



Research Article

Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy with and without Emotion-Focused Family Therapy on Emotion Processing, Basic Psychological Needs, Anxiety Symptoms, and Depression in Adolescents

Faezeh Kaviyani¹ , Nour Mohammad Bakhshani^{2*} , Maryam Nasri³ , Seyed Kaveh Hojjat^{4,5}

¹ Ph. D Candidate of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

² Professor of Clinical Psychology, School of Medicine, Children and Adolescents Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Psychiatry, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

⁵ Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

*Corresponding author: Nour Mohammad Bakhshani, School of Medicine, Children and Adolescents Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. Email: bakhsha@yahoo.com

DOI: [10.32592/nkums.17.1.81](https://doi.org/10.32592/nkums.17.1.81)

How to Cite this Article:

Kaviyani F, Bakhshani NM, Nasri M, Hojjat SK. Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy with and without Emotion-Focused Family Therapy on Emotion Processing, Basic Psychological Needs, Anxiety and Depression Symptoms in Adolescents. J North Khorasan Univ Med Sci. 2024;17(1):81-91. DOI: [10.32592/nkums.17.1.81](https://doi.org/10.32592/nkums.17.1.81)

Received: 15 January 2025

Accepted: 29 January 2025

Keywords:

Anxiety
Basic psychological needs
Depression
Emotion processing
Emotion-focused therapy
Emotion-focused family therapy

Abstract

Introduction: Considering the severe psychological changes in adolescence and its effects on mental health, the present study aimed to investigate the effectiveness of emotion-focused therapy (EFT) with and without emotion-focused family therapy (EFFT) on emotion processing, basic psychological needs, anxiety, and depression in adolescents.

Methods: This quasi-experimental study employed a pre-test and post-test design with a two-month follow-up. The statistical population consisted of females aged 12 to 18 experiencing depression and anxiety. A total of 26 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to two groups of 13. One group received 16 sessions of EFT, while the other group received 16 sessions of EFT combined with EFFT. Data were collected using the Buckler Emotional Processing Scales (EPS-25), the Deci and Ryan Basic Psychological Needs Scale (BNSG-S), and the Depression and Anxiety Syndrome Questionnaire (DASS-21) at pre-test, after the eighth session, at the end of the intervention, and two months post-intervention. The obtained data were then analyzed using SPSS software (version 26) through multivariate mixed variance analysis and Bonferroni post hoc tests.

Results: The results indicated significant differences in anxiety, depression, basic psychological needs, and emotional processing scores over time for both intervention methods ($P < 0.0001$). Additionally, there was a significant difference between the two interventions regarding their effectiveness.

Conclusion: Despite the effectiveness of both interventions, the group receiving EFFT had a greater decrease in anxiety, depression, and emotional processing scores and a greater increase in basic psychological need scores.



مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار با و بدون خانواده‌درمانی هیجان‌مدار بر پردازش

هیجان، نیازهای روان‌شناختی اساسی، علائم اضطراب و افسردگی در نوجوانان

فائزه کاویانی^۱ ID، نور محمد بخشانی^۲ ID*، مریم نصری^۳ ID، سید کاوه حجت^{۴،۵} ID

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۲ استاد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات سلامت کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

^۳ استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۴ دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، شاخه پزشکی خواب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۵ مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

*نویسنده مسئول: نور محمد بخشانی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات سلامت کودکان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. ایمیل: bakhsha@yahoo.com.

DOI: 10.32592/nkums.17.1.81

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۶	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۰	مقدمه: با توجه به تغییرات شدید روان‌شناختی در نوجوانی و تاثیر آن بر سلامت روان، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار با و بدون خانواده‌درمانی هیجان‌مدار بر پردازش هیجان، نیازهای اساسی روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی در نوجوانان انجام شد.
واژگان کلیدی:	روش کار: مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل دختران ۱۲ تا ۱۸ سال با مشکلات افسردگی و اضطراب بودند. ۲۶ نفر به شیوه در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه ۱۳ نفری قرار گرفتند. یک گروه ۱۶ جلسه درمان هیجان‌مدار و گروه دیگر ۱۶ جلسه درمان هیجان‌مدار همراه با خانواده‌درمانی هیجان‌مدار دریافت کردند. داده‌ها با مقیاس‌های پردازش هیجانی باکلر (EPS-25)، نیازهای اساسی روان‌شناختی دسی و رایان (BNSG-S) و پرسش‌نامه نشانه‌های افسردگی و اضطراب (DASS-21) در پیش‌آزمون، جلسه هشتم، پایان مداخله و دو ماه بعد از پایان مداخله، گردآوری و با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته چندمتغیری، آزمون تعقیبی بونفرونی و نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شدند.
افسردگی، اضطراب، پردازش هیجان، نیازهای اساسی روان‌شناختی، درمان هیجان‌مدار، خانواده‌درمانی هیجان‌مدار	یافته‌ها: یافته‌ها تفاوت معنادار بین نمرات اضطراب، افسردگی، نیازهای اساسی روان‌شناختی و پردازش هیجانی در طول زمان در هر دو روش را نشان داد ($P = < 0.001$). همچنین دو مداخله از نظر اثر بخشی تفاوت معنادار داشتند.
	نتیجه‌گیری: با وجود اثربخشی هر دو مداخله، گروه دریافت‌کننده خانواده‌درمانی هیجان‌مدار کاهش بیشتر در نمرات اضطراب، افسردگی و پردازش هیجان و افزایش بیشتر در نمرات نیازهای اساسی روان‌شناختی داشتند.

مقدمه

نوجوانی یک دوره گذار بحرانی است که با تغییرات شناختی، فیزیکی، روانی و اجتماعی مشخص می‌شود که این مرحله از زندگی را بسیار چالش‌برانگیز می‌کند [۱]. از همین رو، نوجوانان در معرض خطر بالای ابتلا به انواع مشکلات سلامت روان هستند [۲]؛ برای مثال، نشان داده شده است که حدود ۱۳٪ از کودکان و نوجوانان در سراسر جهان حداقل یک آسیب‌شناسی روانی دارند [۳] و شایع‌ترین آن‌ها اختلالات اضطرابی و افسردگی است [۴]. مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهند همبودی اضطراب و افسردگی در نوجوانان رایج است [۵].

بر اساس مطالعات انجام‌شده آسیب‌شناسی روانی با تنظیم هیجان ضعیف شناخته می‌شود [۶]. یک رویکرد عمده در تعریف و پرداختن به بی‌نظمی هیجانی پردازش هیجان است. پردازش هیجان شامل

فرایندهای مختلف مانند نحوه تجربه، طبقه‌بندی، تفسیر و برخورد افراد با تجربیات هیجانی است [۷]. در چارچوب پردازش هیجان، تنظیم هیجان به عنوان فرایندی در نظر گرفته می‌شود که از طریق آن تجارب هیجانی برانگیخته به تدریج جذب شده و تا جایی کاهش می‌یابد که فعالیت‌های هدفمند می‌توانند بدون وقفه پیش بروند [۸]. تصور می‌شود که پردازش هیجانی موفق منجر به توانایی تشخیص و توصیف حالات هیجانی شخص بدون ایجاد آشفتگی بیش از حد هیجانی می‌شود. در مقابل پردازش هیجان ناموفق منجر به بی‌نظمی هیجانی از نظر حالت‌های هیجانی آشفته شدیدتر می‌شود که به طور دائم فعال می‌شوند [۹، ۱۰]. مطالعات مختلفی وجود تغییراتی در مکانیزم‌های زیربنایی سیستم پردازش هیجان در افسردگی و اضطراب را تایید

ارتباط والدین با هیجانات و نقشی که می‌توانند به مثابه راهنمای هیجان برای فرزندان خود ایفا کنند، تمرکز دارند. خانواده‌درمانی هیجان‌مدار (EFTF یا Emotion Focused Family Therapy) یکی از این برنامه‌ها است [۲۲] که از نظر تئوری و روش‌شناختی بر پایه درمان هیجان‌مدار شکل گرفته است [۳۳]. بر این اساس هدف EFFT بهبود عملکرد هیجانی فرزندان از طریق حمایت والدین است و نیازهای هیجانی فرزندان تا حد زیادی به روابط آن‌ها و در نتیجه مراقبان آن‌ها بستگی دارد؛ بنابراین والدین، روشی قدرتمند برای تأثیرگذاری بر سلامت روان و بهزیستی فرزندان هستند [۳۴]. EFFT این پتانسیل را با کمک به والدین جهت دستیابی به مهارت‌های هیجانی به منظور برآورده کردن نیازهای فرزند افزایش می‌دهد [۳۵]. تجارب بالینی درباره EFFT می‌گوید که حتی یک تلاش کوچک از سوی والدین گاهی می‌تواند تأثیر بیشتری نسبت به کامل‌ترین مداخله بالینی داشته باشد [۳۶]. مطالعه فروغی و همکاران (۲۰۱۹) با ارزیابی کودکان و نوجوانان بعد از مداخله EFFT و پیگیری چهار ماهه، کاهش قابل توجه علائم مربوط به مشکلات سلامت روان را نشان داد که پتانسیل EFFT را به مثابه مداخله‌ای برای طیف وسیعی از مشکلات بالینی در کودکان و نوجوانان نشان می‌دهد [۳۵].

با توجه به آنچه گفته شد، این سوال وجود دارد که آیا مداخلات خانواده‌محور می‌توانند در کنار درمان‌های رایج تأثیر تسهیل‌کننده در فرایند درمان فرد داشته باشند؛ چه از نظر میزان اثربخشی و چه از نظر تعداد جلسات مورد نیاز؛ و اینکه آیا همراه کردن خانواده‌درمانی هیجان‌مدار کنار درمان معمول هیجان‌مدار می‌تواند نتایج بهتر درمانی را افزایش دهد. بر این اساس و با توجه به شیوع بالای اضطراب و افسردگی در نوجوانان و اهمیت نحوه پردازش هیجانی و میزان ارضای نیازهای اساسی در شدت تجربه علائم اضطراب و افسردگی و از آنجا که مطالعات اخیر به اثربخشی رویکردهای هیجان‌محور و برنامه‌های مبتنی بر والدین را برای کاهش آسیب‌های روانی کودکان و نوجوانان تأکید می‌کنند [۳۵، ۳۶]، هدف از مطالعه حاضر بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان هیجان‌مدار با و بدون خانواده‌درمانی هیجان‌مدار بر پردازش هیجان، نیازهای روان‌شناختی، علائم اضطراب و افسردگی در نوجوانان است.

روش کار

این مطالعه کمی و پژوهشی نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری دوماهه است. جامعه آماری این مطالعه نوجوانان دختر ۱۲ تا ۱۸ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش، کلینیک‌های روان‌شناختی و روان‌پزشک با علائم اضطراب و افسردگی در شهرستان بجنورد در خردادماه ۱۴۰۳ بوده‌اند. گروه نمونه ۲۴ نفر بوده است. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به شیوه در دسترس هدفمند است و با استفاده از نرم افزار G-POWER و داده‌های مقاله داوودی و همکاران [۳۷] حجم نمونه برای هر گروه ۱۱ نفر تعیین شد که با احتساب ریزش و جهت بالا بردن قدرت مطالعه در نهایت ۱۵ نفر در هر گروه (یعنی در مجموع ۳۰ نفر) در نظر گرفته شد که نهایتاً در هر گروه ۱۳ نفر تا انتهای درمان باقی ماندند. معیارهای ورود عبارت بود از: نوجوانان دختر ۱۲ تا ۱۸ سال که در مرحله غربالگری بر اساس نمره برش پرسش‌نامه ۲۱ - DASS علائم اضطراب و افسردگی را داشته‌اند و موافقت شرکت‌کنندگان با شرایط

می‌کنند [۱۱-۱۳]. از آنجا که اختلالات اضطرابی و افسردگی معمولاً در نوجوانی شروع می‌شود [۱۴، ۱۵] و خطر فراوانی برای عود در بزرگسالی را همراه دارد [۱۶]، لزوم اصلاح سیستم پردازش هیجان در این دوره حساس رشدی از اهمیت فراوانی برخوردار است. نیازهای اساسی روان‌شناختی یکی دیگر از عوامل فردی مرتبط با سلامت روان در نوجوانان است [۱۷]. بر اساس نظریه خودتعیین‌گری، نیاز به خودمختاری، ارتباط و شایستگی سه نیاز اساسی روان‌شناختی هستند [۱۸]. خودمختاری، نیاز فرد به انتخاب و آغازگری در انجام تکالیف است؛ ارتباط، نیاز فرد به احساس اطمینان در ارتباط با دیگران و نیاز به پذیرش است و شایستگی به موثر بودن در تعامل با محیط و تمایل به ابراز توانایی‌ها و تسلط بر چالش‌ها اشاره دارد [۱۹]. مطابق با فرضیه فروپاشی روان‌شناختی، نیازهای اساسی روان‌شناختی برای رشد سالم و بهزیستی جسمی و روانی افراد بسیار مهم هستند [۲۰]. مطالعات بین سطح پایین ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی و افزایش علائم اضطراب و افسردگی در نوجوانان رابطه معنادار نشان می‌دهند [۱۷، ۲۱].

ارتقای سلامت روان و پیشگیری از بیماری‌های روانی در کودکان و نوجوانان یک کار مهم، اما دشوار شناخته شده است. رویکردهای مختلفی در زمینه کاهش آسیب‌های روان‌شناختی در نوجوانان تا امروز به کار برده شده‌اند. یکی از رویکردهایی که در سال‌های اخیر پژوهشگران و درمانگران به آن توجه کرده‌اند و کمتر درباره نوجوان مطالعه شده است درمان هیجان‌مدار است (EFT یا Emotion Focused Therapy). درمان هیجان‌مدار رویکردی انسان‌گرا، تجربی، فرایندگرا و فراتشخیصی است که بر این فرض بنا شده است که بیماری روانی زمانی رخ می‌دهد که احساسات دیگر به صورت انطباقی عمل نمی‌کنند [۲۲]. این درمان ترکیبی از اصول درمان مراجع‌محور (برای مثال، توجه مثبت بدون قید و شرط، همدلی و اصالت)، تکنیک‌های گشتالت (برای مثال، دو صندلی و گفتگوهای صندلی خالی) و سایر روش‌های تجربی به منظور برانگیختن هیجانات ناسازگار اصلی (مانند شرم، ترس)، تغییر شکل دادن آن‌ها با برانگیختن پاسخ‌های هیجانی سازگار (مثلاً خشم جرئت‌مندانه، غم و شفقت) و فعال کردن رابطه انطباقی است. این پاسخ‌های هیجانی تطبیقی و گرایش‌های کنشی در حال ظهور در دیدگاه جدیدی نسبت به خود و دیگران گنجانده می‌شوند و برای تغییر روایت‌های شخصی استفاده می‌شوند [۲۳، ۲۴]. نشان داده شده است که EFT در درمان افسردگی [۲۵، ۲۶]، اضطراب فراگیر [۲۷] و تروما و آسیب‌های بین فردی موثر است [۲۸، ۲۹].

از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که ویژگی‌های والدین، مانند مهارت‌های ذهنی و توانایی تخمین دقیق سطح درک هیجانات فرزند، بر رشد و سطح درک هیجان تأثیر می‌گذارد و به عنوان یک عامل محافظتی در برابر علائم افسردگی برای کودکان دارای آسیب‌پذیری خلقی عمل می‌کند [۳۰]؛ بنابراین، به نظر می‌رسد تلاش‌ها برای ارتقای سلامت روان باید شامل تمرکز بر چگونگی کمک به والدین فرزندان باشد که علائم بیماری روانی دارند. طیف گسترده‌ای از مداخلات و برنامه‌های فرزندپروری وجود دارد که هدف آن‌ها ارتقای مهارت‌های والدین و اصلاح نقش آن‌ها جهت کاهش مشکلات مربوط به سلامت روان فرزندان است [۳۱]. اخیراً برخی از محققان و درمانگران تمرکز خود را به نقشی که هیجانات ممکن است در مشکلات ایفا کنند معطوف کرده‌اند و برنامه‌های فرزندپروری ایجاد شده است که به صراحت بر نحوه درک و

مطالعه (برای مثال، ضبط صوتی جلسات، حضور در جلسات ارزیابی قبل و بعد از درمان). معیارهای خروج شامل راضی نبودن والدین یا قیم برای شرکت در مطالعه، درمان روان‌شناختی همزمان، مصرف داروی روان‌پزشکی در حال حاضر، خطر خودکشی، خطر آسیب به دیگران، سوء مصرف مواد، روان‌پریشی سندرم مغزی ارگانیک و شرکت نکردن در بیش از چهار جلسه درمان بوده است.

برای اجرای مطالعه پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه و توضیحات لازم در خصوص اهداف درمان و همچنین محرمانه بودن اطلاعات، افراد گروه نمونه به صورت تصادفی در دو گروه مداخله شامل گروه اول (۱۳ نفر: درمان هیجان‌مدار) و گروه دوم (۱۳ نفر: درمان هیجان‌مدار همراه با خانواده‌درمانی) گمارده شدند و پیش‌آزمون اجرا شد. آزمودنی‌های هر دو گروه به صورت گروهی و با یک روان‌شناس بالینی دانش‌آموخته انجمن بین‌المللی درمان هیجان‌مدار (ISEFT یا International

Society for Emotion Focused Therapy) به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار مداخله EFT را بر اساس شیوه‌نامه درمان هیجان‌مدار گرینبرگ [۳۸] دریافت کردند. گروه دوم علاوه بر اجرای درمان هیجان‌مدار، والدین (مادران) نیز بعد از اجرای پیش‌آزمون و قبل از جلسه دوم فرزندان کارگاه دو روزه خانواده‌درمانی درمانی هیجان‌مدار را بر اساس شیوه‌نامه لافرانس و همکاران [۳۹] به صورت گروهی دریافت کردند. شرکت‌کنندگان دو گروه (نوجوانان) چهار بار پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند که شامل پیش‌آزمون، جلسه هشتم، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماه بعد از اتمام مداخلات) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون من ویتنی، تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. در جدول (۱) خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار و در جدول (۲) خلاصه جلسات خانواده‌درمانی هیجان‌مدار ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار گرینبرگ (۲۰۰۴)

جلسه	محتوای جلسه
اول	برگزاری پیش‌آزمون، معارفه اعضا و درمانگر، برقراری اتحاد و رابطه‌درمانی از طریق همدلی پیشرفته و فنون حضور خود بودن، معارفه، درک، اکتشاف، درگیری، اعتباربخشی و همدلی آینده‌وار، بررسی انگیزه و انتظار
دوم	ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان‌مدار، معرفی هیجان‌های اولیه، ثانویه و ابزاری و علائم بدنی همراه با آن
سوم	ارزیابی ماهیت مشکل و تاگشایی مشکل مراجع و بررسی روایت و مشاهده سبک پردازش هیجانی او از طریق گوش دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع.
چهارم	همراهی، مشاهده و کشف طرح‌های پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان.
پنجم	ادامه همراهی، مشاهده و کشف طرح‌های پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان.
ششم	شکل‌دهی دوباره به مشکل بر حسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات، آگاهی دادن به مراجعان درباره تاثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی.
هفتم	کشف هیجان اصلی مراجع از طریق بازنامایی تجربه‌ای تروماهای مراجع مرتبط با دلبستگی یا هویت، کار با آسیب‌پذیری‌ها و کار با مراجعان شکننده.
هشتم	ادامه کشف هیجان اصلی مراجع از طریق بازنامایی تجربه‌ای تروماهای مراجع مرتبط با دلبستگی یا هویت، کار با آسیب‌پذیری‌ها و کار با مراجعان شکننده
نهم	کشف و شناسایی هیجانات اولیه، ثانویه و / یا ابزاری از طریق کار روی نشانگرهای خرد.
دهم	ادامه کشف و شناسایی هیجانات اولیه، ثانویه و / یا ابزاری از طریق کار روی نشانگرهای خرد.
یازدهم	شناسایی و کار روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجانات اولیه و ثانویه و تجربه.
دوازدهم	ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌ای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر یا سایر ابژه‌های احتمالی.
سیزدهم	شناسایی و کار روی نشانگرهای مشخص‌شده و کار با تصاویر باقی‌مانده از طریق استفاده از هنرهای بیانگر مثل کار با بدن، کار با زبان، حرکت و خودتسکینی.
چهاردهم	ادامه شناسایی و کار روی نشانگرهای مشخص‌شده و کار با تصاویر باقی‌مانده از طریق استفاده از هنرهای بیانگر مثل کار با بدن، کار با زبان، حرکت و خودتسکینی.
پانزدهم	همراهی مستمر با مراجع برای کمک به ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید باعث استحکام خود جدید در او می‌شود.
شانزدهم	تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده، تبیین معنای جدید، تشخیص راه حل‌های جدید برای حل مشکلات قدیمی، مرور کلی و اخذ بازخورد از مراجعان نسبت به مباحث دوره، اجرای آزمون.

جدول ۲. خلاصه جلسات خانواده‌درمانی هیجان‌مدار لافرانس و همکاران (۲۰۲۰)

جلسه	مفاهیمی که پوشش داده می‌شود.
۲-۱	تصدیق تجارب والدینی که در پی درمان هستند. شرح دادن عوامل موثر بر مشکلات سلامت روان و رفتار از جمله وضعیت عزیزان به مثابه افرادی فرا حسگر باز تعبیر کردن نشانه‌های فرزندان به مثابه راهبردهای مقابله‌ای ناپهناجر در مدیریت استرس و درد هیجانی استفاده از چهارچوب موانع مراقبان جهت شناسایی موانع بالقوه شرح دادن مهارت‌های مربیگری هیجان تعیین اهداف مربیگری هیجان و رفتار برای شناسایی مشکلات بررسی میزان دست‌یابی والدین به اهداف مربیگری هیجان و رفتار در زمان مواجهه با چالش‌ها بررسی موقعیت‌ها و چالش‌ها از جمله موانع مراقبان کار کردن روی صندلی موانع مراقب برای بررسی موانع اجرایی مداخلات در منزل در صورت لزوم توضیح عذرخواهی درمانی و کار روی آن بازبینی اصول راهنمای EFFT تعیین اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت مربیگری هیجان و رفتار با توجه به مشکلات موجود در صورت لزوم اهداف مربیگری هیجان و رفتار بازبینی می‌شود. خاتمه دادن به کار

ابزارها

مقیاس پردازش هیجانی (Emotion processing scale) (Baker) (EPS-25)

مقیاس پردازش اطلاعات هیجانی را باکر و همکاران (۲۰۰۷) توسعه داده‌اند [۴۰]. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۴۸ سوال است که بعداً باکر و همکاران (۲۰۱۰) آن را کوتاه‌تر کردند [۹] و نسخه ۲۵ سوالی آن تهیه شد. این مقیاس دارای ۵ بعد یا خرده‌مقیاس با عنوان‌های سرکوبی، تجربه هیجانات ناخوشایند، کنترل هیجان، اجتناب و نشانه‌های هیجانات پردازش‌نشده است. باکر و همکاران ساختار عاملی این پرسش‌نامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی بررسی کرده و ۵ عامل استخراج کرده‌اند. طراحان آزمون ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ گزارش کردند [۴۰]. در ایران نیز لطفی ضریب همبستگی این مقیاس را با مقیاس تنظیم هیجان ۰/۵۴ به دست آورد [۴۱].

مقیاس نیازهای اساسی روان‌شناختی (Basic need) (BNSG-S) (satisfaction in general)

این مقیاس را گاردی، دسی و برایان در سال ۲۰۰۰ ساخته‌اند و میزان احساس حمایت از نیازهای خودمختاری شایستگی و ارتباط با دیگران را می‌سنجد [۴۲]. مقیاس مذکور شامل ۲۱ ماده است که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده است. ضرایب پایایی حاصل از اجرای آن روی مادر، پدر، شریک عاطفی و دوستان آزمودنی‌ها ۰/۹۲ گزارش شده است [۴۳]. در ایران این مقیاس در نمونه‌های مدیران و دانشجویان ایرانی اجرا شده و از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است؛ به طوری که آلفا بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۹ در نوسان است [۴۴].

پرسش‌نامه نشانگان افسردگی اضطراب و استرس (DASS - 21) (Depression Anxiety Stress Scales)

این پرسش‌نامه از ۲۱ ماده مرتبط با علائم هیجانات منفی افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است [۴۵]. این ابزار را نخستین بار لویوبند (Lovibond) در سال ۱۹۹۵ معرفی کرد [۴۶] و به مثابه یک ابزار مناسب جامع برای غربالگری استفاده شد. از این پرسش‌نامه در مطالعات مختلف و در جمعیت‌های سنی و فرهنگی متفاوت استفاده شده است؛ برای مثال در مطالعه هاقس (Hughes) (۲۰۰۷) میزان قابل اعتماد بودن این پرسش‌نامه در سنجش ویژگی‌های روان‌شناسی بر ۱۴۰۰ بیمار دارای اختلالات خلقی بررسی شد [۴۷]. نتایج مطالعه آن‌ها توافقی درونی بین امتیازات پرسش‌نامه و میزان اختلالات را گزارش

می‌کرد. پرسش‌نامه قبلاً در مطالعات متعددی در علوم پزشکی استفاده و اعتبارسنجی شده است؛ از جمله این مطالعات می‌توان به کوشش صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) اشاره کرد که اعتبار آن را در جمعیت ایرانی تأیید کرده‌اند و ضریب آلفا برای سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود [۴۸].

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۶/۳۱ سال (انحراف معیار = ۱/۶۲ سال) است. از لحاظ تحصیلات، ۳/۸٪ در مقطع هفتم، ۳/۸٪ در مقطع هشتم، ۱۱/۵٪ در مقطع نهم، ۲۶/۹٪ در مقطع دهم، ۲۳/۱٪ در مقطع یازدهم و ۳۰/۸٪ در مقطع دوازدهم بوده‌اند. در جدول (۳)، شاخص‌های توصیفی و نمرات متغیرهای اضطراب، افسردگی، نیازهای اساسی روان‌شناختی و پردازش هیجانی به تفکیک گروه‌ها و زمان‌های مختلف مطالعه نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین متغیرهای اضطراب، افسردگی و پردازش هیجانی در درون گروه‌های مورد مطالعه کاهش و متغیر نیازهای اساسی روان‌شناختی با افزایش همراه بوده است. در مقایسه بین گروهی در زمان‌های مختلف مورد مطالعه بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، قبل از شروع مداخله تفاوت معنادار آماری بین دو گروه مورد مطالعه از نظر مولفه‌های اضطراب، افسردگی، نیازهای اساسی روان‌شناختی و پردازش هیجانی وجود نداشت؛ اما در جلسه هشتم، پس‌آزمون و پیگیری، بین دو گروه درمان هیجان‌مدار با و بدون خانواده‌درمانی هیجان‌مدار اختلاف معنادار آماری وجود داشت ($P < 0/05$).

در جدول (۴) پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیلی واریانس آمیخته، با استفاده از آزمون باکس و آزمون کرویت ماخلی بررسی شده است. به منظور بررسی وجود یک الگوی خاص همبستگی بین دفعات مختلف اندازه‌گیری و ثابت بودن این الگو در همه گروه‌ها از نتایج آزمون باکس استفاده شد که نتایج این آزمون برای مولفه نیازهای اساسی روان‌شناختی و پردازش هیجانی معنادار نبود ($P > 0/05$). در آزمون ماخلی تساوی ضریب همبستگی بین اندازه‌گیری‌های متواتر بررسی شده است که با توجه به مقادیر معناداری جدول (۲)، پیش‌فرض تساوی همبستگی‌ها برای تمامی مولفه‌های مورد بررسی اضطراب، افسردگی، نیازهای اساسی روان‌شناختی و پردازش هیجانی برقرار نبوده است ($P > 0/05$). از این رو برای خدشه‌دار نشدن نتایج تحلیل آماری، از نتایج آزمون گرینه‌هاوس - گایسر استفاده شد. در ادامه با روش تحلیل واریانس آمیخته، تأثیر اثر زمان (پیش‌آزمون، جلسه هشتم، پس‌آزمون و دو ماه بعد مداخله) در هر دو گروه بررسی شد.

جدول ۳. نتایج مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب، افسردگی، نیازهای اساسی روان‌شناختی و پردازش هیجانی در گروه‌های مورد مطالعه

مؤلفه	گروه	قبل از شروع مداخله		جلسه هشتم		جلسه شانزدهم		پیگیری	
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	کجی	کشیدهی	انحراف معیار	کجی	کشیدهی	کجی	کشیدهی
اضطراب	بدون خانواده‌درمانی	۶/۷۵ $\pm$ ۲۹/۳۸	- ۱/۱۷	۵/۷۴ $\pm$ ۱۸/۷۶	- ۰/۱۳	۲/۵۶ $\pm$ ۷/۶۹	۰/۵۰	۲/۷۸ $\pm$ ۷/۰۷	- ۰/۵۳
							۰/۹۱		- ۱/۱۰

با خانواده درمانی	± ۴/۹۶ ۳۰	- ۱/۷۳	۵/۷۸	± ۳/۱۲ ۱۳/۰۷	۰/۶۱۵	۰/۸۵	± ۲/۲۸ ۶/۳۰	۰/۳۴ -	- ۰/۶۲	± ۲/۰۷ ۵/۸۴	- ۰/۳۵	- ۱/۱۶
*معناداری	۰/۴۳	۰/۰۰۷	۰/۱۶	۰/۱۷								
افسردگی بدون خانواده درمانی	± ۵/۳۴ ۳۳/۶۹	- ۰/۹۷	۰/۲۹	± ۴/۲۹ ۲۰/۹۲	۰/۳۰	۰/۳۸	± ۲/۳۰ ۸ ± ۲/۳۰	۱/۵۳	۲/۸۹	± ۲/۰۶ ۹/۳۸	- ۰/۳۴	- ۰/۷۷
با خانواده درمانی	± ۴/۱۳ ۳۲/۹۲	۰/۸۶	۰/۳۴	± ۱/۶۰ ۱۲/۳۰	۰/۸۴	۱/۵۰	± ۲/۰۸ ۴/۷۷	۰/۶۲	- ۰/۶۶	± ۲/۰۶ ۶/۶۱	- ۱/۱۹	- ۱/۳۳
*معناداری	۰/۴۵	- ۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۴								
نیاز اساسی روانشناختی بدون خانواده درمانی	± ۷/۷۱ ۶۰	- ۰/۳۸	۰/۶۶	± ۴/۲۳ ۹۰/۳۰	۰/۶۸	۰/۸۱	± ۱۰/۲۱ ۱۱۴/۴۶	۰/۲۳ -	- ۱/۰۴	± ۹/۴۶ ۱۱۰/۶۱	- ۰/۱۸	- ۱/۳۰
با خانواده درمانی	± ۶/۸۶ ۵۹/۰۱	۲/۰۵	۴/۴۹	± ۳/۵۷ ۱۰۸/۹۲	۰/۹۲	۰/۵۵	± ۴/۴۲ ۱۲۶/۷۷	۰/۹۷ -	۱/۹۷	± ۵/۳۷ ۱۲۰/۱۵	۱/۰۶	۰/۵۹
*معناداری	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱۵								
پردازش هیجانی بدون خانواده درمانی	± ۵/۴۵ ۱۰۷/۴۶	- ۰/۳۵	۰/۳۶	± ۱۱/۳۴ ۷۱/۳۴	- ۰/۱۴	- ۰/۶۸	± ۷/۳۶ ۴۳/۹۲	۰/۲۴	۱/۵۲	± ۶/۲۱ ۴۴/۸۴	- ۰/۵۵	- ۱/۲۹
با خانواده درمانی	± ۱۶/۴۳ ۱۰۶/۴۶	۲/۵۶	۸/۹۷	± ۵/۰۳ ۴۳/۴۶	۱/۷۳	۳/۶۹	± ۳/۰۱ ۳۵/۳۸	۱/۰۳	۰/۶۰	± ۲/۸۹ ۳۶/۲۳	- ۰/۰۷	- ۰/۹۸
*معناداری	۰/۰۶	- ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱								

*آزمون من - ویتنی

جدول ۴. نتایج بررسی پیش فرض آزمون تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از آزمون باکس و آزمون کرویت ماخلی

مؤلفه	مقدار باکس	معناداری	مقدار ماخلی	معناداری
اضطراب	۱/۰۲	۰/۴۲	۰/۴۳	۰/۰۲
افسردگی	۱/۳۰	۰/۲۲	۰/۳۲	۰/۰۱
نیازهای اساسی روان شناختی	۱/۸۷	۰/۰۴	۰/۲۷	۰/۰۰۱
پردازش هیجانی	۲/۶۰	۰/۰۰۴	۰/۱۴	۰/۰۰۱

در جدول (۵)، تحلیل واریانس اثرات درون گروهی زمان و تعامل زمان و گروه انجام شده است. بر اساس یافته‌های به دست آمده، تفاوت بین نمرات مولفه‌های اضطراب، افسردگی، نیازهای اساسی روان شناختی و پردازش هیجانی در مراحل مختلف مطالعه (پیش آزمون، جلسه هشتم پس آزمون و پیگیری) در طول زمان معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$). به بیان دیگر اثر زمان معنادار است و متغیر نمره‌های اضطراب، افسردگی، نیازهای روان شناختی و پردازش هیجانی، بدون در نظر گرفتن متغیر گروه، در گذر زمان تغییرات معناداری دارند. علاوه بر این تعامل بین مراحل مختلف مطالعه و گروه‌ها (تعامل گروه و زمان) نیز معنادار است ($P < ۰/۰۵$) که نشان می‌دهد تفاوت نمره متغیرهای اضطراب، افسردگی، نیازهای روان شناختی و پردازش هیجان مدار در مراحل مختلف سنجش (پیش آزمون، جلسه هشتم، پس آزمون و پیگیری) در سطوح گروه‌ها یکسان نیست؛ بنابراین نیاز است تغییرات نمره متغیرهای اضطراب، افسردگی، نیازهای روان شناختی و پردازش هیجان به تفکیک گروه‌ها مد نظر قرار گیرد.

در جدول (۶)، تغییرات نمره متغیرهای اضطراب، افسردگی، نیازهای اساسی روان شناختی و پردازش هیجان در طول زمان به تفکیک گروه‌ها

نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره اضطراب، افسردگی، نیازهای اساسی روان شناختی و پردازش هیجانی در طول زمان، در دو گروه کاهش یافته است. با توجه به نتایج جدول (۵) مشاهده می‌شود که تغییرات نمره اضطراب تنها بین پس آزمون و پیگیری معنادار نبوده است، ولی در سایر مقایسات دوتایی، اختلاف معنادار بود که نشان می‌دهد که EFT بدون خانواده درمانی و با خانواده درمانی، هر دو موجب بهبود اضطراب، افسردگی و پردازش هیجان می‌شوند و این تغییرات بعد از گذشت ۴ ماه (شانزده جلسه) ثابت می‌شود. همچنین همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره مولفه نیازهای اساسی روان شناختی در طول زمان، در هر دو گروه افزایش یافته است. با توجه به نتایج جدول (۶)، مشاهده می‌شود که تغییرات نمره نیازهای روان شناختی اساسی تنها بین پس آزمون و مرحله پیگیری معنادار نبوده است و در سایر مقایسات دوتایی اختلاف معنادار بوده که نشان می‌دهد که هر دو گروه از شروع تا پیگیری تغییرات مثبتی داشته‌اند و این تغییرات بعد از گذشت ۴ ماه (شانزده جلسه) ثابت می‌شود. اما اختلاف میانگین نمرات در گروه درمان هیجان مدار با خانواده درمانی هیجان مدار بیشتر از گروه بدون

خانواده‌درمانی هیجان‌مدار است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اثرات درون‌گروهی زمان و تعامل گروه و زمان

مؤلفه	منابع تغییرات	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
اضطراب	زمان	گرینهاوس - گایسر	۹۱۸۸/۶۱	۲/۲۳	۴۱۰۴/۸۱	۲۰۸/۴۰۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۹
	گروه*زمان	گرینهاوس - گایسر	۱۳۹/۲۳	۲/۲۳	۶۲/۱۹	۳/۱۵	۰/۰۴	۰/۱۱۶
	خطا	گرینهاوس - گایسر	۱۰۵۸/۱۵	۵۳/۷۲	۱۹/۶۹			
افسردگی	زمان	گرینهاوس - گایسر	۱۱۸۶۵/۵۳	۱/۸۳	۶۴۷۳/۵۵	۳۷۷/۱۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۹۴
	گروه*زمان	گرینهاوس - گایسر	۲۱۹/۳۸	۳	۷۳/۱۲	۶/۹۷	۰/۰۰۳	۰/۲۲
	خطا	گرینهاوس - گایسر	۷۵۵/۰۷	۴۳/۹۹	۱۷/۱۶			
نیازهای اساسی روان‌شناختی	زمان	گرینهاوس - گایسر	۵۹۶۲۰/۴۲	۱/۷۰	۳۵۰۵۱/۳۴	۵۱۰/۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۹۵
	گروه*زمان	گرینهاوس - گایسر	۱۲۹۳/۶۵	۱/۷۰	۷۶۰/۵۵	۱۱/۰۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۳۱
	خطا	گرینهاوس - گایسر	۲۸۰۵/۴۲	۴۰/۸۲	۶۸/۷۲			
پردازش هیجانی	زمان	گرینهاوس - گایسر	۷۷۹۴۳/۵۶	۱/۵۵	۵۰۲۷۴/۴۸	۴۳۴/۳۹	<۰/۰۰۰۱	۰/۹۴
	گروه*زمان	گرینهاوس - گایسر	۲۶۸۰/۳۳	۱/۵۵	۱۷۲۸/۸۴	۱۴/۹۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۳۸
	خطا	گرینهاوس - گایسر	۴۳۰۶/۳۴	۳۷/۲۰	۱۱۵/۷۳			

جدول ۶. نتایج مقایسه درون‌گروهی مؤلفه‌های اضطراب، افسردگی، نیازهای روان‌شناختی اساسی و پردازش هیجانی در طول زمان بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

مقایسه دوتایی بین زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	معناداری
پیش‌آزمون و جلسه هشتم	۱۶/۹۲	۱/۵۱	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و جلسه شانزدهم	۲۳/۶۹	۱/۲۷	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و پیگیری	۲۴/۱۵	۱/۲۲	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و جلسه شانزدهم	۶/۷۹	۱/۰۵	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و پیگیری	۷/۲۳	۱/۱۲	<۰/۰۰۰۱
جلسه شانزدهم و پیگیری	۰/۴۶	۰/۵۱	۰/۳۸
پیش‌آزمون و جلسه هشتم	۱۰/۶۱	۲/۲۲	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و جلسه شانزدهم	۲۱/۶۹	۱/۷۲	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و پیگیری	۲۲/۳۰	۲/۰۷	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و جلسه شانزدهم	۱۱/۰۷	۱/۵۱	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و پیگیری	۱۱/۶۹	۱/۸۷	<۰/۰۰۰۱
جلسه شانزدهم و پیگیری	۰/۶۱۵	۱/۰۲	۰/۵۵
پیش‌آزمون و جلسه هشتم	۲۰/۶۱	۱/۳۴	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و جلسه شانزدهم	۲۸/۱۵	۱/۳۱	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و پیگیری	۲۶/۳۰	۱/۴۲	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و جلسه شانزدهم	۷/۵۳	۰/۷۵	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و پیگیری	۵/۶۹	۰/۵۵	<۰/۰۰۰۱
جلسه شانزدهم و پیگیری	۱/۸۴	۰/۵۷	۰/۰۰۸
پیش‌آزمون و جلسه هشتم	۱۲/۷۷	۱/۸۷	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و جلسه شانزدهم	۲۵/۶۹	۱/۶۹	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و پیگیری	۲۴/۳۰	۱/۷۳	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و جلسه شانزدهم	۱۲/۹۲	۱/۱۴	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و پیگیری	۱۱/۵۳	۱/۲۰	<۰/۰۰۰۱

جلسه شانزدهم و پیگیری	() ۱/۳۸	۰/۶۵	۰/۵۶
پیش‌آزمون و جلسه هشتم	-۴۹/۸۶	۱/۵۱	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و جلسه شانزدهم	-۶۷/۶۹	۲/۲۰	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و پیگیری	-۶۱/۰۷	۲/۲۹	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و جلسه شانزدهم	-۱۷/۸۴	۱/۵۳	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و پیگیری	-۱۱/۲۳	۱/۷۱	<۰/۰۰۰۱
جلسه شانزدهم و پیگیری	-۶/۶۱	۱/۴۲	۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و جلسه هشتم	-۳۰/۳۰	۲/۴۸	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و جلسه شانزدهم	-۵۴/۴۶	۴/۰۱	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و پیگیری	-۵۰/۶۱	۳/۹۹	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و جلسه شانزدهم	-۲۴/۱۵	۲/۱۹	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و پیگیری	-۲۰/۳۰	۲/۴۲	<۰/۰۰۰۱
جلسه شانزدهم و پیگیری	۳/۸۴	۲/۰۸	۰/۰۸۹
پیش‌آزمون و جلسه هشتم	۶۳	۴/۷۵	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و جلسه شانزدهم	۷۰/۰۷	۴/۶۴	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و پیگیری	۷۰/۲۳	۴/۶۲	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و جلسه شانزدهم	۸/۰۷	۱/۱۸	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و پیگیری	۷/۲۳	۱/۱۸	<۰/۰۰۰۱
جلسه شانزدهم و پیگیری	-۰/۸۵	-۰/۷۶	۰/۲۹
پیش‌آزمون و جلسه هشتم	۳۵/۶۱	۳/۶۲	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و جلسه شانزدهم	۶۳/۵۳	۲/۶۸	<۰/۰۰۰۱
پیش‌آزمون و پیگیری	۶۲/۶۱	۲/۲۸	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و جلسه شانزدهم	۲۷/۹۲	۲/۰۲	<۰/۰۰۰۱
جلسه هشتم و پیگیری	۲۷	۳/۰۳	<۰/۰۰۰۱
جلسه شانزدهم و پیگیری	-۰/۹۲	۱/۶۲	۰/۵۸

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار با و بدون خانواده‌درمانی بر پردازش هیجان، نیازهای اساسی روان‌شناختی و علائم اضطراب و افسردگی در نوجوانان انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد هر دو روش بر پردازش هیجان، نیازهای اساسی روان‌شناختی و علائم اضطراب و افسردگی اثر معناداری داشتند. اما گروه دریافت‌کننده خانواده‌درمانی هیجان‌مدار کاهش بیشتر در نمرات اضطراب، افسردگی و پردازش هیجان و افزایش بیشتر در نمرات ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی داشتند؛ به عبارت دیگر درمان هیجان‌مدار با خانواده‌درمانی هیجان‌مدار اثرگذارتر بوده است.

همسو با نتایج مطالعه حاضر، رابینسون و همکاران (۲۰۲۰) در یک برنامه گروهی مبتنی بر درمان هیجان‌مدار در نوجوانان اوتیستیک، ارتقای پردازش هیجانی بعد از سیزده جلسه درمانی را گزارش داده‌اند [۴۹]. همچنین مطالعه ارجاعی و همکاران (۲۰۲۰) اثربخشی درمان هیجان‌مدار گروهی را روی اضطراب فراگیر در نوجوانان نشان می‌دهد [۵۰]. مطالعه مینایی نیز تاثیر درمان هیجان‌مدار بر کاهش اضطراب نوجوانان را تایید کرده است [۵۱]. مطالعات زیادی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افسردگی را تایید کرده‌اند [۵۲]. برای تبیین نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پردازش هیجانی، نیازهای اساسی روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی می‌توان اظهار کرد هدف عمده EFT این است که به مراجعان کمک کند در پردازش هیجانات ناسازگار اولیه خود شرکت کنند تا از این طریق درد و رنج هیجانی خود را تغییر دهند که به دسترسی به هیجانات سازگار و پاسخ مناسب به موقعیت‌ها منجر می‌شود [۵۲]. با این توصیف اصلاح سیستم

پردازش هیجانی به مثابه یک مکانیسم مهم تغییر در درمان هیجان‌مدار شناخته شده و نشان داده شده است که نتیجه را در روش‌های مختلف درمانی پیش‌بینی می‌کند [۵۳]. در EFT، پردازش هیجانی شامل نزدیک شدن، پذیرش، تحمل، بیان، تنظیم، معنا بخشیدن، استفاده و تبدیل هیجانات ناسازگار با هیجانات سازگار نوظهور است که این فرایند از توسعه روابط امن‌تر و همچنین روایت‌های مثبت مرتبط با هویت شخصی و روابط شخصی حمایت می‌کند [۵۴] و می‌تواند منجر به کاهش تجربه درد هسته‌ای شود. درد هسته‌ای پاسخ هیجانی دردناک اولیه به موقعیت‌ها یا ادراکات محرک‌ها است که به شیوه‌هایی از جمله اضطراب و افسردگی خود را نشان می‌دهد [۵۵] و به شکل هیجانات دردناک اولیه مثل غم، ترس و شرم تجربه می‌شود [۵۶] در واقع درد هسته‌ای پاسخ‌های اساسی به نیازهای برآورده‌نشده مراجع در موقعیت‌های محرک در شرایط دسترسی نداشتن به نیازهای روان‌شناختی است [۵۵]. بر این اساس اصلاح سیستم پردازش هیجان می‌تواند باعث شناسایی و دسترسی به نیازهای روان‌شناختی در مراجع از جمله نیاز به امنیت، اعتبار، پیوندجویی و ... شده و در خدمت اصلاح خودسازمان‌دهی‌های هیجانی مشکل‌ساز مراجع قرار گرفته و طرح هیجانی سازگار را در قالب روایت جدید بیمار شکل دهد و از مسیر کاهش درد هسته‌ای موجب بهبودی علائم بیمار شود.

درباره اثربخشی خانواده‌درمانی هیجان‌مدار نیز چندین مطالعه با اجرای خانواده‌درمانی هیجان‌مدار به صورت کارگاه گروهی دو روزه بر والدین یا مراقبان گزارش‌هایی مبنی بر کاهش مشکلات سلامت روان از جمله اضطراب، افسردگی و ماندگاری نتایج در دوره‌های پیگیری مختلف ارائه داده‌اند [۳۵، ۳۶، ۵۷]. مطالعه موردی کناتز (Knatz) و همکاران [۵۸]

پتانسیل را با کمک به والدین جهت دستیابی به مهارت‌های هیجانی به منظور برآورده کردن نیازهای فرزند افزایش می‌دهد [۳۵]. از طرفی تجارب بالینی درباره خانواده‌درمانی هیجان‌مدار می‌گوید که حتی یک کوشش کوچک از سوی والدین گاهی می‌تواند تاثیر بیشتری نسبت به کامل‌ترین مداخله بالینی داشته باشد [۳۴]. از این رو، به نظر می‌رسد با توجه به اصل تاثیر یک‌درجه‌ای در خانواده‌درمانی هیجان‌مدار به این ترتیب که حتی تغییر کوچکی در نگرانی، نگرش و رفتار مراقبان ممکن است در درازمدت به تغییرات معناداری در رفتار عزیزانشان منجر شود؛ همراه کردن این رویکرد با درمان هیجان‌مدار معمول تاثیر بیشتری بر بهبود اضطراب، افسردگی، پردازش هیجان و ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی داشته است. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نداشتن گروه و محدودیت جامعه آماری اشاره کنترل اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با تمرکز بر رفع محدودیت‌های مطالعه فعلی انجام شوند و همچنین تاثیر خانواده‌درمانی هیجان‌مدار بر بر پیامدهای مربوط به والدین از جمله آگاهی و تنظیم و... هیجان، مربی گر هیجان بودن، خود کارآمدی نیز بررسی شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اجرای دو روش درمان هیجان‌مدار با و بدون خانواده درمانی تا حدود زیادی باعث ارضای بیشتر نیازهای اساسی روان‌شناختی و بهبود پردازش هیجان در نوجوانان با علائم اضطراب و افسردگی می‌شود و متعاقباً اضطراب و افسردگی را بهبود می‌بخشد. همچنین در گروه درمان هیجان‌مدار همراه با خانواده‌درمانی تاثیر بیشتری نسبت به گروه درمان هیجان‌مدار مشاهده شد که نشان‌دهنده اهمیت حمایت از والدین برای ارتقای نقش خود به عنوان مربیگری هیجان برای بهبود فرزندان خود است.

سپاسگزاری

مقاله حاضر استخراج‌شده از رساله دکتری در رشته روان‌شناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است که با رعایت کلیه اصول اخلاق در پژوهش و با کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند با کد اخلاقی IR.IAU.BIRJAND.REC.1403.013 اجرا شد. از همه افرادی که در این پژوهش ما را یاری کرده‌اند قدردانی می‌کنیم.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Blakemore S-J. Adolescence and mental health. *Lancet*. 2019;393(10185):2030-2031. [DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31013-X] [PMID: 31106741]
2. Haghbin A, Mohammadi M, Ahmadi N, Khaleghi A, Golmakani H, Kaviyani F, et al. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents of North Khorasan province, Iran. *North Khorasan Univ Med Sci*. 2018;10(1):117-127. [DOI: 10.52547/nkums.10.1.117]
3. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345-365. [DOI: 10.1111/jcpp.12381]
4. De Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry P. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012;21(1):47-57. [DOI: 10.1017/s2045796011000746] [PMID: 22670412]
5. Melton TH, Croarkin PE, Strawn JR, McClintock SM. Comorbid anxiety and depressive symptoms in children and adolescents: a systematic review and analysis. *J Psychiatr Pract*. 2016;22(2):84-98. [DOI: 10.1097/PRA.0000000000000132] [PMID: 27138077]
6. D'Agostino A, Covanti S, Monti MR, Starcevic V. Emotion

و اسمیت (Smith) [۵۹] تاثیر خانواده‌درمانی هیجان‌مدار را بر کاهش بی‌ثباتی و مشکلات هیجانی و کاهش خشم، اضطراب، افسردگی بعد از هشت جلسه با والدین گزارش داده است. برای تبیین نتیجه حاصل از مطالعه حاضر مبنی بر تاثیر معنادار خانواده‌درمانی هیجان‌مدار بر پردازش هیجان، نیازهای روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی می‌توان بیان کرد، با تکیه بر این اصل در درمان هیجان‌مدار که در فرایند رشد مراقبان می‌تواند رشد هیجانی سالم را از طریق واکنشی که به هیجانات فرزندشان می‌دهند، تحت تاثیر قرار دهند؛ تغییر به دنبال قطع فرایندهای مخرب در الگوهای فعلی مراجع با حمایت از والدین اتفاق می‌افتد [۲۲]. بر این اساس مراقبانی که با هیجانات فرزند خود هماهنگ می‌شوند و به مجموعه‌ای از هیجانات به روش‌های اعتباربخشی و اصلاحی پاسخ می‌دهند، عملکرد هیجانی سالم را آن‌ها ارتقا داده و از این طریق، پاسخ‌های سازگار و هماهنگ با موقعیت جایگزین، پاسخ‌های ناسازگار یا ناهماهنگ شده و موجب شکل‌گیری سبک‌های مقابله‌ای هیجانی سالم و به دنبال آن اصلاح سیستم پردازش هیجان می‌شود [۳۸]. در واقع خانواده‌درمانی هیجان‌مدار موقعیت والدین را به مثابه «مربی هیجانات» فرزندشان تسهیل می‌کند و والدین راهنمایی می‌شوند تا علائم از جمله اضطراب و افسردگی را به عنوان تابعی از اختلال در تنظیم هیجانات درک کنند [۵۸] و با افزایش مشارکت و حمایت خود و شناسایی موانع درمان فرزندان به روند بهبودی فرزند کمک کنند [۶۰، ۶۱].

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان‌دهنده تاثیر بیشتر درمان هیجان‌مدار همراه با خانواده‌درمانی نسبت به درمان هیجان‌مدار صرف بر متغیرهای مورد مطالعه است. در ادبیات پژوهش، مطالعه مشابه درباره مقایسه این دو روش مشاهده نشد و همچنین تحقیقاتی که به بررسی خانواده‌درمانی هیجان‌مدار با ترکیب والد و فرزند باشند در مقایسه با پیشینه پژوهش موجود درباره درمان هیجان‌مدار فردی و گروهی و خانواده‌درمانی هیجان‌مدار بر والدین به تنهایی، کمیاب است، تنها یک مطالعه که به روش توصیفی، جلسات با ترکیب‌های مختلف والد - فرزند را اجرا کرده بود، بین مطالعات یافته شد که افزایش خودآگاهی هیجانی، تحمل پریشانی، اعتماد به نفس فرزند بعد از ۳۱ جلسه خانواده‌درمانی هیجان‌مدار را نشان داده است [۶۲]. نتایج یک مرور سیستماتیک یافته شد که نشان می‌دهد مداخلات مبتنی بر خانواده نسبت به مداخلات بدون حضور خانواده تاثیر جزئی بیشتری بر افسردگی کودکان و نوجوانان داشته‌اند [۶۳]. به طور کلی از آنجا که خانواده‌درمانی هیجان‌مدار، با تکیه بر این اصل که نیازهای هیجانی فرزندان تا حد زیادی به روابط آن‌ها و در نتیجه مراقبان آن‌ها بستگی دارد؛ این

- dysregulation: A review of the concept and implications for clinical practice. *Eur Psychiatr.* 2016;33(S1):S528-S529. [DOI:10.13140/RG.2.1.3478.6964]
7. Peluso PR, Freund RR. Emotional expression. In book: *Psychotherapy Relationships that Work.* 2019:421-460. [DOI:10.1093/med-psych/9780190843953.003.0012]
 8. Rachman S. Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatr.* 2001;13(3):164-171. [DOI:10.1080/09540260120074028]
 9. Baker R, Owens M, Thomas S, Whittlesea A, Abbey G, Gower P, et al. Does CBT facilitate emotional processing?. *Behav Cognitive Psychother.* 2012;40(1):19-37. [DOI:10.1017/S1352465810000895]
 10. Greenberg LS. The Clinical applicatin of emotion clinical in psychotherapy. *Handbook of Emotions* 3rd edtotion. 2008:88-101. [Link]
 11. Greicius M. Resting-state functional connectivity in neuropsychiatric disorders. *Curr Opin Neurol.* 2008;21(4):424-430. [DOI: 10.1097/WCO.0b013e328306f2c5] [PMID: 18607202]
 12. Fales CL, Barch DM, Rundle MM, Mintun MA, Snyder AZ, Cohen JD, et al. Altered emotional interference processing in affective and cognitive-control brain circuitry in major depression. *Biol Psychiatry.* 2008;63(4):377-384. [DOI: 10.1016/j.biopsych.2007.06.012] [PMID: 17719567]
 13. Jacobs M, Snow J, Geraci M, Vythilingam M, Blair R, Charney DS, et al. Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *J Anxiety Disord.* 2008;22(8):1487-1495. [DOI: 10.1016/j.janxdis.2008.03.003] [PMID: 18439799]
 14. Cohen Kadosh K, Haddad AD, Heathcote LC, Murphy RA, Pine DS, Lau JY. High trait anxiety during adolescence interferes with discriminatory context learning. *Neurobiol Learn Mem.* 2015;123:50-57. [DOI: 10.1016/j.nlm.2015.05.002] [PMID: 25982943]
 15. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychol Med.* 2008;38(3):365-374. [DOI: 10.1017/S0033291707002012] [PMID: 18047766]
 16. Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR. Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(1):56-63. [DOI: 10.1097/00004583-199901000-00020] [PMID: 9893417]
 17. Zhou J, Jiang S, Zhu X, Huebner ES, Tian L. Profiles and transitions of dual-factor mental health among Chinese early adolescents: the predictive roles of perceived psychological need satisfaction and stress in school. *J Youth Adolesc.* 2020;49(10):2090-2108. [DOI: 10.1007/s10964-020-01253-7] [PMID: 32445038]
 18. Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inquiry.* 2000;11(4):227-268. [DOI:10.1207/S15327965PLI1104_01]
 19. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. *Handbook of personality: Theory and research* 3rd edition. 2008:564-567. [Link]
 20. Ebrahimi S. Prediction of mobile phone dependency based on shyness mediated by basic psychological needs among girl adolescents. *Women's Studies Sociological and Psychological.* 2023;21(2):122-150. [DOI:10.22051/jwsp.2023.41261.2659]
 21. Erden ZŞ, Aliyev R. Anxiety and psychological needs of high school students: COVID-19 period. *Psychol Sch.* 2023;60(5):1355-1373. [DOI: 10.1002/pits.22767] [PMID: 35942394]
 22. Greenberg LS, Safran J. Emotion, cognition, and action. In book: *Theoretical Foundations of Behavior Therapy.* Springer.1987: 295-311. [DOI:10.1007/978-1-4899-0827-8_14]
 23. Greenberg L. Emotion-focused therapy: a synopsis. *J Contemporary Psychother.* 2006;36(2):87-93. [DOI:10.1007/s10879-006-9011-3]
 24. Greenberg LS. Emotions, the great captains of our lives: their role in the process of change in psychotherapy. *Am Psychol.* 2012;67(8):697. [DOI: 10.1037/a0029858] [PMID: 23163464]
 25. Greenberg LS, Watson JC, Goldman R. Process-experiential therapy of depression. *Handbook of Experiential Psychotherapy.* 1998. [Link]
 26. Angus L, Goldman R, Mergenthaler E. Introduction. One case, multiple measures: An intensive case-analytic approach to understanding client change processes in evidence-based, emotion-focused therapy of depression. *Psychother Res* 2008;18(6):629-633. [DOI:10.1080/10503300802430673] [PMID: 19003624]
 27. Timulak L, McElvaney J, Keogh D, Martin E, Clare P, Chepukova E, et al. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: an exploratory study. *Psychotherapy.* 2017;54(4):361. [DOI: 10.1037/pst0000128] [PMID: 29251955]
 28. Paivio SC, Laurent C. Empathy and emotion regulation: reprocessing memories of childhood abuse. *J Clin Psychol.* 2001;57(2):213-226. [DOI: 10.1002/1097-4679(200102)57:2<213::aid-jclp7>3.0.co;2-b] [PMID: 11180148]
 29. Kunzle E. Changes in narrative quality pre-and post-emotion focused therapy for childhood abuse trauma. 2008. [Link]
 30. Reinfjell T, Kårstad SB, Berg-Nielsen TS, Luby JL, Wichstrøm L. Predictors of change in depressive symptoms from preschool to first grade. *Dev Psychopathol.* 2016;28(4pt2):1517-1530. [DOI: 10.1017/S0954579415001170] [PMID: 26645908]
 31. Duncombe ME, Havighurst SS, Kehoe CE, Holland KA, Frankling EJ, Stargatt R. Comparing an emotion- and a behavior-focused parenting program as part of a multisystemic intervention for child conduct problems. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016;45(3):320-334. [DOI: 10.1080/15374416.2014.963855] [PMID: 25469889]
 32. Robinson AL, Dolhanty J, Greenberg L. Emotion-focused family therapy for eating disorders in children and adolescents. *Clin Psychol Psychother.* 2015;22(1):75-82. [DOI: 10.1002/cpp.1861] [PMID: 23913713]
 33. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: American Psychological Association; 2017. [DOI:10.1037/15971-000]
 34. Lafrance Robinson A, Dolhanty J, Stillar A, Henderson K, Mayman S. Emotion-focused family therapy for eating disorders across the lifespan: a pilot study of a 2-day transdiagnostic intervention for parents. *Clin Psychol Psychother.* 2016;23(1):14-23. [DOI: 10.1002/cpp.1933] [PMID: 25418635]
 35. Foroughe M, Stillar A, Goldstein L, Dolhanty J, Goodcase ET, Lafrance A. Brief emotion focused family therapy: an intervention for parents of children and adolescents with mental health issues. *J Marital Fam Ther.* 2019;45(3):410-430. [DOI: 10.1111/jmft.12351] [PMID: 30105875]
 36. Wilhelmsen-Langeland A, Aardal H, Hjelmseth V, Fyhn KH, Stige SH. An emotion focused family therapy workshop for parents with children 6-12 years increased parental self-efficacy. *Emotion Behav Difficult.* 2020;25(1):29-41. [DOI:10.1080/13632752.2019.1655921]
 37. Davoudi R, Manshaee G, Golparvar M. Comparing the effectiveness of adolescent-centered mindfulness with

- cognitive behavioral therapy and emotion-focused therapy on emotion regulation among adolescents girl with Nomo-Phobia. *J Health Promot Manage.* 2019;8(4):16-25. [Link]
38. Greenberg LS. Emotion-focused therapy. *Clin Psychol Psychother.* 2004;11(1):3-16. [DOI:10.1002/cpp.388]
39. Lafrance A, Henderson KA, Mayman S. Emotion-focused family therapy: a transdiagnostic model for caregiver-focused interventions. Washington, DC: American Psychological Association; 2020. [DOI:10.1037/0000166-000]
40. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Whittlesea A. The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *J Psychosom Res.* 2010;68(1):83-88. [DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.07.007] [PMID:20004304]
41. Lotfi S, Abolghasemi A, Narimani M. A comparison of emotional processing and fear of positive/negative evaluations in women with social phobia and normal women. *Knowledge Res Appl Psychol.* 2017;14(3):101-111. [Link]
42. La Guardia JG, Ryan RM, Couchman CE, Deci EL. Within-person variation in security of attachment: a self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2000;79(3):367-384. [DOI: 10.1037//0022-3514.79.3.367] [PMID: 10981840]
43. Deci EL, Ryan RM. Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne.* 2008;49(1):14-23. [DOI:10.1037/0708-5591.49.1.14]
44. Ghorbani N, Watson P. Validity of experiential and reflective self-knowledge scales: relationships with basic need satisfaction among Iranian factory workers. *Psychol Rep.* 2006;98(3):727-733. [DOI: 10.2466/pr0.98.3.727-733] [PMID: 16933669]
45. Akbari E, Mashhadi A, Azimi Z, Abbas Nazhad R, Pichakolaei AA. Comparing cognitive emotion regulation, stress, depression, anxiety, and stress related to life events in people with and without periodontal disease. *J Dent Med.* 2018;30(4):230-242. [Link]
46. LoBue V, Pérez-Edgar K, Buss KA. *Handbook of Emotional Development.* Springer. 2019. [DOI: 10.1007/978-3-030-17332-6]
47. Hughes DA, Baylin J. Brain-based parenting: the neuroscience of caregiving for healthy attachment. WW Norton & Company. 2012. [Link]
48. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *J Iran Psychologists.* 2005. [Link]
49. Robinson A. Enhancing empathy in emotion-focused group therapy for adolescents with autism spectrum disorder: a case conceptualization model for interpersonal rupture and repair. *J Contemporary Psychother.* 2020;50(2):133-142. [DOI:10.1007/s10879-019-09443-6]
50. Erjaee Z, Karaminia R, Ahmadi Tahour Soltani M. Comparing effectiveness of group interpersonal psychodynamic psychotherapy and group emotion focused therapy on girls adolescent generalized anxiety disorder. *Clin Psychol Pers.* 2020;17(1):61-70. [DOI: 10.22070/cpap.2020.2884]
51. Minaei H. The effectiveness of emotion-focused therapy on reducing anxiety and self-compassion in adolescents. *JAppl Fam Ther.* 2022;3(2):517-530. [DOI:10.61838/kman.aftj.3.2.27]
52. Greenberg LS. Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies.* 2017;16(2):106-117. [DOI:10.1080/14779757.2017.1330702]
53. Pascual-Leone A, Paivio S, Harrington S. Emotion in psychotherapy: an experiential-humanistic perspective. *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* 2nd edition. 2016:147-181. [DOI:10.1037/14775-006]
54. Goldman R, Greenberg L. *Clinical handbook of emotion-focused therapy.* Washington DC: American Psychological Association Press Goldman, R, Greenberg, LS, & Angus, L(2006) The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research.* 2016;16(5):537-549. [DOI:10.1080/10503300600589456]
55. Timulak L, Pascual-Leone A. New developments for case conceptualization in emotion-focused therapy. *Clin Psychol Psychother.* 2015;22(6):619-636. [DOI: 10.1002/cpp.1922] [PMID: 25270686]
56. Greenberg LS, Iwakabe S. Emotion-focused therapy and shame. 2011. [DOI:10.1037/12326-003]
57. Foroughe M, Browne DT, Thambipillai P, Cordeiro K, Muller RT. Brief emotion-focused family therapy: a 12-month follow-up study. *J Marital Fam Ther.* 2023;49(2):394-410. [DOI: 10.1111/jmft.12628] [PMID: 36682069]
58. Knatz S, Braden A, Boutelle KN. Parent coaching model for adolescents with emotional eating. *Eat Disord.* 2015;23(4):377-386. [DOI: 10.1080/10640266.2015.1044352] [PMID: 26011794]
59. Smith JA, Bandeau A, Browne DT. A case study of virtually delivered emotion-focused family therapy. *J Marital Fam Ther.* 2023;49(3):692-713. [DOI: 10.1111/jmft.12648] [PMID: 37365937]
60. Lafrance Robinson A. Examining the relationship between parental fears and accommodating and enabling behaviors in parents caring for a child with an eating disorder. Unpublished manuscript. 2014.
61. Wade TD, Treasure J, Schmidt U. A case series evaluation of the maudslay model for treatment of adults with anorexia nervosa. *Eur Eati Disord Rev.* 2011;19(5):382-389. [DOI: 10.1002/erv.1078] [PMID: 21280166]
62. Bloch L, Guillory PT. The attachment frame is the thing: emotion-focused family therapy in adolescence. *J Couple Relatsh Ther.* 2011;10(3):229-245. [DOI:10.1080/15332691.2011.588090]
63. Dippel N, Szota K, Cuijpers P, Christiansen H, Brakemeier EL. Family involvement in psychotherapy for depression in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *Psychol Psychother.* 2022;3(5):656-679. [DOI: 10.1111/papt.12392] [PMID: 35289047]