد.

لازم به ذکر است که فرایند فوق و تصمیم‌گیری در مورد انتخاب آزمودنی‌های پژوهش، به‌صورت تصادفی انجام نشد. بلکه این انتخاب بسته به ارزیابی آمادگی مراجعان برای شرکت در فرایند درمان و تحمل دشواری‌های این درمان از سوی پژوهشگر و نیز آمادگی عملی آنها برای شرکت در طرح صورت گرفت. نکته آخر در این مورد این بود که فرایند

تاکنون سه پژوهش عمده اثر بخشی درمان تجربی-روند^۱ (نام اولیه درمان هیجان‌محور) را در درمان افسردگی مورد بررسی قرار داده‌اند (گرینبرگ و واتسون، ۱۹۹۸؛ گلدمن، گرینبرگ و آنگوس، ۲۰۰۵؛ واتسون، گوردون، استرمک، کالوگراکوس و استکلی، ۲۰۰۳). این سه پژوهش اثربخشی این درمان را با اندازه اثرهای ۰.۷۱ تا ۱.۷۳ و پایداری بهبود در پیگیری‌های ۶ ماهه و ۱۸ ماهه ارزیابی کردند و همگی از اثربخشی بالای این درمان برای اختلال افسردگی خبر می‌دهند. مداخلات هیجان‌محور در ایجاد خودگویی‌های^۲ مثبت و تجارب تازه برای بیماران افسرده، تسهیل بخشش و کاهش مشکلات هیجانی موثر بوده است (آنگوس و کاگان، ۲۰۱۳؛ کنها، گونجالوس، هیل، مندس، ریبریو و همکاران، ۲۰۱۲؛ گرینبرگ، واروار، مالکوم، ۲۰۰۸). با توجه به به نرخ شیوع بالای بیماری افسردگی و ماهیت پیچیده آن و از آنجا که درمان هیجان‌محور، درمانی جدید و موثر شناخته شده است، پژوهش حاضر تلاش دارد که اثربخشی این درمان را در فرهنگ ایران و برای اختلال افسردگی اساسی مورد ارزیابی قرار دهد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: پژوهش حاضر از حیث روش در زمره پژوهش‌های کمی، با هدف ارزیابی اثربخشی مداخله قرار می‌گیرد. در این پژوهش از طرح شبه آزمایشی^۳ سری‌های تک موردی با پی‌گیری دو ماهه و با به‌کارگیری طرح AB برای چند آزمودنی استفاده شده است. در طرح سری‌ها یا تکرارهای تک‌موردی پژوهشگر هر یک از آزمودنی‌ها را به‌صورت جداگانه مورد ارزیابی و سپس مداخله درمانی قرار می‌دهد. یعنی پژوهشگر به تعداد آزمودنی‌ها طرح AB را اجرا می‌کند. جامعه این پژوهش بیماران افسرده دو مرکز مشاوره در شهر تهران هستند که ملاک‌های ورود و خروج پژوهش را دارند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری ملاک^۴ با سه نمونه ($M = 30/3$)، $S = 4/72$ استفاده شد. به این صورت که از میان درمانجویان، آنهایی که انطباق بیشتری با ملاک‌های ورودی و

5. Barlow, D. H., & Hersen, M.
6. external validity
7. structured clinical interview for DSM-IV-TR (I & II) disorder (SCID-I)

1. process-experimental therapy
2. self-narratives
3. quasi-experimental design
4. criterion sampling

ب) مولفه‌های تکلیفی^۵ شامل ۱) تکنیک صندلی خالی برای دغدغه‌های ناتمام^۶، ۲) تکنیک دو صندلی برای تغییر شیوه‌های انقادگرانه و تنبیه‌گرانه برخورد با خود یا حل و فصل دوسوگرایی^۷، ۳) بازگشایی فراخوان سامان‌دار^۸ برای حل و فصل واکنش‌هایی که مراجع مشکل ساز می‌داند، ۴) تمرکز به منظور تسهیل تعمق^۹ در محتوای هیجانی و آگاهی آگاهی از تجربه درونی، ۵) ایجاد معنی^{۱۰} برای حل و فصل سرخوردگی در چالش با باورهایی که پیش تر محترم دانسته می‌شدند (واتسون، گلدمن و گرینبرگ، ۲۰۰۷).

ابزار سنجش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک و محور دو *DSM-IV-TR (I و II) SCID-I*: دارای دو نسخه است و در این پژوهش از نسخه بالینی *SCID-I-CV* استفاده شده است. این نسخه بر اساس معیارهای تشخیصی *DSM-IV-TR* تنظیم شده و برای تشخیص‌گذاری بالینی اختلالات محور یک مورد استفاده قرار می‌گیرد (محمدخانی، ۱۳۸۹). *SCID-II* نیز دارای مصاحبه بالینی و پرسشنامه شخصیتی است و برای تشخیص اختلال‌های شخصیت به کار می‌رود. این ابزار به دلیل جامعیت و انطباق با ملاک‌های *DSM-IV-TR* معتبرتر از مقیاس‌های بالینی بوده و یک ارزیابی تشخیصی استاندارد و جامع در زمینه‌های پژوهشی، قانونی و بالینی است (اسپیتزر، ویلیامز، گیبون و فرست، ۱۹۹۲). پایایی^{۱۱} این ابزار در دامنه‌ای از ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده (کرانزلیر، کادن و بایور، ۱۹۹۷).

مقیاس افسردگی بک-*II (BDI-II)*: مقیاس افسردگی بک-*II* نسخه جدید پرسشنامه ۲۱ آیتمی خودگزارشی برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان است که تشخیص اختلال افسردگی را دریافت کرده‌اند. نمرات این پرسشنامه بر اساس چهار گزینه (۳-۰) بر حسب شدت وضعیت گزارش شده توسط بیمار نمره گذاری می‌شود (بک و استیر؛

مذکور علاوه بر سه آزمودنی حاضر، روی دو مراجع دیگر نیز انجام شد که متأسفانه به دلیل مشکلات مختلف از ادامه همکاری با این طرح منصرف و از نمونه پژوهش خارج شدند. پس از اعلام رضایت مراجعان برای حضور در طرح پژوهش، به آنها توضیح داده می‌شد که برای تثبیت ارزیابی (خط پایه) لازم است پیش از شروع درمان، در طول دو هفته آینده و در سه نوبت، به مقیاس افسردگی بک^۱ پاسخ دهند. سری اول پرسشنامه پس از جلسه مصاحبه انجام می‌گرفت، سری دوم یک هفته بعد و سری سوم پرسشنامه خط پایه دو هفته بعد، پیش از جلسه نخست درمان اجرا می‌شد. آزمودنی‌ها پس از انتخاب و ارزیابی‌های خط پایه وارد فرایند درمان می‌شدند. روند ارزیابی در طول درمان به این صورت بود که مقیاس افسردگی بک هر دو جلسه یک بار از آزمودنی‌ها اخذ می‌شد. پس از اتمام فرایند درمان نیز مرحله پی‌گیری دو ماهه، دو سری پرسشنامه در ماه بعد و دو ماه بعد از اتمام درمان، اجرا شد.

درمان متمرکز بر هیجان، درمانی کوتاه مدت (۱۶-۲۰ جلسه‌ای) و هر جلسه ۵۰ تا ۶۰ دقیقه توصیف شده است (گرینبرگ، ۲۰۰۲). پژوهشگران بسته درمانی به کار رفته در پژوهش حاضر را بر اساس درمان متمرکز بر هیجان (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶) در قالب برنامه‌ای ۱۸ جلسه‌ای تدوین کردند و مورد استفاده قرار دادند.

عناصر محتوایی این درمان عبارتند از: الف) مولفه‌های رابطه شامل ۱) هم‌نوایی لحظه به لحظه همدلانه درمانگر^۲: توجه به سبک بیان، کیفیت صدا، زبان بدن و سبک پردازش هیجانی، ۲) درمیان گذاشتن درک و فهم همدلانه با مراجعان^۳ ایجاد محیطی امن و اصیل که مراجع در آن احساس کند به‌طور کامل پذیرفته شده و درک می‌شود، ۳) تسهیل همکاری برای انجام تکالیف و اهداف درمان^۴: گوش دادن به روایت مراجع برای تشخیص جنبه‌های مشکل دار تجربه مراجع، درمیان گذاشتن ادراک‌های درمانگر و مراجع از تجربه مراجع.

5. task components
6. empty chair task for unfinished business
7. ambivalence
8. systematic evocative unfolding
9. reflection
10. creation of meaning
11. reliability

1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
2. therapists' empathic moment-to-moment attunement
3. communication to clients of empathic understanding
4. facilitating collaboration on the tasks and goals of therapy

محور V: بررسی کلی عملکرد: هم اکنون: ۵۰؛ بهترین عملکرد سال گذشته ۷۵.

بیمار دوم آقای ۳۴ ساله، متاهل، شاغل، دارای فرزند ۷ ساله، با تحصیلات دیپلم بود. بیمار تاکنون به روانشناس یا روانپزشک مراجعه نکرده بود و هیچ داروی روانپزشکی مصرف نمی‌کرد. شکایت اصلی او "خلق افسرده، بی لذتی و بی‌هدفی و ناامیدی در زندگی" بود. با گرفتن شرح حال و انجام مصاحبه تشخیصی، بیمار در محور I تشخیص افسردگی اساسی، تازه‌ترین دور، شدید، و بدون ویژگی‌های روانپزشکی (کد ۲۹۶/۳۳) گرفت. نشانه‌ها و علائم او عبارت بودند از: خلق پایین، بی‌لذتی در فعالیت‌های روزمره، احساس خستگی و ناتوانی، بی‌حوصلگی، و عدم تمرکز در کار. بیمار در تاریخچه بیماری خود به دوره‌ای مشابه همین دوره در ۵ سال قبل اشاره کرد و گفت "آن زمان هم همین حالت‌ها را داشتم. از آن زمان به بعد هم هیچگاه کاملاً سرحال نبودم ولی در یکی دو ماه گذشته حالم خیلی بد است". بیمار افکار زیادی در رابطه با بی‌هدف بودن، احساس گناه، و سردرگمی داشت. گاه افکار مربوط به خودکشی نیز به ذهن او خطور می‌کرد. او بیشتر وقت آزاد خود را در خلوت می‌گذراند. شغل خود را نیز بی‌فایده و بی‌ارزش می‌دانست. تشخیص:

محور I: افسردگی اساسی، تازه‌ترین دور، شدید، ۲۹۶/۳۳.

محور II: اختلال شخصیت ندارد.

محور III: اختلال یا بیماری جسمی ندارد.

محور IV: شدت تنش‌های روانی - اجتماعی: خفیف (مشاهده‌های اندک با کارگران در کارگاه، اختلاف نظرهای خفیف با همسر، عصبانیت و پرخاشگری‌های گاه‌گاه به فرزندش).

محور V: بررسی کلی عملکرد: هم اکنون: ۶۰؛ بهترین عملکرد سال گذشته ۷۰.

بیمار سوم خانمی ۲۵ ساله، مجرد، دانشجوی کارشناسی‌ارشد جامعه‌شناسی بود. بیمار سه سال قبل نیز به سبب اختلال افسردگی به روانپزشک مراجعه داشت. پس از زمان اندکی مصرف دارو، بهبود یافته و داروها را قطع کرده بود. بیمار بیان داشت که مصرف دارو برای او فایده‌ای نداشته و باید مشکلش را به شکلی عمیق‌تر حل کند. شکایت اصلی او خلق افسرده، نگرانی، ناتوانی در برقراری روابط صمیمانه، دغدغه‌های شغلی و ناامیدی نسبت به آینده عنوان شد. با

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 بازآزمایی^۱ را به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. 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^۲ هر یک از آیت‌ها و سایر مشخصه‌های آماری آماری پرسشنامه، هم‌چنین ضریب آلفای کرونباخ نشان می‌دهد که BDI-II در جمعیت ایرانی از روایی^۳ مناسب برخوردار است و می‌توان به نمره‌های حاصل از آن برای تحلیل آماری و روان‌سنجی اعتماد کرد.

خلاصه شرح حال آزمودنی‌ها

بیمار اول خانمی ۳۲ ساله، متاهل، شاغل، بدون فرزند، با تحصیلات دیپلم بود. بیمار تا کنون به روانپزشک یا روانشناس مراجعه‌ای نداشته و هیچ داروی روانپزشکی مصرف نکرده بود. شکایت اصلی بیمار "ناتوانی در تصمیم‌گیری در مورد جدا شدن از همسرش" ذکر شد. پس از گرفتن شرح حال و انجام مصاحبه تشخیصی، بیمار در محور I تشخیص اختلال افسردگی اساسی، دوره واحد، شدید، و بدون ویژگی‌های روانپزشکی (کد ۲۹۶/۲۳) گرفت. علائم بیماری وی عبارت بودند از: خلق بسیار پایین، بی‌لذتی در اکثر مواقع روز و در فعالیت‌های مختلف، کم‌خوابی و سحرخیزی، اشتهای کم (بدون کاهش وزن)، احساس خستگی شدید، بی‌قراری، سرآسیمگی، حواس‌پرتی، فقدان علاقه جنسی؛ این علائم در سه ماه گذشته شدت گرفته بودند و خلق بیمار در یک هفته قبل از اولین جلسه او را به اتاق درمان کشانده بود. محتوای فکر او سرشار از مشغله‌های ذهنی در مورد سرنوشت بد خود در گذشته و بلا تکلیفی در مورد آینده بود. افکار گذرای خودکشی به ذهن وی خطور می‌کرد. تشخیص:

محور I: افسردگی اساسی، دوره منفرد، شدید، ۲۹۶/۲۳.

محور II: اختلال شخصیت ندارد.

محور III: اختلال یا بیماری جسمی ندارد.

محور IV: شدت تنش‌های روانی - اجتماعی: شدید (مشاهده و رفتار خصومت‌آمیز با همسر، ارتباط محدود و رسمی با همکاران).

1. test-retest reliability
2. internal consistency
3. validity

محور I: افسردگی اساسی، تازه‌ترین دور، متوسط، ۲۹۶/۳۲.
 محور II: اختلال شخصیت ندارد.
 محور III: اختلال یا بیماری جسمی ندارد.
 محور IV: شدت تنش‌های روانی- اجتماعی: متوسط (شکست در رابطه‌های عاطفی، مشکلات تحصیلی مربوط به پایان نامه، مشکلات خانوادگی با پدر و مادر).
 محور V: بررسی کلی عملکرد: هم اکنون: ۶۵؛ بهترین عملکرد سال گذشته ۸۰.

یافته‌ها

در جدول ۲ نمرات بیماران در اولین خط پایه مقیاس افسردگی بک-II نشان داده شده است.

گرفتن شرح حال و انجام مصاحبه تشخیصی، بیمار در محور I تشخیص افسردگی اساسی، تازه‌ترین دور، متوسط، (کد ۲۹۶/۳۲) گرفت. نشانه‌ها و علائم او عبارت بودند از: خلق پایین، کم‌لذتی در فعالیت‌های روزانه، احساس خستگی زیاد، کاهش وزن (بیش از ۵٪ در طول یک ماه گذشته)، کم‌خوابی، دشواری در تمرکز، بی‌انگیزگی، و اشتغال ذهنی با بیماری‌های مقاربتی. عاطفه بیمار در طول مصاحبه محدود بود به این معنا که در مورد مشکلاتش چنان صحبت می‌کرد که گویی در مورد موضوعی بی‌اهمیت حرف می‌زند. با اشاره مختصر درمانگر به این موضوع ناگهان اشک از چشمان او جاری شد. بیمار به این مطلب اشاره کرد که هیچ وقت نتوانسته احساساتش را به دیگران منتقل سازد و از این رو برخی او را موجودی بی‌حس و نادان می‌دانند. تشخیص:

جدول ۲

نمرات بیماران در اولین خط پایه مقیاس افسردگی بک-II

بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	گویه‌ها
۱	۱	۳	غمگینی
۰	۳	۳	بدبینی
۱	۲	۲	شکست گذشته
۲	۳	۳	لذت نبردن
۲	۱	۳	احساس گناه
۱	۱	۳	احساس تنبیه
۱	۱	۲	دوست نداشتن خویش
۱	۲	۲	خود انتقادی
۰	۱	۳	افکار خودکشی
۲	۳	۳	گریه کردن
۲	۲	۳	بی‌قراری
۲	۳	۲	از دست دادن علاقه
۱	۱	۳	بی‌تصمیمی
۱	۲	۲	بی‌ارزشی
۳	۲	۳	از دست دادن انرژی
۰	۱	۲	تغییر در الگوی خواب
۲	۱	۲	تحریک‌پذیری
۲	۱	۲	تغییر در اشتها
۱	۳	۳	اشکال در تمرکز
۲	۳	۳	خستگی یا کسالت
۱	۲	۳	از دست دادن علاقه جنسی
۲۸	۳۹	۵۵	جمع

افسردگی در پایان درمان شده است و این کاهش نمرات در پیگیری دو ماهه نیز پایدار مانده‌اند. نتایج حاصل از شاخص‌های تغییر پایا ۱۲/۸، ۱۴، و ۹/۶ (همگی بالاتر از ۱/۹۶) و درصد بهبودی کلی (۷۷٪) نیز نشان از اثربخشی درمان هیجان‌محور بر کاهش میزان افسردگی دارد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل نموداری و ترسیمی (بررسی دیداری)، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی استفاده شده است.

نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس افسردگی بک-II در جدول ۳ نشان داده شده است. داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهند که درمان هیجان‌محور در این پژوهش باعث کاهش میزان

جدول ۳

نمرات بیماران در مقیاس افسردگی بک-II

بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	
۲۸	۳۹	۵۵	خط پایه
۳۱	۴۰	۴۹	جلسه اول
۲۰	۳۱	۴۶	جلسه سوم
۱۶	۲۸	۳۹	جلسه پنجم
۱۳	۱۷	۲۸	جلسه هفتم
۱۳	۸	۱۶	جلسه نهم
۷	۱۱	۱۹	جلسه یازدهم
۹	۷	۲۴	جلسه سیزدهم
۶	۵	۲۴	جلسه پانزدهم
۴	۴	۲۳	جلسه هجدهم
۰/۸۵	۰/۸۹	۰/۵۸	درصد بهبودی
	۰/۷۷		درصد بهبودی کلی
۵	۶	۱۵	پیگیری دو ماهه
۰/۸۲	۰/۸۴	۰/۷۲	درصد بهبودی
۹/۶	۱۴	۱۲/۸	شاخص تغییر پایا

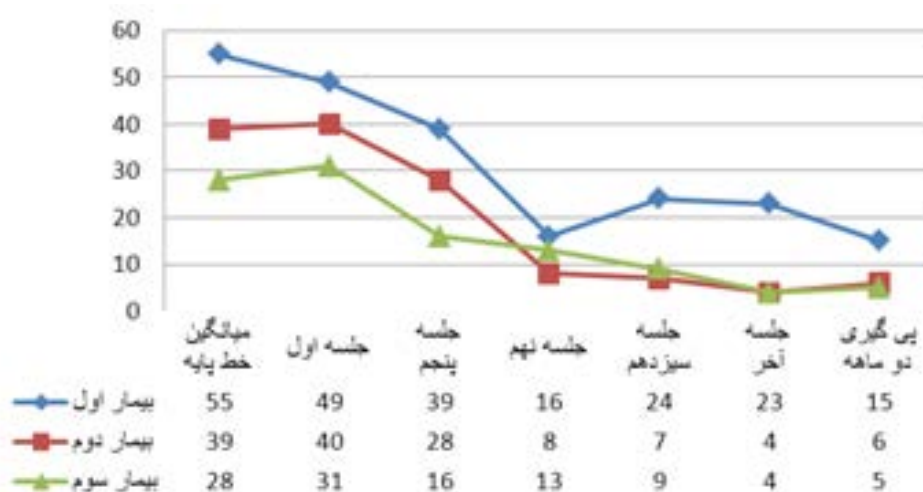
بیمار اول در این دوره بهبود بیشتری یافته و در محدوده افسردگی خفیف قرار گرفت (نمره ۱۵). شکل ۲ روند تغییر نمرات افسردگی بیماران را در طول درمان و پس از پیگیری دو ماهه نمایش می‌دهد. شیب نمودار نشانگر کاهش سریع نمرات افسردگی بیمار اول تا میانه درمان (جلسه نهم)، سپس افزایش نمرات در چهار جلسه بعد و در نهایت تثبیت نمره‌ها در جلسات پایانی درمان است. نکته جالب توجه در این نمودار، کاهش نمره افسردگی بیمار اول در پی‌گیری دو ماهه است. بیمار در شاخص تغییر پایا نمره ۱۲/۸ (بزرگتر از ۱/۹۶) و درصد بهبودی (۵۸٪) را به‌دست آورده است. میزان افسردگی بیمار دوم نیز از نمره ۳۹ در خط پایه به نمره ۴ در پایان درمان و نمره ۶ در پی‌گیری دو ماهه رسیده است. شاخص تغییر پایا

معناداری بالینی نمره‌های افسردگی بیماران: طبق تقسیم بندی گراث-مارنات (۲۰۰۳) نمرات ۰ تا ۱۳ در مقیاس افسردگی بک، بدون افسردگی یا افسردگی خیلی خفیف، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی ملایم، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط، ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید محسوب می‌شود. با توجه به این تقسیم‌بندی، نمرات بیماران دوم و سوم در محدوده بدون افسردگی یعنی فروکش کامل^۱ بیماری، قرار می‌گیرند (با نمره ۴) اما بیمار اول با نمره افسردگی ۲۳، در انتهای درمان را می‌توان در زمره بیماران افسرده با افسردگی متوسط یعنی فروکش نسبی^۲ قرار داد. نمرات افسردگی بیماران در دوره پیگیری نیز کاهش خود را حفظ کرده بود. با این تفاوت که

1. complete remission
2. partial remission

است. شاخص تغییر پایا $1/96 > 9/6$ و درصد بهبودی (۸۶٪) نشانگر اثربخشی بالای درمان هیجان‌محور بر میزان افسردگی در بیمار سوم است.

$1/96 > 14$ و درصد بهبودی (۸۹٪) نشانگر اثربخشی بالای درمان هیجان‌محور بر میزان افسردگی در بیمار دوم است. میزان افسردگی بیمار سوم از نمره ۲۸ در خط پایه، به نمره ۴ در انتهای درمان و نمره ۵ در پی‌گیری دو ماهه رسیده



شکل ۲

سیر نمرات بیماران در مقیاس بک-II

مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان است. مبدعان درمان هیجان‌محور عقیده دارند که تنظیم هیجان بیش از آنکه برنامه‌های آموزشی با پروتکلی مشخص باشد، یک فرایند است و از این نظر کار درمانگر بیش از آنکه به کار یک معلم شبیه باشد، به کار یک مربی شباهت دارد (گرینبرگ، ۲۰۰۲؛ گرینبرگ و آنگوس، ۲۰۱۱).

مراجعان با تجربه‌ای که در مرحله آگاهی هیجانی کسب کرده بودند، می‌آموختند که به جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شدن توسط آنها، بر وجود هیجان‌های خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هرچه عمیق‌تر دریافت کنند. مراجعان در طول جلسات به این درک می‌رسیدند که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار. بنابراین می‌توان به جای گریز از آنها یا غرق شدن در آنها، پیام پنهانی‌شان را شنید. در پژوهشی که توسط واروار^۲ (۲۰۰۳؛ به نقل از گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶) انجام گرفت نیز نشان داده شد که ترکیب انگیزختگی هیجانی^۳ و

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که روان‌درمانی هیجان‌محور در کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی موثر است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های گرینبرگ و واتسون (۱۹۹۸)، واتسون و همکاران (۲۰۰۳)، و گلدمن و همکاران (۲۰۰۵)، که همگی نشانگر اثربخشی درمان تجربی-روند (هیجان‌محور) بر کاهش میزان افسردگی هستند، هماهنگی دارد.

چنانچه پیش‌تر ذکر شد درمان هیجان‌محور درمانی مبتنی بر رابطه، تجربی و انسان‌گرا است. نشان داده شده است که تعامل‌های لحظه به لحظه مراجع-درمانگر و همراهی درمانگر با حالت هیجانی مراجع، نتایج درمان را پیش‌بینی می‌کند (آدامز و گرینبرگ^۱، ۱۹۹۶؛ به نقل از گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶).

نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی تلخ برای مراجعان غالباً فرایندی دشوار و طاقت‌فرسا است. رسالت درمانگر در این زمینه علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش

2. Warwar, S.
3. emotional arousal

1. Adams, F. R., & Greenberg, L.

درمان بود. اما فرایند تغییر در مراجع اول اندکی پیچیده‌تر و دشوارتر بود. وی درمان را با نمره افسردگی ۵۵ در مقیاس افسردگی بک-II آغاز کرد. این نمره عمق بدبینی و ناامیدی مراجع در زمان شروع درمان را نشان می‌دهد. پس از فروکش نسبی بیماری در مراحل ابتدایی درمان، مراجع بازگشتی تدریجی در مقیاس‌های پژوهش داشت. در واقع، مشکلات خانوادگی و ازمان بیماری در فرایند درمان مداخله می‌کرد. درمانگر در مواجهه با این مشکل، تمرکز بیشتری بر رابطه درمانی اعمال کرد و با تصدیق ناراحتی و غم مراجع، او را به فرایند درمان بازگرداند. مراجع اول در جلسات آخر به ثبات خلقی رسیده بود و درمان را در حالت فروکش نسبی بیماری ترک کرد.

تازگی پژوهش در این رویکرد درمانی، محدودیت‌هایی را بر پژوهش حاضر تحمیل کرد که به چند مورد عمده آن اشاره خواهد شد. نخستین محدودیت این پژوهش استفاده از طرح شبه آزمایشی است. به این معنا که نمی‌توان به‌طور قاطع بیان کرد که تغییرات در متغیر وابسته تحت تاثیر مداخله درمانی یعنی متغیر مستقل قرار داشته است. دومین محدودیت این پژوهش، شیوه گردآوری داده‌ها است. پژوهشگران در اجرای پژوهش تنها به پرسشنامه خودگزارشی بسنده کردند. این شیوه بسیاری از کیفیت‌ها و فرایندهای تغییر بیماران را از نظر دور نگه می‌دارد. محدودیت سوم ناکافی بودن دوره پیگیری است. دوره دو ماهه پیگیری به واقع نمی‌تواند نشانگر خوبی برای پایایی درمانی با ۴ ماه طول درمان باشد.

باتوجه به محدودیت‌های ذکر شده به پژوهشگران آتی توصیه می‌شود: (۱) برای تعیین اثربخشی درمان هیجان‌محور از طرح‌های آزمایشی استفاده کنند. (۲) در کنار پرسشنامه‌های خودگزارشی از ابزارهای دیگر سنجش به‌خصوص نشانه‌های بدنی و هیجانی استفاده کنند. یک راه حل عملی این است که پژوهشگران از جلسات درمان خود تصویربرداری کنند تا با مطالعه آنها بتوانند شاخص‌های تغییر مانند کنش و واکنش‌های درمانگر و مراجع را در طول جلسات ردیابی کرده و بر اساس آنها، مکانیسم‌های تغییر را بازشناسند. (۳) در ابزارهای سنجش، ابزارهایی برای ثبت تجربیات کیفی مراجعان و درمانگران از فرایندهای درمان جای دهند. این عمل می‌تواند پژوهش‌های کیفی و تلفیقی

تجربه کردن هیجان، پیش بینی کننده‌های بهتری برای نتایج، در مقایسه با هر یک از این شاخص‌ها به تنهایی است. در مورد مراجع اول و دوم، روند بهبود زمانی شتاب گرفت که آنها توانستند تجربه هیجانی خود را به‌طور مطلوب با دیگران در میان بگذارند. هر سه مراجع در این مقطع به شیوه‌های مختلف بیان می‌کردند که از زمانی که خودشان را بهتر می‌شناسند، ارتباط بهتری با دیگران برقرار کرده و نقش‌های موثرتری ایفا می‌کنند.

درمان هیجان‌محور به نقش تکنیک‌های تجربی-مواجهه‌ای، متاثر از گشتالت درمانی، تاکید دارد (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۰۸). گرینبرگ و پدرسون^۱ (۲۰۰۱)، به نقل از گرینبرگ و واتسون، (۲۰۰۶) دریافتند که انجام دو تکلیف بنیادین درمان هیجان‌محور درون جلسه درمان، نتیجه پایان درمان، پیگیری ۱۸ ماهه و مهم‌تر از آن، تمایل به عدم بازگشت^۲ در مدت زمان پی‌گیری را پیش بینی می‌کنند. این تکلیف‌های بنیادین یعنی حل شکاف‌ها^۳ و حل کارهای ناتمام، از طریق تکنیک‌های تجربی درون جلسات انجام می‌شوند.

آخرین مرحله درمان هیجان‌محور، تعمق در معنای هیجان‌ها، به منظور ایجاد هماهنگی میان هیجان‌های پدید آمده در مراحل پیشین است. درمانگر در انتهای درمان بیش از آنکه هدایت کننده و ترغیب کننده باشد، حمایت‌گر است. در این مرحله مراجع دستاوردهای درمان شامل افزایش آگاهی از هیجان‌ها، بیان هیجان‌های تازه، کنار آمدن با دشواری‌های تنظیم هیجان و ابراز هیجانی مناسب را با یکدیگر هماهنگ می‌کند و به ادراک تازه‌ای از خود دست می‌یابد. تصدیق خود تنظیم‌گری‌های^۴ مراجع در این مرحله نقش بسزایی در حرمت خود مراجعان دارد. آنها در این موقعیت بیش از آنکه نیازمند رایه راه حل از سوی درمانگر باشند، در جستجوی تایید خود به عنوان یک انسان انتخاب‌گر و عامل‌اند (وجه وجودی درمان هیجان‌محور). مراجعان دوم و سوم این پژوهش، در این مرحله به ثبات هیجانی رسیده بودند و نمره‌های آنها در مقیاس افسردگی بک-II نشان‌دهنده آمادگی آنها برای جدا شدن از فرایند

1. Pederson, R.
2. relapse
3. resolving splits
4. self-regulation

برای سنجش پایایی اثربخشی درمان در نظر گرفته شود.

ویژنامه توانبخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی، ۲۹، ۸۲-۸۸.
 سادوک، ب. ج.، و سادوک، و. آ. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی، ۱۳۸۷. تهران: ارجمند.
 فتی، ل.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م. ک.، و دابسون، ک. ا. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری / طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چهارچوب مفهومی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۱، ۳۲۶-۳۱۲.
 محمدخانی، پ. (۱۳۸۹). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM-IV-TR*. تهران: انتشارات دانژه.

References

Angus, L. E., & Kagan, F. (2013). Assessing client self-narrative change in emotion-focused therapy of depression: An intensive single case analysis. *Psychotherapy, 50*, 525-534.

Bargh, J. A., & Williams, L. E. (2007). On the non-conscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *handbook of emotion regulation* (pp. 429-445). New York: Guilford Press.

Barlow, D. H. & Hersen. M. (1984). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. Ally and Bacon: Boston.

Beck, A. T., & Streer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory*. The Psychological Corporation: New York.

Bylsma, L. M., & Rottenberg, J. (2011). Uncovering the dynamics of emotion regulation and dysfunction in daily life with ecological momentary assessment. In I. Nyklíček, A. Vingerhoets, M. Zeelenberg (Eds.), *Emotion regulation and well-being*. New York: Springer.

Bylsma, L. M., Taylor-Clift, A., & Rottenberg, J. (2011). Emotion reactivity to daily events in major and minor depression. *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 155-167.

Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.),

بسیاری را ایجاد کند. (۴) دوره‌های پیگیری طولانی مدت‌تری

مراجع

بشارت، م. ع.، زاهدی تجربی، ک.، و نوربالا، ا. ع. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*، ۸، ۱۶-۳.
 حسنی، ج.، و میرآقایی، ع. م. (۱۳۹۲). رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده‌پردازی خودکشی. *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*، ۷، ۶۱-۷۲.
 دابسون، ک. ا.، و محمدخانی، پ. (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی.

Handbook of emotion regulation (pp. 542-559). New York: Guilford Press.

Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*, 317-333.

Cunha, C., Gonçalves, M. M., Hill, C. E., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Sousa, I., et al. (2012). Therapist interventions and client innovative moments in emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy, 49*, 536-548.

Dubey, A., Pandey, R., & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science Researches, 7*, 20-31.

Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The essence of process-experiential/ emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy, 61*, 241-254.

Goldman, R., Greenberg, L., & Angus, L. (2005). The effects of adding specific emotion-focused interventions to the therapeutic relationship in the treatment of depression. *Psychotherapy Research, 16*, 537-549.

Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through*

- their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Geller, S. M. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S.C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Angus, L. E. (2011). *Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, Healing Lives*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M., (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psycho-education in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 185-196.
- Greenberg, L., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*, 210-224.
- Greenberg, L., & Watson, J. (2006). *Emotion focused therapy for depression*. Washington: American Psychological Association.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hughes, E. K., & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image, 8*, 224-231.
- Kranzler, H., Kadden, R., & Babor, T. (1997). Validity of the longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *Drug & Alcohol Dependence, 45*, 859-68.
- Labouliere, C. D., Bylsma, L. M., Panaite, V., Salomon, K., & Rottenberg, J. (2013). Difficulties in emotion regulation and suicidality associated with abnormalities in resting RSA and task-related RSA changes. *Psychophysiology, 50*, S101-S101
- Paivio, S. C., (2013). Essential processes in emotion – focused therapy. *Psychotherapy, 50*, 341-345.
- Pascual-Leone, J., & Johnson, J. (2004). Affect, self-motivation, and cognitive development: A dialectical constructivist view. In Y. D. Dai & R. J. Sternberg (Eds.), *Motivation, emotion, and cognition: Integrative perspectives on intellectual functioning and development* (pp. 197-236). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rottenberg, J., & Gross, J. J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology Science and Practice, 10*, 227-232.
- Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M., & First, M. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). *Archive of General Psychiatry, 49*, 624-629.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 25-52.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 773-781.
- Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2007). *Case studies in emotion focused therapy: A comparison of good and bad outcomes*. American Psychological Association: Washington D.C.