



مقاله اصلی

اثربخشی درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری روان شناختی و احساس انسجام در بیماران قلبی - عروقی مبتلا به چاقی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۵

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری روانشناختی و احساس انسجام در بیماران قلبی - عروقی مبتلا به چاقی انجام پذیرفت.

روش کار: روش تحقیق حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش عبارت است از کلیه بیماران قلبی - عروقی مبتلا به چاقی شهر تهران مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی و رجایی تهران در سال ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹ بود. روش نمونه گیری در این پژوهش در دسترس بود. تعداد ۲۴ نفر از بیماران قلبی - عروقی مبتلا به چاقی به صورت دردسترس در هر گروه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در هر گروه ۱۲ نفر جایگزین شدند. گروه آزمایش درمان هیجان مدار را به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی دریافت کردند. گروه کنترل نیز در لیست انتظار قرار داشتند. جمع آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های پذیرش و عمل بوند و همکاران (۲۰۱۱) و احساس انسجام درونی کیمیایی و همکاران (۱۳۹۲) انجام شد.

نتایج: تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-26 و آزمون تحلیل کوررئانس چندمتغیره انجام شد. یافته‌ها نشان داد درمان هیجان مدار در افزایش انعطاف پذیری روانشناختی ($p < 0/001$) و احساس انسجام ($p < 0/001$) اثربخش است.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت درمان هیجان مدار یک روش موثر و پایدار در بهبود شرایط روانشناختی بیماران قلبی - عروقی است.

کلمات کلیدی: درمان هیجان مدار، بیماران قلبی - عروقی، چاقی، انعطاف پذیری روانشناختی، احساس انسجام

سارا ذریعه^۱

فرح نادری*^۲

پرویز عسگری^۳

سعید بختیارپور^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد

بین المللی خرمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران

^۲ استاد گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی،

اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی،

اهواز، ایران

^۴ استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی،

اهواز، ایران

Email: nmafrh@yahoo.com

مقدمه

شیوع بیماری‌های قلبی عروقی در کشورهای در حال توسعه، از جمله در کشور ما در حال افزایش است و بار ناشی از این بیماری‌ها و عواقب ناشی از آن قابل توجه است (۱). از میان بیماری‌های مزمن، بیماری قلبی عروقی شایع‌ترین بیماری مزمن و تهدیدکننده حیات می‌باشد (۲). در ایران شیوع بیماری‌های قلبی عروقی و مرگ‌ومیر حاصل از آن رو به افزایش می‌باشد، به گونه‌ای که این بیماری ۴۶٪ از علل مرگ‌ومیر را به خود اختصاص می‌دهد و میزان بروز آن در ۱۰۰ هزار نفر، و سالیانه ۱۱۶ هزار نفر به علت این بیماری جان می‌سپارند (۳). از میان عوامل خطرپذیر بیماری قلبی عروقی، اضافه‌وزن و چاقی اهمیت زیادی دارند. چاقی باعث رشد نوارهای چربی در شریان‌های راست قلب می‌شود که از مراحل اولیه آترواسکلروز به شمار می‌رود (۴). پژوهش‌ها رابطه میان BM و افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی را نشان داده‌اند. در سنین میان‌سالی، میزان BM تا ۲۲ برای مردان قابل قبول است، ولی به ازاء هر واحد افزایش BM بیشتر از ۲۲، خطر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری قلبی عروقی چهار تا پنج درصد افزایش می‌یابد (۵).

به طور سنتی احساسات و افکار مثبت و ارضای نیازهای اساسی روانی همانند احساس تعلق و شایستگی و استقلال به عنوان سنگ بنای سلامت روان دیده شده است، اما در کنار این عوامل انعطاف‌پذیری روان شناختی نیز مهم است (۶). انعطاف‌پذیری روان شناختی طیف گسترده‌ای از توانایی‌های انسان را در بر می‌گیرد. از تشخیص و سازگاری با خواسته‌های مختلف محیطی گرفته تا تغییر راهبردهای رفتاری، زمانی که این راهبردها کارکرد فردی و اجتماعی شخص را به خطر می‌اندازند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی موجب حفظ تعادل میان حوزه‌های مختلف زندگی می‌شود و شخص را آگاه از محیط و متعهد به رفتارهایی می‌کند که با ارزش‌های فردی‌اش همسو است. همان طور که انعطاف‌پذیری روان شناختی با سلامت روان ارتباط دارد نبود آن نیز با آسیب روانی در ارتباط است (۷). نتایج پژوهش دیندو و همکاران (۸) نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری روان شناختی با سلامت عمومی

و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از ناراحتی‌ها که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد.

احساس انسجام نیز یکی از عواملی است که می‌تواند در سلامت روان بیماران قلبی عروقی نقش داشته باشد. آنتونوسکی در حالی مفهوم احساس انسجام روانی را تعریف کرد که به جای کار بر روی عواملی که باعث بیماری می‌شوند، به مدلی روی آورد که از عواملی حمایت می‌کنند که منجر به سلامت و بهزیستی انسان می‌شود (۹). احساس انسجام روانی شامل سه مولفه می‌باشد، ۱. درک‌پذیری: توسعه درک فرد از این که جهان قابل پیش‌بینی و قابل فهم است. ۲. توانایی مدیریت: توسعه درک فرد از دسترسی به منابع مقابله‌ای و توانایی برای دستکاری واقعیت‌ها، ۳. معناداری: توسعه این که فرد معانی هیجانی، چالش‌ها و علائقی در زندگی خود بیابد (۱۰). اگر چه این مفهوم دارای سه بعد است، اما به طور عملیاتی، آنها در یک مقیاس واحد مشخص می‌شوند که به طور نظری منعکس‌کننده جهت‌گیری کلی زندگی است (۱۱). احساس انسجام روانی قوی، با ظرفیت بالا برای مقابله روانی و جسمانی سالم با استرس‌ها و چالش‌هایی که در طول زندگی فرد رخ می‌دهند، ارتباط دارد (۱۲). در این راستا پژوهش‌ها نشان داده است افراد با احساس انسجام قوی با موفقیت بیشتری در برابر استرس مقابله می‌کنند (۱۳). همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که حس انسجام نقش موثری در وضعیت سلامت جسمی و روانی دارد (۱۴).

یکی از راهکارهایی که به نظر می‌رسد برای کاهش پیامدهای منفی روانی در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی موثر واقع شود، استفاده از رویکردهای درمانی دارای پشتوانه پژوهشی است. درمان هیجان محور یکی از درمان‌هایی است که در عوامل روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی موثر است. این درمان که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است، ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روان‌شناختی در بیماران قلبی عروقی دارد. فرایند درمان هیجان محور که به روش فردی اجرا می‌شود با سه مرحله پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی

تخلیه خواهند شد. ابراز عواطف به شکل صحیح می تواند مانع بسیاری از بیماری ها و مشکلات گردد.

مکانیزم هایی که در بیماران جسمی نقش دارند؛ بسیار پیچیده هستند و نه تنها شامل عوامل شناختی بلکه شامل عوامل رفتاری، شناختی و ژنتیکی نیز می شوند که بررسی های تجربی بیشتری را می طلبد. به علاوه، با نگاهی علمی به بیماری های جسمی از جمله بیماری های قلبی عروقی، می توان این نکته را دریافت که پاره ای از علل این نوع بیماری ها مربوط به عوامل زیستی و شاخص های فیزیولوژیک می باشد. اما در کنار این عوامل زیستی، برخی متغیرهای روانشناختی به عنوان عوامل زمینه ساز در این بیماری ها عمل نموده و پس از بروز بیماری های قلبی عروقی، بر نتایج درمان های دارویی و طبی صورت گرفته بر روی مبتلایان تاثیرات بسزایی به جا می گذارند. با توجه به مطالب یاد شده، سوال و مسئله اساسی در این پژوهش این عبارت است از اینکه آیا درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری روانشناختی و احساس انسجام بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی اثربخش است.

روش کار

تحقیق حاضر از لحاظ نوع داده ها از جمله تحقیقات کمی محسوب می شود. از منظر روش جمع آوری داده ها میدانی است. از نظر هدف در زمره ی تحقیقات کاربردی محسوب می شود و به لحاظ روش، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش عبارت است از کلیه بیماران قلبی- عروقی مبتلا به چاقی شهر تهران مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی و رجایی تهران در سال ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹ بود. روش نمونه گیری در این پژوهش در دسترس بود. با در نظر گرفتن احتمال ریزش آزمودنی ها، ۳۰ نفر از بیماران قلبی- عروقی مبتلا به چاقی به صورت دردسترس در هر گروه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در هر گروه ۱۵ نفر جایگزین شدند. در مرحله ای انتخاب اولیه ۲ نفر در گروه کنترل از ادامه همکاری دست کشیدند و همچنین یک نفر در گروه آزمایش از شرکت در پژوهش منصرف شد. پس از اجرای درمان، یک نفر

هیجانی در هشت گام تعیین می شود. این سه مرحله باهم همپوشی دارند و در سرتاسر درمان به مراجع به عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به عنوان راهنما و تسهیل گر برای اهداف مراجع نگریسته می شود (۱۵). در درمان هیجان محور نظر بر این است که شیوه ای که افراد تجارب هیجانی را سازمان دهی و پردازش می کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می کنند، منجر به درماندگی آنها شده است (۱۵). هدف درمان هیجان محور کمک به مراجعان در دستیابی به هیجان های نهفته و تسهیل تعاملات مثبتی است که در دسترس بودن و اعتماد بین درمان هیجان محور گزارش کردند که مراجعانی که آموزش درمان هیجان محور را دیده بودند، در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر تمایل داشتند تا اطرافیان شان را ببخشند. که این عامل، باعث افزایش رضایت و بهبود کیفیت زندگی آنها شده بود. همچنین آدامسون (۱۶) در مطالعه ای با عنوان زوج درمانی هیجان محور برای زوجینی که همسرشان سرطان سینه دارند، همراه با پایه تئوری و مطالعه موردی توصیفی، بیان می کند در زوج هایی که همسر بیمار دارد، زن و شوهر هر دو، آشفتگی هیجانی زیادی را تجربه می کنند. در نتیجه رابطه چنین زوجینی و همچنین سلامت بیمار به طور منفی تحت تاثیر قرار می گیرد. نتیجه این پژوهش نشان داد زوج درمانی هیجان محور باعث کاهش آشفتگی هیجانی و افزایش رضایت و کیفیت زندگی زناشویی در این زوجین شده است. همچنین نتایج پژوهش سلطانی، شعیری، روشن، و رحیمی (۱۷) نشان داد که زوج درمانی هیجان محور باعث کاهش آشفتگی زوجین می شود. در واقع بررسی هیجان و عواطف در عرصه روان شناسی امروز جایگاه وسیعی را به خود اختصاص داده است. ارتباط هیجان با ویژگی های شخصیتی، اختلال ها، نظام پردازش اطلاعات شناختی، ارتباط های بین فردی یافته های بی بدیلی را فرا روی جهان بشری قرار داده است. چگونگی تغییر احساس افراد در خلال زمان را می توان به منزله مسیریایی در فضای هسته عاطفی ترسیم کرد. سرکوب کردن انواع عواطف خطرناک است و پس از مدتی به شکل انفجاری و غیرقابل کنترل

۰/۹۲۷، برای خرده مقیاس قابل مدیریت بودن ضریب ۰/۶۵۰، برای خرده مقیاس قابل درک بودن ضریب ۰/۸۸۶ به دست آمد. اعتبار همزمان پرسشنامه انسجام درونی از طریق همبستگی معنی دار ۰/۵۵۶- با پرسشنامه GHQ بدست آمد. تمام خرده مقیاس‌ها همبستگی معنی داری با سایر مقیاس‌های سلامت عمومی دارد (۱۸).

پرسشنامه پذیرش و عمل بوند و همکاران (AAQ-II)

این پرسشنامه توسط بوند و همکاران (۱۹) برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ سوال است. سوال‌های این پرسشنامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هزگز = ۱، خیلی بندرت = ۲، بندرت = ۳، گاهی اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۵، تقریباً همیشه = ۶ و همیشه = ۷) رتبه بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی این پرسشنامه به شیوه بازآزمایی توسط بوند و همکاران (۱۹) ۰/۸۱ و ضریب پایایی همسانی درونی سوالات با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است. در ایران نیز ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمون ۰/۷۱ بدست آمده است (۲۰).

روند اجرای پژوهش

از میان بیماران قلبی-عروقی مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی و رجایی تهران با بررسی پرونده پزشکی، ارزیابی و سرند افراد انجام شد. از میان ۱۴۰۸ بیمار، تعداد ۳۷۲ نفر واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند که از این میان، تعداد ۳۰ نفر از بیماران قلبی-عروقی مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی و رجایی تهران به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس در سه گروه ۱۵ نفره به صورت تصادفی جایگزین شدند که در حین انجام پژوهش ۳ نفر از هر گروه ریزش داشتند و تعداد هر گروه به ۱۲ نفر تقلیل یافت.

از گروه آزمایش و در مرحله پیگیری نیز یک نفر دیگر ریزش داشت. همچنین در گروه کنترل نیز یک نفر دیگر ریزش داشت. در مجموع ۶ نفر ریزش داشتند که سه نفر سهم گروه کنترل و سه نفر سهم گروه آزمایش بود. معیارهای ورود عبارت بودند از: ابتلا به بیماری قلبی عروقی حداقل سه ماه، ابتلا به چاقی با شاخص توده بدنی ۲۵ به بالا، علاقه به حضور در پژوهش، عدم دریافت درمان-های روانشناختی تا قبل از جلسات گروه درمانی، عدم وجود اختلالات روانشناختی یا سابقه بیماری روانی و بستری، امکان داشتن تکلم و سواد حداقل دیپلم برای شرکت در جلسات. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات گروهی درمان و عدم تمایل به شرکت در جلسات در حین اجرای جلسات گروهی درمانی.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه انسجام درونی کیمیایی و همکاران: این

مقیاس یک پرسشنامه‌ی ۵۰ سوالی است که توسط کیمیایی، ارقبایی و جوزی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای سه مولفه برای سنجش؛ میزان قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنا دار بودن وقایع از نظر فرد می‌باشد. مقیاس معناداری شامل ۲۳ سؤال و مقیاس قابل مدیریت بودن ۶ سؤال و مقیاس قابل درک بودن ۲۰ سؤال دارد. در یک طیف ۵ درجه‌ای از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) به روش لیکرت درجه بندی می‌شود. سوالات ۴۸، ۴۷، ۴۶، ۴۱، ۳۹، ۲۷، ۲۲، ۲۱، ۱۶، ۹، ۸ به صورت معکوس درجه بندی می‌شود به طوری که در طیف ۵ نمره‌ای خیلی زیاد (۱) تا خیلی کم (۵) نمره گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشانگر انسجام درونی بیشتر و نمرات پایین‌تر بیانگر انسجام درونی کمتر است. در هنجاریابی این پرسشنامه از ۴۱۰ آزمودنی که به شیوه خوشه‌ای چند مرحله‌ای نمونه‌گیری شده بودند، تعداد ۴۰۴ پرسشنامه بدست آمد که دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال و میانگین ۲۲/۵ سال داشتند. پرسشنامه‌ی انسجام درونی همسانی درونی خوبی دارد و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۳۵، برای خرده مقیاس ضریب

^۱ - General Health Questionnaire

خون بر اساس پرونده پزشکی هر بیمار در اختیارشان قرار گرفت. جدول ۱ خلاصه شرح جلسات گروهی درمان هیجان مدار نشان داده شده است.

گروه آزمایش درمان هیجان مدار را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشتند. برای ترغیب شرکت کنندگان در پژوهش به آن‌ها ماسک، دستکش، و الکل ضد عفونی کننده در هر جلسه ارائه شد. همچنین در هر جلسه به آزمودنی‌ها قرص‌های ویتامین دی و کنترل کننده فشار

جدول ۱. جلسات درمان هیجان محور برگرفته از گرینبرگ (۲۱)

جلسه	عناوین
اول	اجرا پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات بیماران از درمان
دوم	تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که بیماران چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی بیماران، آشنایی بیماران با اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری بیماران
سوم	شکل دهی دوباره به مشکل برجسته احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به بیمار، آگاهی دادن به بیماران در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی
چهارم	ترغیب به شناسایی نیازهای پردر شده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است. جلب توجه بیماران به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش
پنجم	آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکار سازی جایگاه هر بیمار در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات و بیماران و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها
ششم	آسان سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین بیماران
هفتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین بیماران و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی
هشتم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است. برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن به گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌های آسیمی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. در این تحقیق از روش‌های آماری زیر استفاده شد. از آماره‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار و برای آزمون فرضیه‌های تحقیق، از تحلیل واریانس مختلط ۳*۲ (ترکیب اندازه‌گیری مکرر و طرح بین گروهی) و آزمون‌های تعقیبی استفاده شد.

نتایج

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار انعطاف پذیری روانشناختی و احساس انسجام در گروه درمان هیجان مدار و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را در نمونه‌ی بیماران قلبی-عروقی مبتلا به چاقی نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل					
متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
روانشناختی	هیجان مدار	۲۱/۳۳	۶/۲۲	۳۳/۱۷	۴/۸۲
				میانگین	انحراف معیار
				۳۲/۳۳	۴/۱۱

۵/۱۲	۲۱/۹۲	۴/۸۵	۲۱/۴۲	۵/۰۲	۲۱/۱۷	کنترل	
۱۱/۳۲	۱۶۰/۱۷	۱۰/۸۶	۱۵۹/۹۲	۹/۹۴	۱۴۳/۴۲	هیجان مدار	احساس انسجام
۸/۶۷	۱۴۱/۵	۱۰/۲۹	۱۴۲/۱۷	۱۰	۱۴۲/۰۸	کنترل	

بنیادی ترین فرض برای تحلیل کوواریانس خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته مورد بررسی و متغیر کمکی (کوواریت) است. از مفروضات آزمون کوواریانس این است که باید بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته رابطه خطی باشد. در این پژوهش، پیش آزمون‌های انعطاف پذیری روانشناختی و احساس انسجام به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت ها) و پس آزمون آن‌ها، به عنوان متغیرهای وابسته تلقی شدند.

۲- همخطی چندگانه

در این پژوهش، پیش آزمون‌های انعطاف پذیری روانشناختی و احساس انسجام به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت) تلقی شدند. ضرایب همبستگی محاسبه شده در دامنه ای برابر ۰/۰۵ تا $(p < ۰/۰۵)$ تا $(p > ۰/۰۵)$ به دست آمد، با توجه به همبستگی به دست آمده، می‌توان گفت که تقریباً مفروضه همخطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کوواریت ها)، تأیید شده است.

۳- همگنی واریانس ها

برای بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون مساوی بودن واریانس های لوین استفاده شد. جدول ۳ نتایج آزمون همگنی واریانس ها را در متغیرهای وابسته (انعطاف پذیری روانشناختی و احساس انسجام) در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در گروه درمان هیجان مدار، میانگین و انحراف معیار انعطاف پذیری روانشناختی در مرحله‌ی پیش آزمون برابر ۲۱/۳۳ و ۶/۲۲، در مرحله‌ی پس آزمون برابر ۳۳/۱۷ و ۴/۸۲ و در مرحله پیگیری برابر ۳۲/۳۳ و ۴/۱۱، میانگین و انحراف معیار احساس انسجام در مرحله‌ی پیش آزمون برابر ۱۴۳/۴۲ و ۹/۴۹، در مرحله‌ی پس آزمون برابر ۱۵۹/۹۲ و ۱۰/۸۶ و در مرحله پیگیری برابر ۱۶۰/۱۷ و ۱۱/۳۲ می‌باشد و نیز، در گروه گواه، میانگین و انحراف معیار انعطاف پذیری روانشناختی در مرحله‌ی پیش آزمون برابر ۲۱/۱۷ و ۵/۰۲، در مرحله‌ی پس آزمون برابر ۲۱/۴۲ و ۴/۸۵ و در مرحله پیگیری برابر ۲۱/۹۲ و ۵/۱۲، احساس انسجام در مرحله‌ی پیش آزمون برابر ۱۴۲/۰۸ و ۱۰/۰، در مرحله‌ی پس آزمون برابر ۱۴۲/۱۷ و ۱۰/۲۹ و در مرحله پیگیری برابر ۱۴۱/۵ و ۸/۶۷ می‌باشد. برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های بین دو گروه از آزمون آماری مناسب استفاده شد. قبل از اجرای آزمون شرایط داده‌ها و پیشفرضها بررسی شدند.

در این بخش، قبل از تحلیل داده، برای اطمینان از این که داده های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور پنج مفروضه تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن، همخطی چندگانه، همگنی واریانس ها، همگنی شیب‌های رگرسیون و نرمال بودن توزیع متغیرها مورد بررسی قرار گرفتند، که به ترتیب ذکر شده‌اند.

۱- خطی بودن

جدول ۳. نتایج همگنی واریانس‌های لوین در متغیرهای وابسته‌ی پژوهش در مرحله‌ی پیش آزمون

متغیر	آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	p
انعطاف پذیری روانشناختی	۲/۲۶	۲	۳۳	۰/۱۲
احساس انسجام	۰/۷۵	۲	۳۳	۰/۴۷

۴- همگنی شیب‌های رگرسیون

جهت بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون از آزمون کوواریانس و بررسی تعامل بین عامل گروه‌ها و پیش‌آزمون‌ها استفاده شد. جدول ۴ همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای وابسته (انعطاف پذیری روانشناختی و احساس انسجام) را نشان می‌دهد.

نتایج یافته‌های جدول ۳ نشان دهنده همگنی واریانس‌ها می‌باشد که با توجه به نتایج جدول فوق ($p > 0.05$) و عدم معناداری آزمون لوین، اجازه استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود دارد. بدین معنی که گروه‌های آزمایشی و گواه قبل از اعمال مداخله آزمایشی (در مرحله پیش‌آزمون) از نظر واریانس‌ها همگن بودند.

جدول ۴. همگنی شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون‌های انعطاف‌پذیری روانشناختی و استحکام من با پس‌آزمون‌های آن‌ها

متغیر	شاخص‌های آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه × انعطاف‌پذیری روانشناختی	۶۱/۲۸	۳	۲۰/۴۲	۲/۳۳	۰/۱۱	
گروه × احساس انسجام	۱۲/۸۷	۳	۴/۲۹	۰/۲۰	۰/۸۹	
گروه × استحکام من	۵۶/۲۱	۳	۱۸/۷۳	۱/۲۵	۰/۳۲	

برای مقایسه گروه‌های آزمایشی و گواه بر اساس نمره‌های پس-آزمون‌ها، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، جهت تعیین تأثیر مداخله درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و احساس انسجام، ابتدا یک تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی داده‌ها انجام گرفت سپس نتایج تحلیل کوواریانس آنکوا در متن مانکوا گزارش شد.

بر اساس جدول ۴، نتایج F گروه × پیش‌آزمون متغیرهای وابسته نشان می‌دهد شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایشی و گواه معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0.05$). بنابراین، تعامل شیب‌های رگرسیون متغیرهای انعطاف‌پذیری روانشناختی و احساس انسجام با گروه معنی‌دار نمی‌باشند و پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید می‌شود.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی نمره‌های پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روانشناختی و احساس انسجام

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	p
اثر پیلایی	۱/۱۵	۶/۷۹	۱۰	۵۰	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۲۹	۲۳/۲۴	۱۰	۴۸	۰/۰۰۱
اثر هنتینگ	۲۶/۹۳	۶۱/۹۶	۱۰	۴۶	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲۶/۷	۱۳۳/۵۳	۵	۲۵	۰/۰۰۱

از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا برای نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) در گروه‌های درمان هیجان‌مدار و گواه نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های پس‌آزمون انعطاف‌پذیری روانشناختی و احساس انسجام

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
------	-------	---------------	------------	-----------------	---	---------------	------------

گروه	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۱۰۲۷/۳۲	۲	۵۱۳/۶۶	۴۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵
	احساس انسجام	۱۷۸۱/۰۳	۲	۸۹۰/۵۱	۳۳/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰

بین گروه‌های درمان هیجان مدار و گواه تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. بر اساس جدول میانگین‌ها (جدول ۲) درمان هیجان مدار در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و احساس انسجام اثربخش بوده است.

همانطور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($F=۴۳/۰۶$ و $P=۰/۰۰۱$) و احساس انسجام ($F=۳۳/۸۳$ و $P=۰/۰۰۱$) به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و احساس انسجام)

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی نمره‌های پیگیری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و احساس انسجام

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۱/۰۵	۵/۵۷	۱۰	۵۰	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۴۹	۱۶/۸۲	۱۰	۴۸	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۷/۱۹	۳۹/۵۳	۱۰	۴۶	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۷/۰۶	۸۵/۳۳	۵	۲۵	۰/۰۰۱

از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جدول ۸ نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکووا برای نمره‌های پیگیری در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکووا) در گروه‌های درمان هیجان مدار و گواه نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی

جدول ۸. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکووا روی نمره‌های پیگیری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و احساس انسجام

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۸۴۰/۱۷	۲	۴۲۰/۰۸	۲۹/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	تنظیم‌شناختی هیجان مثبت	۴۸۷/۱۶	۲	۲۴۳/۵۸	۲۴/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	تنظیم‌شناختی هیجان منفی	۱۹/۰۷	۲	۹/۵۳	۲/۴۴	۰/۱۰	۰/۱۴
	احساس انسجام	۱۹۸۷/۸۳	۲	۹۹۳/۹۱	۳۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	استحکام من	۲۹۳۴/۹۸	۲	۱۴۶۷/۴۹	۶۸/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳

با توجه به جدول میانگین‌ها (جدول ۲) این یافته نشان می‌دهد که بین گروه گواه و درمان هیجان مدار در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و احساس انسجام تفاوت معنی‌داری به نفع درمان هیجان مدار وجود دارد. بدین معنی که درمان هیجان مدار اثر پایداری بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی داشته است.

همان‌طور که در جدول ۸ ملاحظه می‌شود نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($F=۲۹/۲۴$ و $P=۰/۰۰۱$) و احساس انسجام ($F=۳۵/۸۸$ و $P=۰/۰۰۱$) به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و احساس انسجام) بین گروه‌های درمان هیجان مدار و گواه تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

و موجب بهزیستی روانشناختی میشود (۲۸). در این درمان هیجان به عنوان پایه و اساس تجربه در ارتباط با کرکردهای انطباقی و غیرانطباقی در نظر گرفته می‌شود (۲۹) و تلاش می‌کند تا با فعال کردن هیجان قوی اولیه، هیجان‌های مثبت را بهبود و هیجان‌های منفی را کاهش دهد تا بتواند یک رابطه همدلانه و سازگارانه را شکل دهد (۳۰).

نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان مدار از طریق مکانیسم تغییر در سیستم شناختی و هیجانی افراد می‌تواند در انعطاف پذیری روانشناختی و احساس انسجام افراد موثر باشند. از این‌رو، درمان هیجان‌مدار می‌تواند یک درمان اثربخش در بهبود انعطاف پذیری روانشناختی و احساس انسجام بیماران قلبی- عروقی مبتلا به چاقی باشد.

محدودیت‌های تحقیق حاضر عبارت بودند از: محدود شدن اندازه‌گیری متغیرهای وابسته به استفاده از پرسشنامه به عنوان تنها ابزار تحقیق، دسترسی مشکل به آزمودنی‌هایی که معیارهای مناسب پژوهش را داشته باشند. هماهنگی مشکل برای ارائه جلسات به دلیل شرایط شیوع بیماری کوید-۱۹ در کشور.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول است. بدینوسیله از تمام مسئولین بیمارستان‌های شریعتی و رجایی تهران که ما را در جمع‌آوری داده‌ها و همکاری در جهت انجام گروه‌درمانی‌ها یاری رساندند، نهایت تشکر و قدردانی را به عمل می‌آوریم. تحقیق حاضر با شناسه اخلاق IR.IAU.AHVAZ.REC.1400.084 مصوب شده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی بین نویسندگان پژوهش حاضر وجود ندارد.

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری روانشناختی و احساس انسجام بیماران قلبی- عروقی مبتلا به چاقی بود. یافته‌ها نشان داد درمان هیجان مدار در افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و احساس انسجام اثربخش است. این یافته‌ها با نتایج سامرز و همکاران (۲۲)، بویرسما و همکاران (۲۳)، سوویگ و همکاران (۲۴)، گلیستی و همکاران (۲۵)، و گلیستی و همکاران (۲۶) همسو است.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت به طور کلی درمان هیجان مدار شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ها در الگوهای دایمی ناسازگاری در افراد آشفته می‌باشد. تلاش این رویکرد آشکار ساختن هیجان‌ها آسیب پذیر در هر کدام از افراد و تسهیل توانایی افراد در ایجاد این هیجان‌ها به شیوه‌های ایمن و محبت آمیز می‌باشد. پردازش این هیجان‌ها در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم تر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفستگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت بخش تر می‌باشد. طرحواره‌های هیجانی مشخص می‌کنند که شیوه‌های افراد در مفهوم‌سازی و سنجش هیجان‌ها چیست و چه استراتژی‌های رفتاری‌ای را در واکنش به هیجان‌ها به کار می‌گیرند. همچنین این طرحواره‌ها می‌توانند روی افکار ما تاثیر بگذارند و رفتارهای بعدی ما را پیش‌بینی کنند. رویکرد هیجان مدار به مراجعان کمک می‌کند تا این طرحواره‌ها را بشناسند، بپذیرند و تغییر دهند. طبق این رویکرد، هیجان‌ها اصولاً سازگار هستند اما برخی عوامل مانع از بروز هیجان‌ها اصیل شده و سبب تحریف آن‌ها می‌شوند و عدم توانایی فرد در تنظیم هیجان‌ها به عنوان عاملی برای بدکارکردی در نظر گرفته می‌شود (۲۷).

درواقع، در درمان هیجان مدار، هیجان، بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازماندهی خود می‌باشد، اساسی ترین سطح کارکرد هیجان یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده

Original Article

The effectiveness of emotion-focused therapy in psychological flexibility and internal cohesion among cardiovascular patients with obesity

Received: 21/04/2021 - Accepted: 16/09/2021

Sara Zarieh¹
Farah Naderi^{2*}
Parviz Asgari³
Saeid Bakhtiarpoor⁴

¹ PhD. student in Health Psychology, Department of Psychology, Khorramshahr International Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran.

² Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author)

³ Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Email: nmafih@yahoo.com

Abstract

Introduction: The present research was aimed to determine the effectiveness of emotion-focused therapy in psychological flexibility and internal cohesion among cardiovascular patients with obesity.

Methods: The research method was semi-experimental with pretest, posttest, 3-month follow-up and control group design. The statistical population of the study were include all cardiovascular patients with obesity in Tehran who referred to Shariati and Rajaei hospitals in 2019-2020. The sampling method was convenience. Twenty-four subjects of patients have been assigned in to groups randomly (12 subjects in each group). The experimental group received emotion-focused treatment in two-hour weekly sessions for eight weeks. The control group were in wait list. To gather the data, acceptance and action questionnaire of Bund et al., (2011) and internal cohesion of Kimiaei et al., (2013) were used. The data were analyzed by SPSS-26 through Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA).

Results: The findings showed the emotion-focused therapy in increasing the psychological flexibility and the internal cohesion is effective.

Conclusion: According the findings, it can be concluded that the emotion-focused therapy is an effective and consistent approach in improving the psychological circumstances of cardiovascular patients.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, Cardiovascular Patients, Obesity, Psychological Flexibility, Internal Cohesion.

References

1. Kim EH, Lee JB, Kim SH, Jo M-W, Hwang JY, Bae SJ, et al. Serum triglyceride levels and cardiovascular disease events in Koreans. *Cardiology*. 2015;131(4):228-35.
2. Song J, Koh TH, Park O, Kwon D, Kang S, Kwak K, et al. Association between depression and cardiovascular disease risk in general population of Korea: results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2016. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*. 2019;31(1):e1-10.
3. Hosseini H, Safavi M, Fesharaki M. Relationship between Hypertension and Restless Legs Syndrome in Patients with Cardiovascular Disease. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2018;4(3):47-53. [In Persian].
4. Piché M-E, Poirier P, Lemieux I, Després J-P. Overview of epidemiology and contribution of obesity and body fat distribution to cardiovascular disease: an update. *Progress in cardiovascular diseases*. 2018;61(2):103-13.
5. Xiao L, Wang P, Fang Q, Zhao Q. Health-promoting lifestyle in patients after percutaneous coronary intervention. *Korean Circulation Journal*. 2018;48(6):507-15.
6. Almarzooqi S, Chilcot J, McCracken LM. The role of psychological flexibility in migraine headache impact and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2017;6(2):239-43.
7. Frinking E, Jans-Beken L, Janssens M, Peeters S, Lataster J, Jacobs N, et al. Gratitude and loneliness in adults over 40 years: examining the role of psychological flexibility and engaged living. *Aging & Mental Health*. 2020;24(12):2117-24.
8. Dindo L, Brandt CP, Fiedorowicz JG. Cross-sectional relations between psychological inflexibility and symptoms of depression and anxiety among adults reporting migraines or risk factors for cardiovascular disease. *Journal of contextual behavioral science*. 2019;13:1-6.
9. Boeckxstaens P, Vaes B, De Sutter A, Aujoulat I, van Pottelbergh G, Matheï C, et al. A high sense of coherence as protection against adverse health outcomes in patients aged 80 years and older. *The Annals of Family Medicine*. 2016;14(4):337-43.
10. Ngai F-W, Ngu S-F. Family sense of coherence and family and marital functioning across the perinatal period. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2016;7(1):33-7.
11. Ferguson S, Browne J, Taylor J, Davis D. Sense of coherence and women 's birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery*. 2016;34:158-65.
12. Elfassi Y, Braun- Lewensohn O, Krumer- Nevo M, Sagy S. Community sense of coherence among adolescents as related to their involvement in risk behaviors. *Journal of Community Psychology*. 2016;44(1):22-37.
13. Goldberg A. Sense of coherence and resolution with diagnosis among parents of adolescents with type 1 diabetes. *Journal of pediatric nursing*. 2015;30(6):862-7.
14. Chaddha A, Robinson EA, Kline-Rogers E, Alexandris-Souphis T, Rubenfire M. Mental health and cardiovascular disease. *The American journal of medicine*. 2016;129(11):1145-8.
15. Greenman PS, Johnson SM. United we stand: Emotionally focused therapy for couples in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;68(5):561-9.
16. Adamson NA. Emotionally focused therapy with couples facing breast cancer: a theoretical foundation and descriptive case study. *Journal of psychosocial oncology*. 2013;31(6):712-26.
17. Soltani M, Shairi MR, Roshan R, Rahimi CR. The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *International journal of fertility & sterility*. 2014;7(4):337.
18. Arghbaee m, Jajerme m. Evaluation of the effectiveness of cognitive-religious counseling on increasing the internal cohesion of students of Ferdowsi University of Mashhad. *Educational researches*. 2014;9(40):33-44. [In Persian].
19. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011;42(4):676-88.
20. Imani M. Evaluation of the factor structure of the psychological flexibility questionnaire in students *Journal of Teaching and Learning Studies* 2016;8(1):162-81. [In Persian].

21. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: American Psychological Association; 2011.
22. Sommers-Spijkerman M, Trompetter HR, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2018;86(2):101-15.
23. Boersma K, Södermark M, Hesser H, Flink IK, Gerdle B, Linton SJ. Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain*. 2019;160(8):1708-18.
24. Suveg C, Jones A, Davis M, Jacob ML, Morelen D, Thomassin K, et al. Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of abnormal child psychology*. 2018;46(3):569-80.
25. Glisenti K, Strodl E, King R, Greenberg L. The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*. 2021;9(1):1-15.
26. Glisenti K, Strodl E, King R. Emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A review of six cases. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2018;25(6):842-55.
27. Greenberg LS, Goldman RN. *Clinical handbook of emotion-focused therapy*: JSTOR; 2019.
28. Greenberg L, Warwar S, Malcolm W. Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of marital and Family Therapy*. 2010;36(1):28-42.
29. Pos AE, Greenberg LS. Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2007;37(1):25-31.
30. Elliott R, Greenberg LS. The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*. 2007;61(3):241-54.