



The Effectiveness of Emotion-focused Therapy (EFT) on Social Physique Anxiety, Impulsive Behaviors and Emotional Self-regulation in Obese Women

Noora Shahmiri¹, Javanshir Asadi^{2*}, Leila Sadat Azizi Ziabari³, Hassan Abdollahzadeh⁴

1- PhD student of General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

2- Assistan Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

3- Assistant Professor Department of Nursing, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Javanshir Asadi, Assistan Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

Email: Ardeshir.asadi@yahoo.com

Received: 8 Sep 2023

Accepted: 9 Jan 2024

Abstract

Introduction: Obesity is one of the biggest challenges facing public health services in the 21st century and is the main cause of preventable deaths in developed and developing countries. One of the psychological reasons for people's overeating and obesity as a result is anxiety, impulsive behavior and lack of regulation of emotions. The purpose of the present study was to determine the effectiveness of emotionally focused therapy on physical-social anxiety, impulsive behaviors and emotional self-regulation of obese women.

Methods: The method of the present study was quasi-experimental with pre-test-post-test design with experimental and control groups with follow-up. The statistical population of the research consisted of all obese women living in Tehran in 2022. In order to measure the research variables, Social physique anxiety scale (SPA) by Hart et al. (1989), the impulsivity questionnaire (BIS-11) by Barrett et al. (2004) and the emotional self-regulation scale by Hoffman and Kashdan (2010) were used. The research method is quasi-experimental with pre-test-post-test design and follow-up (one month) with control group and random assignment of subjects. First, 30 people were selected by by convenience sampling method and were randomly assigned to experimental and control groups (15 people each). Then, the experimental group received emotion-focused therapy during 8 therapy sessions, one session of 90 minutes per week. Both groups were measured in three stages: pre-test, post-test and one-month follow-up. The data were analyzed by multivariate variance analysis using SPSS-22 software.

Results: The findings of the research showed that emotion-focused therapy was effective on Social physique anxiety, impulsive behaviors and emotional self-regulation in obese women ($p=0/05$). This effectiveness was sustained in the follow-up period.

Conclusions: Conclusion: Based on these findings, it can be concluded that emotional therapy can be used as an effective intervention to reduce physical-social anxiety and impulsive behaviors and improve emotional self-regulation in obese people.

Key words: Emotion-focused therapy, Social physique anxiety, Impulsive behaviors, Emotional self-regulation.



اثربخشی درمان هیجان مدار (EFT) بر اضطراب بدنی- اجتماعی، رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی زنان مبتلا به چاقی

نورا شهیمیری^۱، جوانشیر اسدی^{۲*}، لیلا سادات عزیزی ضیابری^۳، حسن عبدالله زاده^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۳- استادیار گروه پرستاری، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۴- استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: جوانشیر اسدی، استادیار گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
ایمیل: Ardeshir.asadi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۶/۱۷

چکیده

مقدمه: چاقی یکی از بزرگترین چالش هایی است که خدمات بهداشت عمومی در قرن بیست و یکم با آن مواجه است و عامل اصلی مرگ و میر قابل پیشگیری در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. یکی از دلایل روانشناختی پرخوری افراد و در نتیجه ابتلا به چاقی اضطراب، رفتارهای تکانشی و عدم تنظیم هیجانات می باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر اضطراب بدنی- اجتماعی، رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی زنان مبتلا به چاقی بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه آزمون و کنترل با پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به چاقی ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. جهت سنجش متغیرهای پژوهش از مقیاس اضطراب بدنی- اجتماعی (SPA) هارت و همکاران (۱۹۸۹)، پرسشنامه تکانشگری (BIS-11) بارت و همکاران (۲۰۰۴) و مقیاس خودتنظیمی هیجانی هافمن و کاشدان (۲۰۱۰) استفاده شد. روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری (یک ماهه) با گروه کنترل و گمارش تصادفی آزمودنی ها است. نخست، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه های آزمون و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس، گروه آزمون درمان هیجان مدار را طی ۸ جلسه درمانی، هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کرد. هر دو گروه در سه مرحله زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه مورد سنجش قرار گرفتند. داده ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیره با استفاده از نرم افزار SPSS-22 تحلیل شدند.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد درمان هیجان مدار بر اضطراب بدنی- اجتماعی، رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی زنان مبتلا به چاقی اثربخش بوده است ($p=0/05$). این اثربخشی در دوره پیگیری ماندگار بود.

نتیجه گیری: براساس یافته های این می توان نتیجه گرفت درمان هیجان مدار را می توان به عنوان مداخله ای اثربخش جهت کاهش اضطراب بدنی- اجتماعی و رفتارهای تکانشی و بهبود خودتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به چاقی بکار برد.

کلیدواژه ها: درمان هیجان مدار، اضطراب بدنی- اجتماعی، رفتارهای تکانشی، خودتنظیمی هیجانی.

و احتمالاً بیشتر در معرض افزایش خطر پر‌خوری هستند؛ زیرا ممکن است از پر‌خوری به عنوان راهی برای تنظیم هیجانات منفی خود استفاده کنند (۱۳). وقتی غذا برای ارضای احساسات و هیجانات به جای رفع گرسنگی خورده می‌شود، منجر به پر‌خوری هیجانی می‌شود. پر‌خوری هیجانی شامل خوردن در غیاب گرسنگی و در پاسخ به نشانه‌های هیجانی می‌باشد. فقدان راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان، عدم پیش‌اندیشی و ناتوانی برای در نظر گرفتن پیامدهای منفی بالقوه رفتار فرد (مانند افزایش وزن) در واکنش به هیجانات منفی مانند اضطراب، بر انتخاب پاداش‌های فوری به جای به تأخیر انداختن آنها تأثیر گذاشته (۱۴) و منجر به مصرف بیش از حد غذا تحت تأثیر انگیزه‌ها و متعاقباً انتخاب غذاهای بسیار خوش طعم به جای انتخاب سایر گزینه‌های سالم‌تر می‌گردد (۱۵). بنابراین می‌توان گفت رفتارهای تکانشی در افراد مبتلا به چاقی (مانند پر‌خوری) ممکن است ناشی از فقدان راهبردهای سازگارانه خودتنظیمی هیجانی باشد (۱۳). خودتنظیمی هیجانی شامل آگاهی، پذیرش و درک هیجانات خود، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی، رفتار کردن مطابق با اهداف مورد نظر هنگام تجربه هیجانات منفی و توانایی استفاده از استراتژی‌های تنظیم هیجانی مناسب به‌منظور برآورده کردن اهداف فردی و خواسته‌های موقعیتی است (۱۶). براساس تحقیقات، افراد مبتلا به چاقی به علت مشکلات در کنترل تکانه و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، بیشتر از استراتژی‌های ناسازگارانه برای تنظیم هیجانات خود نسبت به زنان سالم استفاده می‌کنند (۱۷، ۱۸). در واقع افراد دارای اضافه وزن زمانی که هیجانات منفی شدیدی را تجربه می‌کنند، به علت ناتوانی در خودتنظیمی هیجانی، دچار مشکلاتی در کنترل رفتارهای غذایی خود شده و پر‌خوری بیشتری می‌کنند (۱۳). به عبارتی دیگر، آنها از خوردن برای فرار از افکار منفی استفاده می‌کنند (مانند افکار خود تحقیر کننده به دنبال غذا خوردن خارج از کنترل) تا از رویارویی با اطلاعات تهدید کننده اجتناب کنند. این پدیده در کوتاه مدت احتمالاً با کاهش موقت افکار و هیجانات منفی تقویت می‌شود و ممکن است احتمال مصرف بیش از حد غذا را افزایش دهد، زیرا آنها قادر به تشخیص گرسنگی و هیجانات منفی به عنوان دلیل تمایل بالای خود به غذا نیستند. علاوه بر این، بار شناختی مقابله با یک هیجان منفی ممکن است بر فرایند خودتنظیمی غلبه کند؛ به طوری که افراد چاق دیگر نمی‌توانند کنترل خود را بر رفتارهای خوردن حفظ

چاقی یکی از بزرگترین چالش‌هایی است که خدمات بهداشت عمومی در قرن بیست و یکم با آن مواجه است و عامل اصلی مرگ و میر قابل پیشگیری در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه است (۱). چاقی اغلب با بسیاری از بیماری‌های جسمانی مانند دیابت نوع دوم، بیماری‌های قلبی-عروقی، فشار خون بالا، زایمان زودرس و آرتروز (۲) و همچنین آسیب‌های اجتماعی و اقتصادی مانند مشکلاتی در ارتباطات بین فردی، کاهش بهره‌وری و امید به زندگی و هزینه‌های ناشی از مراقبت‌های بهداشتی همراه است (۳، ۴). چاقی و اضافه وزن فارغ از این که سبب مشکلات جسمانی، اجتماعی و اقتصادی می‌گردد، می‌تواند در ایجاد مشکلات روانشناختی تأثیر بسزایی داشته باشد؛ علی‌الخصوص در عصر حاضر که نسبت به چاقی و اندام نگاه متفاوتی وجود دارد و این شرایط به نوبه خود در موقعیت‌های اجتماعی، سبب ساز ایجاد اضطراب بدنی-اجتماعی در افراد مبتلا به چاقی می‌گردد (۵). یافته‌های تحقیقاتی نشان می‌دهند اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب بدنی-اجتماعی به عنوان یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامت روان و اختلالات خوردن در جمعیت بالینی زنان مبتلا به چاقی در حال افزایش است (۶، ۷). اضطراب بدنی-اجتماعی را می‌توان به عنوان اضطراب اجتماعی پیرامون ظاهر کلی، از جمله شکل بدن و ترس از ارزیابی منفی اندام توسط دیگران تعریف نمود (۸). در آسیب‌شناسی روانی، ترس از ارزیابی منفی دیگران که پیامد حضور در موقعیت‌های اجتماعی است، به عنوان یکی از ویژگی‌های کلیدی اضطراب بدنی-اجتماعی در میان افراد مبتلا به چاقی شناسایی شده است (۹). ترس از ارزیابی منفی و کاستی‌های ظاهری درک شده توسط دیگران در موقعیت‌های اجتماعی، می‌تواند باعث ترس از انتقاد و سرزنش دیگران در تعاملات اجتماعی شود که این امر به نوبه خود می‌تواند منجر به مشکلات هیجانی و رفتارهای ناسالمی مانند رفتارهای تکانشی در افراد مبتلا به چاقی گردد (۹، ۱۰). تکانشگری یکی از ویژگی‌های روان‌شناختی است که به عنوان یک عامل مهم شرطی‌کننده رفتارهای غذایی و در نتیجه افزایش وزن و خطر چاقی مطرح شده است (۱۱). رفتارهای تکانشی شامل واکنش‌های سریع برنامه‌ریزی نشده به محرک‌های درونی یا بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی این واکنش‌ها تعریف می‌شود (۱۲). افراد مبتلا به چاقی که دارای رفتارهای تکانشی هستند، اغلب به هیجانات منفی با اقداماتی عجولانه پاسخ می‌دهند

کنند (۱۹).

با توجه به اهمیت هیجانات، نقش تنظیم هیجانی در تغییرات روان درمانی بسیار مهم و پیچیده است. درمانهایی که بر حذف مشکلات روانی از طریق نادیده گرفتن هیجانات متمرکز هستند، می توانند منجر به تداوم هیجانات ناکارآمد شده و در نتیجه مشکلات روانی ممکن است به طور مؤثر حل نشوند (۲۰). در درمان هیجان مدار (EFT)، هیجانات در رأس درمان قرار داشته و به عنوان نیروی محرکه درمان محسوب می شوند. این رویکرد درمانی که توسط گرینبرگ در دهه ۱۹۸۰ توسعه یافت، یک چارچوب منحصر به فرد برای کار با فرایندهای هیجانی ارائه داده و از تکنیک های هدفمند برای تحریک و تغییر تجربیات هیجانی مراجعان استفاده می کند (۲۱). طی درمان، مراجع از طریق یادگیری روشهای درست برچسب زدن به هیجانات، یادگیری، تنظیم و تعدیل هیجانات شدید و دگرگون کردن هیجانات ناسازگارانه و دردناک اصلی، می تواند تنظیم و ابراز تجربیات هیجانی خود را به شکل بهینه تر بدست آورد (۲۲). در طول جلسات، طرحواره های هیجانی ناسازگارانه فعال می شوند و سپس با دستیابی به طرحواره های هیجانی انطباقی بیشتر تغییر می کنند (۲۱، ۲۳).

چاقی دومین عامل عمده قابل پیش بینی مرگ از طریق اثرگذاری بر عوامل خطر بیماری قلبی- عروقی، فشارخون بالا و دیابت نوع دو می باشد. همچنین باعث آسیب های جدی در کیفیت زندگی و افزایش میزان اختلالات روان پزشکی و جسمانی می گردد. این افراد بجز مشکلات زیبایی با بیماری های مختلفی همچون دیابت (مرض قند)، فشار خون بالا، چربی خون، دردهای مفصلی، مشکلات تنفسی و ایست تنفسی در خواب، بیماری های تخریبی مفصلی، افزایش اوره خون و بیماری های ریوی و قلبی عروقی به همراه گزارش هایی از سرطان (رحم، پستان، روده بزرگ، کیسه صفرا، تخمدان، کولون و پروستات)، سنگ کیسه صفرا، پرمویی، نازایی، اختلال در قاعدگی، استرس و فراموشی همراه می باشد. همانطور که ذکر شد عوارض چاقی بسیار مخرب می باشد، از آنجایی که مداخلات و درمان های غیردارویی به عنوان درمان اولیه و بی خطر برای افراد مبتلا به چاقی محسوب می شوند که اثرات بلندمدتی را نیز به همراه دارند، درک اهمیت بالینی و فواید این رویکردهای روان درمانی به منظور بررسی فرایندهای زیربنایی دخیل در آسیب شناسی روانی افراد مبتلا به چاقی، الگویی برای هدایت مداخلات و راهبردهای درمانی در آینده ارائه خواهد داد. همچنین نبودن پژوهش های روانشناختی لازم در جریان

درمان این مهم، بسیار حائز اهمیت است. کسب موفقیت های درمانی روانشناخت مدار قادر خواهد بود بر برنامه ریزی های جهت کاهش پرخوری و چاقی و معضلات آن تاثیر بگذارد. لذا درک اینکه چگونه این درمان در واقعیت کار می کنند و چگونه می توانیم از آنها به روش های خاص در کلینیک ها استفاده کنیم، نیاز به مطالعات بیشتری دارد. با توجه به عدم وضوح در زمینه چگونگی اثربخشی درمان های روانشناختی به ویژه در موقعیت های بالینی، انجام مطالعاتی در این زمینه می تواند در بینش های مفیدی در جهت افزایش اثربخشی مداخلات درمانی به روانشناسان بالینی و متخصصان سلامت روان ارائه دهد. لذا با توجه به موارد ذکر شده هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر اضطراب بدنی- اجتماعی، رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به چاقی بود.

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری (یک ماهه) با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله (با توجه به جمع آوری اطلاعات آزمودنی های و دسترسی آسان تر پژوهشگر این بازده زمانی انتخاب شد)، مراجعه کننده به کلینیک های تغذیه شهر تهران در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. با توجه به اینکه حداقل تعداد نمونه به ازای هر گروه در پژوهش های مداخله ای ۱۵ نفر می باشد، از بین زنان مراجعه کننده به یکی از کلینیک های تغذیه واقع در منطقه ۴ شهر تهران که متمایل به شرکت در مداخله درمانی بودند، ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه آزمون و گروه کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. در مرحله بعد جهت سنجش متغیرهای پژوهش، پرسشنامه های مرتبط با موضوع پژوهش در میان دو گروه آزمون و کنترل اجرا شد (پیش آزمون). پس از آن، گروه آزمون طرح مداخله ای درمان هیجان مدار را طی ۸ جلسه درمانی، هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی دریافت نمودند، در حالی که گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. پس از اتمام آخرین جلسه آموزش، به طور همزمان و در شرایط یکسان، مجدداً پرسشنامه های پژوهش جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی دو گروه آزمون و کنترل (پس آزمون) اجرا شد. همچنین برای شرکت کنندگان گروه کنترل جهت رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش و تشکر و قدردانی از آنها

دادند (۲۸). در پژوهش حاضر پایایی کل این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹۰ بدست آمد.

مقیاس خودتنظیمی هیجانی: این مقیاس که توسط هافمن و کاشدان در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است، دارای ۳ بعد (پنهان کاری، سازش کاری و تحمل) و ۲۰ گویه است و پاسخدهی به آنها براساس طیف لیکرت ۵ درجه ای از اصلاً در مورد من درست نیست (نمره ۱) تا بی‌نهایت در مورد من درست است (نمره ۵)، تنظیم شده است. روایی این مقیاس توسط سازندگان آن مورد تأیید قرار گرفته است (۲۹). در پژوهش نریمانی و همکاران نیز شاخص روایی و پایایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده و پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس های پنهان کاری، سازش کاری و تحمل به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۰ و ۰/۵۰ و پایایی کل برابر ۰/۸۱ بدست آمده است (۳۰). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴۵ بدست آمد.

پروتکل درمانی: در پژوهش حاضر، درمان هیجان مدار براساس رویکرد گرینبرگ، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه به افراد گروه آزمون با ارائه تکلیف آموزش داده شد (۲۳).

خلاصه ای از جلسات درمان هیجان مدار

جلسه اول: آشناسازی اعضاء با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، معرفی درمان هیجان مدار، تعیین نحوه درمان و اهداف آن، طرح ریزی جلسات، بررسی پیامدهای جسمانی و روانی چاقی

جلسه دوم: تشریح ماهیت و عملکرد هیجانات، هیجانات اولیه و ثانویه و آموزش تفکیک این دو نوع هیجان از یکدیگر، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی مراجع، بازنمایی و تنظیم هیجانات اصلی سازگاران- ناسازگاران

جلسه سوم: پرداختن به نشانه‌های مختلف در سطوح مختلف فرایند پردازش مراجع، برجسته سازی نقش مراجع در خلق تجارب هیجانی، کشف و غلبه بر وقفه ها، موانع ابراز هیجانات؛ رسیدن به پذیرش، تحمل، تنظیم و تجربه هیجانات.

جلسه چهارم: شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه هایی از خود که انکار و سرزنش شده است، بررسی تأثیر اضطراب و مکانیزم های دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، تقویت پذیرش جنبه های انکار شده خود

جلسه پنجم: شناسایی خود مضطرب و سرزنش گر، شناسایی دویارگی خود انتقادگر، گفتگوی دو صندلی برای مکالمه خود مضطرب با خود ایمن

جلسه ششم: ارائه تعریفی از طرحواره های هیجانی، کمک

جهت همکاری‌شان در فرایند اجرای پژوهش، پس از پایان پژوهش، جلسات درمانی برگزار گردید. جهت تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

ملاک های ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: رضایت آگاهانه افراد، جنسیت زن، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۳۰ سال دارای پرونده در کلینیک های تغذیه و تشخیص چاقی توسط دکتر تغذیه، دامنه BMI بین ۳۰ تا ۴۰، عدم ابتلا به اختلالات روانی و بیماری های جسمانی و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان. همچنین معیارهای خروج از پژوهش حاضر عبارت بودند از: تکمیل ناقص پرسشنامه ها، غیبت در دو جلسه متوالی، قرار گرفتن تحت درمان های دارویی و روانی در حین انجام پژوهش.

برای جمع آوری داده ها از ابزار زیر استفاده گردید:

مقیاس اضطراب بدنی- اجتماعی (SPA): این مقیاس که توسط هارت و همکاران در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است، دارای ۱۲ سؤال است و نمره گذاری آن براساس طیف لیکرت پنج گزینه ای از کاملاً موافق (نمره ۵) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) انجام می شود. نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب بدنی- اجتماعی بیشتر است و نمره ۱۲ حداقل و امتیاز ۶۰ حداکثر میزان اضطراب را نشان می دهد (۲۴). روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تأیید شد و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمده است (۲۴). در ایران روایی سازه و محتوا توسط طباطباییان و همکاران تأیید شد و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمده است (۲۵). در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹۴ بدست آمد.

پرسشنامه تکانشگری بارت (BIS-11): این پرسشنامه که توسط بارت و همکاران در سال ۲۰۰۴ ساخته شده است، دارای ۳۰ سؤال و سه خرده مقیاس تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی برنامه‌گی می باشد. پاسخدهی به سئوالات براساس طیف لیکرت چهار درجه ای از به ندرت (نمره ۱) تا همیشه (نمره ۴) بوده و پایین ترین و بالاترین نمره به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده تکانشگری بیشتر است (۲۶). پاتون و همکاران پایایی درونی برای نمره کل این پرسشنامه را از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ گزارش نمودند (۲۷). در ایران اختیاری و همکاران این پرسشنامه را در دو گروه افراد سالم و مصرف کنندگان مواد اجرا کردند که در گروه افراد سالم ضریب آلفای کرونباخ ۰/۴۸، ۰/۶۳، ۰/۷۹ و ۰/۸۳ را به ترتیب برای خرده مقیاس های بی برنامه‌گی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی و نمره کل گزارش

یافته ها

در این بخش با کمک آزمون های آماری به تحلیل فرضیه های تحقیق پرداخته شد. در ابتدا، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها استفاده شد. براساس نتایج، با توجه به سطوح معناداری بدست آمده در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری که در تمام گروه ها بزرگتر از سطح ۰/۰۵ بوده است ($p > ۰/۰۵$)، فرض نرمال بودن داده ها تأیید شده و می توان برای بررسی فرضیه از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد.

به مراجع برای کشف و فعال سازی هیجانات و طرحواره های هیجانی ناسازگارانه اولیه برای تغییر هیجانات ناسازگارانه اصلی از طریق برانگیختن هیجانات متوقف شده، استفاده از تمرین گفتگوی دو صندلی جلسه هفتم: پردازش هیجان و تغییر طرحواره های هیجانی، ایجاد راهبردهای جدید خودتنظیمی هیجانی جهت تغییر شکل طرحواره های ناسازگارانه اصلی، معنا بخشیدن به تجربه، ظرفیت تنظیم هیجانی، آموزش توانایی تأمل در تجارب و ایجاد روایتی جدید از آنها. جلسه هشتم: پاسخ به سئوالات آزمودنی ها، جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون، پس آزمون پیگیری دو گروه

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمون	۴۸/۰۰	۴/۷۷۰	۳۰/۳۵	۴/۶۳۶	۲۳/۲۹	۴/۲۹۸
	۵۶/۴۱	۹/۵۹۲	۵۲/۰۶	۸/۷۶۴	۴۹/۵۹	۸/۲۹۰
	۸۰/۸۲	۵/۷۱۴	۱۲۱/۳۵	۳/۸۷۲	۱۳۲/۴۷	۲/۶۰۱
کنترل	۴۹/۰۶	۴/۵۸۰	۴۸/۰۵	۴/۱۸۲	۴۷/۱۶	۴/۲۱۴
	۵۴/۳۲	۷/۴۵۸	۵۳/۱۲	۷/۱۲۴	۵۵/۲۱	۶/۸۷۹
	۸۱/۱۴	۵/۶۵۹	۸۰/۱۰	۴/۹۵۹	۷۹/۸۷	۵/۱۲۱

پیگیری گزارش شده است. نمرات حاکی از آن است میان نمرات متغیرهای اضطراب بدنی-اجتماعی، رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی در پیش آزمون و پس آزمون همچنین پیگیری تفاوت وجود دارد.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اضطراب بدنی-اجتماعی، رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی در گروه آزمون و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون همچنین

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی درمان هیجان مدار بر اضطراب بدنی-اجتماعی، رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به چاقی

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
اضطراب بدنی-اجتماعی	پیش آزمون	۳۲۱۴۲۶/۰۰	۱	۳۲۱۴۲۶/۰۰	۴۲۳/۰۰	۰/۰۵۹
	گروه	۳۶/۰۰	۱	۳۶/۰۰	۰/۰۳	۰/۰۳۶
	خطا	۳۱۲۴/۰۰	۳۸	۶۳۲/۰۰		
رفتارهای تکانشی	پیش آزمون	۴۲۵۱۴/۰۰	۱	۴۲۵۱۴/۰۰	۵۱۱/۰۰	۰/۰۶۳
	گروه	۳۷/۰۰	۱	۳۷/۰۰	۰/۰۴	۰/۰۴۱
	خطا	۳۳۱۴۲/۰۰	۳۸	۷۴۱/۰۰		
خودتنظیمی هیجانی	پیش آزمون	۴۹۲۵۴/۰۰	۱	۴۹۲۵۴/۰۰	۵۴۷/۰۰	۰/۰۸۷
	گروه	۳۹/۰۰	۱	۳۹/۰۰	۰/۰۴	۰/۰۲۲
	خطا	۳۵۲۱۴/۰۰	۳۸	۷۲۱/۰۰		

و تجارب مرتبط با آن در جلسات درمانی به منظور مواجهه سازی مراجعان با تجارب هیجانی جدید و بازسازی اساسی آنها است (۴۲). در اولین مرحله درمان، درمانگر رابطه ای صمیمانه و دلسوزانه با مراجع برقرار می سازد. این امر کاوش درباره هیجانات آسیب پذیر اجتناب شده را که برای تحول هیجانی لازم است، تسهیل نموده و همچنین بخودی خود اثر درمانی دارد، زیرا یک تجربه هیجانی اصلاحی را ارائه می دهد. علاوه بر این، مراجعان نگرش تأیید کننده و دلسوزانه درمانگر را درونی کرده و بنابراین با خود، با شفقت بیشتری رفتار می کنند که این امر پادزهر اولیه برای انتقاد از خود است (۳۶). سپس درمانگر هیجانات شرم و خودانتقادی را تغییر می دهد و بدین منظور از انواع مداخلات استفاده می کند که سه مورد از مهمترین آنها عبارتند از: کار دو صندلی برای انتقاد از خود. کار با صندلی خالی برای تداوم هیجانات حل نشده نسبت به شخصیت های انتقادگر در موقعیت های اجتماعی و اجرای دو صندلی برای تسکین خود و رفتار کردن دلسوزانه با خود. در طی این فرایند، مراجع خودانتقادی و شرمساری را ابراز می کند. این امر اغلب منجر به بهبودی علائم می شود، زیرا درک فراشناختی از علائم اضطراب اجتماعی را تقویت می کند (۳۶). سپس با کمک درمانگر، مراجعان هیجانات تطبیقی مرتبط با این نیازهای برآورده نشده را ابراز می کنند. ابراز قاطعانه خشم، غم و شفقت به خود، تجربیات هیجانی سازگاران را ای ه‌ستند که به توانمندسازی مراجع و رفع شرم کمک می کنند. تقویت توانایی های خودآرام بخشی و شفقت به خود باعث می شود صدای درونی خودانتقادگر به گفتگوی درونی دلسوزانه تر و درک کننده تر تبدیل گردد. در چنین شرایطی و در حالی که مراجع پذیرش بی قید و شرطی از درمانگر خود دریافت می کنند، وی احساس شایستگی و عزت نفس بیشتری کرده و این فرآیندها باورهای شرم محور آنها را تغییر داده و منجر به کاهش اضطراب بدنی- اجتماعی آنان می گردد.

همچنین بر طبق یافته ها درمان هیجان مدار بر رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به چاقی اثربخش بوده و منجر به کاهش رفتارهای تکانشی و بهبود خودتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به چاقی شده است. نتایج حاصل با یافته های پژوهشی آرتنگ و همکاران (۴۳)، اسمری برده زرد و همکاران (۳۳)، پای پوزان (۴۴)، گیلستنی و همکاران (۴۵)، گیلستنی و همکاران (۴۶)، رومانو و همکاران

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، نتایج بدست آمده از مقایسه نمرات آزمودنی ها در پس آزمون گروه ها با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که شرکت در جلسات آموزشی، باعث کاهش اضطراب بدنی- اجتماعی ($p=0.03$)، کاهش رفتارهای تکانشی ($p=0.04$) و افزایش خودتنظیمی هیجانی ($p=0.04$) در افراد مبتلا به چاقی شده است. بنابراین می توان گفت درمان هیجان مدار بر اضطراب بدنی- اجتماعی، رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به چاقی اثربخش است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر اضطراب بدنی- اجتماعی، رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به چاقی بود. یافته ها نشان می دهد که درمان هیجان مدار بر اضطراب بدنی- اجتماعی افراد مبتلا به چاقی اثربخش بوده و به کاهش آن کمک کرده است. نتایج حاصل با یافته های پژوهشی میرآتشی یزدی و همکاران (۳۱)، مینایی (۳۲)، اسمری برده زرد و همکاران (۳۳)، رضایی و همکاران (۳۴)، رومانو و همکاران (۳۵)، شاهار و همکاران (۳۶)، بیوتل و همکاران (۳۷)، هابرمین و همکاران (۳۸)، شاهار و همکاران (۳۶) و تان و همکاران (۳۹) همسو است. اضطراب بدنی- اجتماعی با مجموعه ای از پاسخ های هیجانی مشکل ساز مبتنی بر شرم به عنوان هیجان ناسازگارانه اولیه و چندین فرایند هیجانی ثانویه برای مقابله با آن همراه است. از دیدگاه درمان هیجان مدار، شرم در قلب اضطراب اجتماعی قرار دارد (۴۰). هیجان شرم، شیوه خاصی از پردازش هیجانی را در عمل تنظیم کرده و افراد را به سمت تهدیدهای بالقوه مرتبط با شرم (مانند ارزیابی منفی از سوی دیگران) و خودانتقادی هدایت می کند. این شیوه پردازش اغلب شامل توجه جانبدارانه به تهدیدات مرتبط با شرم و تفسیر مغرضانه از محرک های محیطی میهم به عنوان محرک های تهدید کننده است (۴۱). چنین تجربیات آسیب زایی منجر به درونی شدن شرم، خودانتقادی و احساس مزمن بی ارزشی و بی کفایتی می گردد. هدف درمان هیجان مدار، آموزش مراجعان برای توجه به نشانه های غیرتهدیدکننده، مانند آموزش تعدیل سوگیری توجه و همچنین آموزش آنها برای به چالش کشیدن دیدگاه تحریف شده از خود نیست، بلکه هدف درمانگر، فعال کردن کامل طر‌حواره هیجان مبتنی بر شرم

(۳۵)، تورس و همکاران (۴۶)، دولهانتی و همکاران (۴۷) و گیلستنی و همکاران (۴۸) همسو است. با توجه به ماهیت ظاهراً کنترل نشده و عجولانه بسیاری از رفتارهای ناسازگارانه که مشخصه آسیب شناسی روانی اختلالات خوردن هستند (مثلاً پرخوری)، ساختار تکانشگری در ارتباط با علائم اختلال خوردن از دیرباز مورد توجه محققان و پزشکان بوده است (۴۸، ۴۹). تکانشگری متشکل از سه عامل اصلی است: افزایش حساسیت به پاداش (که با افزایش سوگیری توجه نسبت به محرک های پاداش دهنده منعکس می شود)، کاهش کنترل بازدارنده و فوریت منفی (یعنی تمایل به اقدام عجولانه در پاسخ به هیجانات منفی) که مرتبط ترین شکل تکانشگری برای پرخوری است (۵۰). بنابراین، پرخوری را می توان به عنوان خوردن تکانشگرانه با الف) افزایش حساسیت پاداش در مورد محرک های غذایی که با افزایش واکنش نشانه و ولع نشان داده می شود، و ب) کاهش کنترل بازدارنده که با فوریت منفی و شکست یا نقص مداوم در خودکنترلی و از دست دادن کنترل ادراک شده هنگام غذا خوردن نشان داده می شود و تعریف نمود (۵۱).

از سویی دیگر، مطالعات نشان می دهند فرایندهای نورویولوژیکی مربوط به تکانشگری، از جمله کنترل بر رفتار خوردن خود، به شدت تحت تأثیر خود تنظیمی هیجانی قرار دارند (۵۲، ۵۳). از آنجایی که افراد مبتلا به چاقی، غذا و محرک های مرتبط با آن را بسیار ارزشمند می دانند، میل شدیدی به خوردن غذاهای خاص دارند (۵۴). داشتن سطح بالایی از حساسیت به پاداش و فقدان استراتژی های خودتنظیمی هیجان مؤثر ارتباط تنگاتنگی با رفتارهای تکانشی مرتبط با غذا و پرخوری دارد. تحمل پریشانی پایین افراد را مجبور می کند به دنبال راهی سریع برای رهایی از هیجانات منفی خود باشند (۴۹، ۱۰). در واقع، گرسنگی به عنوان یک استراتژی تنظیم هیجان عمل می کند که هم تجربه درونی و هم ابراز بیرونی هیجانات را از طریق با سرکوب واکنش های فیزیولوژیکی و برانگیختگی کاهش می دهد. اگر هیچ روش جایگزینی در دسترس نباشد، ممکن است فرد به مرور زمان به گرسنگی به عنوان تنها راهبرد تنظیم هیجان خود به دلیل اثر بی حس کننده آن متکی شود. این فرایند یکی از عواملی است که رابطه پیچیده بین تنظیم هیجان و رفتارهای تکانشی را بیشتر نشان می دهد (۴۹).

از آنجایی که ابتدایی ترین شکل پردازش اطلاعات هیجانی

صریح، آگاهی و تشخیص هیجانات است و خودتنظیمی مؤثر هیجانی مستلزم توانایی فرد برای آگاهی از حالات هیجانی درونی خود به منظور شناسایی هیجان تجربه شده است (۵۴)، لذا مرحله نخستین درمان بر ارتقای آگاهی از هیجانات، استقبال و پذیرش هیجانات و شناسایی هیجانات اولیه متمرکز است. در واقع، مراجعان ریشه های هیجانات، تأثیر هیجان ها بر عملکرد روزانه و تأثیر هیجان ها بر افکار و رفتارهایشان را کشف خواهند کرد. با توجه به اینکه درمان مبتنی بر هیجان معتقد است افراد مبتلا به چاقی برای اجتناب از احساس درد ناشی از تجربه هیجانات منفی مانند اضطراب، به رفتارهای تکانشی مانند پرخوری روی می آورند، در گام بعدی، مراجع می آموزد که سرکوب هیجانات و قطع ارتباط با آنها می تواند منجر به ناتوانی در درک هیجانات و سطوح بالاتر هیجان منفی و پرخوری گردد، زیرا کاهش ابراز هیجانات ممکن است مانع از مقابله فعالانه فرد با عوامل استرس زا و مانع پردازش هیجانات یا استفاده از حمایت اجتماعی یا هر اقدامی برای حل وضعیتی شود که باعث ناراحتی هیجانی شده است. سپس درمانگر به مراجعان کمک می کند با استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجانی مانند ارزیابی مجدد از هیجانات سازگارانه برای تغییر طرحواره های هیجانی ناسازگارانه استفاده نموده و از طریق معنا بخشیدن به هیجانات به کمک نمادسازی تجربه هیجانی در قالب کلمات، نحوه تحمل و ابراز هیجانات منفی دردناک را بیاموزد (۵۱). بنابراین درمان هیجان مدار از طریق افزایش آگاهی و درک هیجانات، پذیرش هیجانات، آموزش کنترل رفتار در هنگام تجربه هیجانات منفی و توانایی استفاده از استراتژی های خودتنظیمی هیجان متناسب با موقعیت و به صورت انعطاف پذیر؛ باعث می شود خودکنترلی، تمایل به مقاومت در برابر وسوسه های فوری و دریافت پاداش های کوتاه مدت و اغلب لذت بخش (خوردن غذا) افزایش یابد. در نتیجه، مراجعان با در نظر گرفتن پیامدهای بلندمدت و بالقوه رفتار، از پاسخ دادن فقط به محرک های فوری و لذت بخش اجتناب کرده تا بتوانند استراتژی های بلندمدتی را دنبال کنند که منافع قابل توجهی (اما با تأخیر) برای آنها دارد.

نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد درمان هیجان مدار بر اضطراب بدنی- اجتماعی، رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی

پژوهش حاضر بر روی مردان و همچنین بر روی زنان مبتلا به چاقی در دامنه‌های سنی دیگر و سایر مناطق کشور انجام گیرد تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج پژوهش را تعمیم داد و برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از روش‌هایی دیگری مانند مصاحبه‌های ساختارمند بالینی جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر و وسیع‌تر استفاده گردد.

ملاحظات اخلاقی

ابتدا رضایت اخلاقی آزمودنی جلب شد و اهداف پژوهش توضیح داده شد و به آنها اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش اختیاری بوده، حق خروج از مطالعه را دارند و اطلاعات آزمودنی بدون نام جمع‌آوری شده و محرمانه خواهد بود. همچنین اطلاعات این پژوهش به کد اخلاق شماره: IR.IAU.CHALUS.REC.1401.025 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس ثبت شده است.

سیاسکزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر نهایت قدردانی و سپاس را داریم.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در رابطه با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر وجود ندارد.

References

1. Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, et al. High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. *Obesity* (Silver Spring, Md.). 2020; 28(7): 1195-1199. <https://doi.org/10.1002/oby.22831>
2. Thibodeau PH, Flusberg SJ. Lay theories of obesity: causes and consequences. In: Gordeladze JO, ed. *Adiposity: Epidemiology and Treatment Modalities*. Munich, Germany: Intech. 2017; 23-36. <https://doi.org/10.5772/65341>
3. Lew B, Huen J, Yu P, et al. Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping styles and suicide in Chinese university students. *PLoS One*. 2019; e0217372. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217372>
4. Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, et al. Economic impacts of overweight and obesity:

زنان مبتلا به چاقی اثربخش بوده است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار سبب کاهش اضطراب بدنی-اجتماعی و رفتارهای تکانشی و بهبود خودتنظیمی هیجانی در زنان مبتلا به چاقی شده است.

پژوهش حاضر مانند تمامی پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌های مواجه بود. نخست اینکه جهت اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش تنها از ابزار خودگزارشی استفاده شد. همچنین با توجه به اینکه نمونه پژوهش تنها شامل زنان مبتلا به چاقی شهر تهران با دامنه سنی ۲۰ الی ۳۰ سال است؛ بنابراین امکان تعمیم نتایج به سایر زنان مبتلا به چاقی با دامنه‌های سنی دیگر و در مناطق دیگر وجود ندارد. از آنجایی که برطبق یافته‌های پژوهش حاضر، درمان هیجان‌مدار استراتژی‌های مؤثری جهت کاهش اضطراب بدنی-اجتماعی، رفتارهای تکانشی و بهبود خودتنظیمی هیجانی به زنان مبتلا به چاقی ارائه می‌دهد و استفاده از این‌گونه مداخلات در بلندمدت کارآمدتر از درمان‌های دارویی می‌باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود رویکردهای روان‌درمانی مبتنی بر هیجان به عنوان خط اول درمان به تنهایی یا به عنوان درمانی کمکی در ترکیب با درمان‌های دارویی و رژیم‌های درمانی جهت افزایش اثرات درمانی ارائه گردند. علاوه بر این، با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که پژوهشی مشابه با

- current and future estimates for eight countries. *BMJ Global Health*. 2021; 6:e006351. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006351>
5. Caletti E, Massimo C, Magliocca S, Moltrasio C, Brambilla P, Delvecchio G. The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social anxiety: An updated scoping review. *Journal of affective disorders*. 2022; 310: 174-182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.008>
 6. Brosos LC, Levinson CA. Social appearance anxiety and dietary restraint as mediators between perfectionism and binge eating: A six month three wave longitudinal study. *Appetite*. Jan 2017; 108: 335-342. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.015>
 7. Hart TA, Mora DB, Palyo SA, Fresco DM, Holle C, Heimberg RG. Development and examination of the social appearance anxiety scale. *Assessment*. 2008; 15: 48-59. <https://doi.org/10.1177/1073191107306673>

8. Levinson CA, Rodebaugh TL. Social anxiety and eating disorder comorbidity: the role of negative social evaluation fears. *Eating behaviors*. 2012; 13(1): 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.11.006>
9. Ince B, Schlatter J, Max S, Plewnia C, Zipfel S, Giel KE, Schag K. Can we change binge eating behaviour by interventions addressing food-related impulsivity? A systematic review. *Journal of eating disorders*. 2021; 9(1): 31-38. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00384-x>
10. Giel KE, Teufel M, Junne F, Zipfel S, Schag K. Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder A systematic update of the evidence. *Nutrients*. 2021; 9: 11-17. <https://doi.org/10.3390/nu9111170>
11. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *The American journal of psychiatry*. 2001; 158(11): 1783-1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
12. Casagrande M, Boncompagni I, Forte G, Guarino A, Favieri F. Emotion and overeating behavior: Effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eat. Weight Disord*. 2019; 25: 1-13. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00767-9>
13. Laghi F, Pompili S, Baumgartner E, Baiocco R. The role of sensation seeking and motivations for eating in female and male adolescents who binge eat. *Eat. Behav*. 2015; 17: 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.01.011>
14. Smith KE, Lavender JM, Leventhal AM, Mason TB. Facets of Impulsivity in Relation to Diet Quality and Physical Activity in Adolescence. *International journal of environmental research and public health*. 2021; 18(2): 613. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020613>
15. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004; 26(1): 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
16. Fernandes J, Ferreira-Santos F, Miller K, Torres S. Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity Review*. 2018; 19(1): 111-120. <https://doi.org/10.1111/obr.12607>
17. Favieri F, Marini A, Casagrande M. Emotional Regulation and Overeating Behaviors in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*. 2021; 11(1): 1-11. <https://doi.org/10.3390/bs11010011>
18. Gouveia M J, Canavarro MC, Moreira H. Associations between Mindfulness, self-compassion, difficulties in emotion regulation and emotional eating among adolescents with overweight/obesity. *J. Child Fam. Stud*. 2018; 28: 273-285. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1239-5>
19. Barlow H. *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Fifth Edition; 2014.
20. Pos A, Greenberg L. Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2007; 37: 25-31. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9031-z>
21. Pos A, Greenberg L. Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2012; 26: 84-107. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.1.84>
22. Greenberg L. The clinical application of emotion in psychotherapy. In M. Lewis, J. Havil and Jones, & L. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed., pp. 88-101). Guilford Press; 2008.
23. Hart EA, Leary MR, Rejeski WJ. The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 1989; 11: 94- 104. <https://doi.org/10.1123/jsep.11.1.94>
24. Tabatabaieyan, FS, Adelghahraman M, Shajie R, Fouldian J. The relationship between physical and social anxiety and the stages of students' exercise behavior change. *Research in Sports Sciences*. 2009; (24): 29-43.
25. Barratt E, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *Biol Psychiatry*. 2004; 41: 20-31.
26. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1995; 51: 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
27. Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. Impulsivity and its Different Assessment Tools: A Review of View Points and Conducted Researches. *IJPCP*.

- 2008; 14(3): 247-257.
28. Hofmann SG, Kashdan TB. The Affective Style Questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010; 32(2): 255-263. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9142-4>
29. Narimani M, Mohammadzadeh Y, Omidar A, Omidar Kh. Comparison of psychological capital and affective styles among male students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 2013; 4(1): 100-118.
30. Miratashi Yazdi M S, Mollazadeh's J, Aflakseir A, Sarafraz M R. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Internalized and External Shame in People with Social Anxiety. *IJPN*. 2023; 10(6): 51-63.
31. Minaei H. The effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Reducing Anxiety and Self-Compassion in Adolescents. *Journal of Applied Family Therapy*. 2022; 3(2): 517-530. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.2.27>
32. Asmari Bardezard Y, Khanjani S, Mousavi Asl E, Dolatshahi B. (2021). Effect of Emotion-focused Therapy on Anxiety, Depression and Difficulty in Emotion Regulation in Women with Binge Eating Disorder. *IJPCP*. 2021; 27(1): 12-18. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.3246.1>
33. Rezaee M, Mohammadkhani P, Jafari Roshan M. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotion-Based Therapy on Body Image Dissatisfaction in People with Eating Disorder Symptoms', *Journal of Psychological Studies*. 2021; 17(3): 95-114.
34. Romano KA, Heron KE, Ebener D. Associations among weight suppression, self-acceptance, negative body image, and eating disorder behaviors among women with eating disorder symptoms. *Women & health*. 2021; 61(8): 791-799. <https://doi.org/10.1080/03630242.2021.1970082>
35. Shahar B. New Developments in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of clinical medicine*. 2020; 9(9): 18-29. <https://doi.org/10.3390/jcm9092918>
36. Beutel ME, Greenberg L, Lane RD, Subic-Wrana C. Treating Anxiety Disorders by Emotion-Focused Psychodynamic Psychotherapy (EFPP)-An Integrative, Trans diagnostic Approach. *Clin. Psychol. Psychother*; 2019. <https://doi.org/10.1002/cpp.2325>
37. Haberman A, Shahar B, Bar-Kalifa E, Zilcha-Mano S, Diamond GM. Exploring the Process of Change in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety. *Psychother. Res*. 2019; 29:908-918. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1426896>
38. Tan Y, Xin X, Wang X, Yao S. Cognitive emotion regulation strategies in chinese adolescents with overweight and obesity. *Child Obes*. 2017; 14: 26-32. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0123>
39. Kivity Y, Huppert, JD. Emotion regulation in social anxiety: a systematic investigation and meta-analysis using self-report, subjective, and event-related potentials measures. *Cogn Emot*. 2019; 33:213-30. <https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1446414>
40. Greenberg LS, Iwakabe S. Emotion-Focused Therapy and Shame. In: Dearing R.L., Tangney J.P., editors. *Shame in the Therapy Hour*. American Psychological Association; Washington, DC, USA. 2011; 69-90. <https://doi.org/10.1037/12326-003>
41. Robertson TE, Sznycer D, Delton AW, Tooby J, Cosmides L. The True Trigger of Shame: Social Devaluation Is Sufficient, Wrongdoing Is Unnecessary. *Evol. Hum. Behav*. 2018; 39:566-573. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2018.05.010>
42. Artang H, Izadi F. The effectiveness of Emotional Focused Therapy on Emotional Information Processing and Interpersonal Cognitive Distortions among women with Somatic Symptoms of Isfahan. *RBS*. 2022; 20(1): 60-73. <https://doi.org/10.52547/rbs.20.1.60>
43. Pay Pouzan S. The effectiveness of Emotion-oriented cognitive therapy on self-efficacy and cognitive emotional regulation in obese women. *JNIP*. 2020; 4(8): 1-13.
44. Glisenti K, Strodl E, King R. The Role of Beliefs about Emotions in Emotion-Focused Therapy for Binge-Eating Disorder. *J Contemp Psychother*; 2022. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09555-6>
45. Glisenti K, Strodl E, King R, et al. The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *J Eat Disord*. 2021; 9: 20-31. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>
46. Torres S, Sales CMD, Guerra MP, Simões MP, Pinto M, Vieira FM. Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy in Comorbid

- Obesity With Binge Eating Disorder: A Pilot Study of Feasibility and Long-Term Outcomes. *Front. Psychol.* 2020; 11:343. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00343>
47. Dolhanty J, Lafrance A. Emotion-focused family therapy for eating disorders. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy.* (pp. 403-423). Washington, DC: American Psychological Association; 2019. <https://doi.org/10.1037/0000112-018>
 48. Glisenti K, Strodl E, King R. Emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A review of six cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 2018; 25: 842-855. <https://doi.org/10.1002/cpp.2319>
 49. Bénard M, Bellisle F, Etile F, et al. Impulsivity and consideration of future consequences as moderators of the association between emotional eating and body weight status. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2018; 15: 84-89. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0721-1>
 50. Forbes YN, Moffitt RL, Van Bokkel M, Donovan CL. Unburdening the weight of stigma: Findings from a compassion-focused group program for women with overweight and obesity. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 2020; 34(4): 336-357. <https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00015>
 51. Gullo MJ, Loxton NJ, Dawe S. Impulsivity: Four ways five factors are not basic to addiction. *Addict. Behav.* 2014; 39:1547-1556. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.002>
 52. Schag K., Leehr EJ, Meneguzzo P, Martus P, Zipfel S, Giel KE. Food-related impulsivity assessed by longitudinal laboratory tasks is reduced in patients with binge eating disorder in a randomized controlled trial. *Scientific reports.* 2021; 11(1): 82-85. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-87231-w>
 53. Heatherton TF. Self and Identity: Neuroscience of Self and Self-Regulation. *Annu Rev Psychol.* 2011; 62: 363-390. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131616>
 54. Heatherton TF, Wagner DD. Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends in cognitive sciences.* 2011; 15(3): 132-139. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.12.005>
 55. Dawe S, Loxton NJ. The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 2004; 28(3): 343-351. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.03.007>
 56. Raman J, Smith E, Hay P. The clinical obesity maintenance model: An integration of psychological constructs including mood, emotional regulation, disordered overeating, habitual cluster behaviours, health literacy and cognitive function. *J. Obes.* 2013; 24:128.