رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۲، شماره پیاپی ۱۱۷، اسفند ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(12), 2026

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به چاقی

Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Adaptive and Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies in Adolescents with Obesity

فاطمه پورنصراله
گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
دکتر بهمن اکبری (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
دکتر آذر کیامرثی
گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

Fatemeh Pournasrollah
Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.
Dr. Bahman Akbari *
Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.
bahmanakbari@iau.ac.ir
Dr. Azar Kiamarsi
Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به چاقی انجام شد. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه این پژوهش دختران مقطع متوسطه دوم شهر رشت مبتلا به چاقی در سال ۱۴۰۴ بود که از بین آن‌ها، ۵۵ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌روش تصادفی در سه گروه درمان شفقت (۱۷ نفر)، رفتاردرمانی دیالکتیکی (۱۸ نفر)، و گروه کنترل (۲۰ نفر)، تخصیص یافتند. ابزار این پژوهش، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) (CERQ) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات پیش‌آزمون راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت (P<۰/۰۵). همچنین نتایج دلالت بر این داشت که بین دو درمان در طول زمان تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵)؛ که نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به درمان متمرکز بر شفقت بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت هر دو درمان به عنوان یک مداخله پایدار بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به چاقی مؤثر می‌باشد؛ اما رفتاردرمانی دیالکتیکی مؤثرتر است.

واژه‌های کلیدی: *راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان متمرکز بر شفقت، چاقی، نوجوانان.*

Abstract

This research aimed to comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and dialectical behavior therapy on adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation strategies in adolescents with obesity. The present research method was the type of quasi-experimental study with pre-test, post-test design and the control group with a two-month follow-up period. The population of this research included female students with with obesity in Rasht in the year 2025, that among them 55 students selected by purposive sampling, and randomly assigned to three groups: compassion therapy (n=17), dialectical behavior therapy (n=18), and control group (n=20). Research questionnaire was the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2006) (CERQ). Repeated measures analysis of variance was used to analyze the data. The results showed that the pre-test scores of adaptive and maladaptive strategies of cognitive emotion regulation had a significant difference with the post-test and follow-up scores (P>0.05). Also, the results indicated that there was a significant difference between the two treatments over time (P>0.05), which shows the greater effectiveness of dialectical behavior therapy than compassion-focused therapy. Therefore, it can be concluded that both treatments are effective as a stable intervention on cognitive emotion regulation strategies in adolescents with obesity, but dialectical behavior therapy is more effective.

Keywords: *Adaptive and Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies, Dialectical Behavior Therapy, Compassion-Focused Therapy, Obesity, Adolescents.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** مهر ۱۴۰۴ | **پذیرش:** مهر ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** اسفند ۱۴۰۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

مقدمه

امروزه شیوع و افزایش نرخ چاقی روند نگران‌کننده‌ای را در بین نوجوانان کشورهای در حال توسعه و با درآمد پایین و متوسط نشان می‌دهد. دلیل این امر به وضعیت انتقال جمعیت در این کشورها و تغییرات سبک زندگی در سراسر جهان نسبت داده شده است (چانگ چوسان[1] و همکاران، ۲۰۲۵). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۲، بیش از ۳۹۰ میلیون کودک و نوجوان ۵ تا ۱۹ ساله دارای اضافه وزن بودند، از جمله ۱۶۰ میلیون نفر که با چاقی زندگی می‌کردند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۵). در طول دو دهه گذشته، میزان اضافه وزن و چاقی در کشورهای در حال توسعه به ترتیب از ۱۰ به ۲۵ درصد و دو به ۱۰ درصد افزایش یافته است. شیوع اضافه وزن/چاقی در کودکان و نوجوانان کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه یافته، ۳۰ درصد بیشتر است. این روند رو به افزایش تقریباً در تمام کشورهای خاورمیانه در دهه‌های اخیر مشاهده می‌شود. ایران در میان کشورهای دارای بالاترین رتبه چاقی دوران کودکی قرار دارد و از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ شاهد دو برابر شدن نرخ چاقی در بین کودکان و نوجوانان خود بوده است. این افزایش در اضافه وزن منجر به این شده است که تقریباً ۲۰٪ از کودکان و نوجوانان در گروه دارای اضافه وزن قرار گیرند (هنرور و همکاران، ۲۰۲۵). خطرات سلامتی چاقی شامل کبد چرب، دیابت، فشار خون بالا، بیماری‌های قلبی عروقی، اختلالات خواب، سرطان و مشکلات سلامت روان است که در نهایت منجر به عوارض طولانی مدت و مرگ زودرس می‌شود (پارک[2] و همکاران، ۲۰۲۳).

یکی از متغیرهای مهمی که در نوجوانان به واسطه خاصیت سن‌شان تکامل پیدا نکرده است، خودتنظیمی هیجانی است و تحقیقات اخیر نقائص آن را در افراد دارای اضافه وزن بالا و چاقی نشان داده‌اند (اوبارا-گوبیوسکا[3]، ۲۰۲۵؛ روخاس-والورده و فیلیپه-کاستانیو[4]، ۲۰۲۵). دشواری در تنظیم هیجان که با مشکلاتی در درک، پذیرش و مدیریت احساسات و همچنین دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان سازگارانه مشخص می‌شود، با استفاده از استراتژی‌های خاص (مانند اجتناب، نشخوار فکری، نگرانی، سرکوب احساسات) برای تنظیم ناکارآمد احساسات مرتبط بوده است (گرتز و رومر[5]، ۲۰۰۴). استراتژی‌های تنظیم شناختی هیجان راهبردهایی هستند که فرد برای کنار آمدن با شرایط ناگوار به کار می‌برد و به دو دسته سازگارانه و ناسازگارانه تقسیم می‌شود (گارنفسکی[6] و همکاران، ۲۰۰۱). گزارش شده است که مشکلات تنظیم هیجانی زیربنای طیف وسیعی از اختلالات روانی، از جمله اختلالات خوردن است و رابطه معناداری با رفتارهای غذایی ناسازگار، مانند خوردن هیجانی و چاقی دارد (گوئرینی اوسوبینی[7] و همکاران، ۲۰۲۵). لی[8] و همکاران (۲۰۲۵) در مطالعه‌ای به بررسی تغییرات اتصال عملکردی در شبکه‌های مغزی زنان مبتلا به چاقی با استفاده از ام-آر-آی پرداختند و نشان دادند ناهنجاری‌های قابل‌توجهی در اتصال عملکردی مغز به‌ویژه در شبکه‌های مربوط به تنظیم هیجان در این زنان وجود دارد. مادیتا[9] و همکاران (۲۰۲۵) نیز در بررسی راهبردهای سازگار و ناسازگار در افراد مبتلا به چاقی به این نتیجه رسیدند این افراد از نظر استراتژی‌های تنظیم شناختی هیجان با افراد غیرمبتلا متفاوت بودند. تمرکز مجدد کمتر بر برنامه‌ریزی، فاجعه‌سازی بیشتر، اجتناب شناختی نسبت به رویدادهای منفی از موارد مرتبط با چاقی شناسایی شد. همچنین نتایج مطالعات اوبارا-گوبیوسکا (۲۰۲۵)؛ و روخاس-والورده و فیلیپه-کاستانیو (۲۰۲۵)، تنظیم هیجان را به عنوان پیش‌بینی‌کننده علائم اختلال خوردن و چاقی در دانش‌آموزان دختر جوان گزارش کردند.

در این راستا، درمان متمرکز بر شفقت یکی از روان‌درمانی‌های نسبتا جدیدی است که پیشینه‌ها اثربخشی آن را بر متغیر تنظیم هیجان افراد مبتلا به چاقی و پرخوری نشان داده‌اند (روشنی گلنبر و همکاران، ۱۴۰۳؛ مارکز[10] و همکاران، ۲۰۲۵). شفقت را می‌توان به عنوان توانایی حساسیت نسبت به رنج خود و دیگران همراه با تعهد به تلاش برای التیام یا پیشگیری از آن تعریف نمود (گیلبرت[11]، ۲۰۱۴). درمان متمرکز بر شفقت سه سیستم تنظیم هیجانی را در افراد متصور است: سیستم تهدید، سیستم لذت و سیستم تسکین. سیستم تهدید وظیفه‌اش پایش خطرات و مقابله با آن‌هاست و هیجانات خشم، ترس، اضطراب و تنفر متعلق به آن است. سیستم لذت، سیستم انگیزشی برای برانگیختن تلاش برای کسب پاداش و تأمین نیازها است و احساس هیجان، لذت، انرژی و برانگیختگی مربوط به این سیستم است.

1 Chang Chusan
2 Park
3 Obara-Gołębiowska
4 Rojas-Valverde & Felipe-Castaño
5 Gratz & Roemer
6 Garnefski
7 Guerrini Usubini
8 Li
9 Madieta
10 Marques
11 Gilbert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

سیستم تسکین، تنظیم‌کننده دو سیستم دیگر یعنی تهدید و لذت طلبی است. احساس رضایت، قناعت، آرامش، امنیت و بهزیستی از هیجانات مربوط به این سیستم است (کمال[1] و همکاران، ۲۰۲۵؛ کارتر[2] و همکاران، ۲۰۲۱). درمان متمرکز بر شفقت در تلاش برای دست‌یابی به ذهنی شفقت‌ورز است که متشکل از توانایی دلسوز بودن نسبت به خود و دیگران و همچنین توانایی دریافت شفقت از طرف دیگران است (گیلبرت، ۲۰۰۱). در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، احساسات منفی خود را شناسایی و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند؛ بنابراین یاد می‌گیرند که چگونه تنظیم هیجان کنند (نف[3] و همکاران، ۲۰۰۹). روشنی گلنبر و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی نتیجه گرفتند درمان شفقت می‌تواند تنظیم هیجان زنان مبتلا به چاقی را بهبود بخشد. یافته‌های وطن‌پناه و همکاران (۱۴۰۲) نیز نشان داد که شفقت‌درمانی بر خوردن هیجانی و بدتنظیمی هیجانی در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن اثربخش است. همچنین، یافته‌های مارکز و همکاران (۲۰۲۵)؛ و ابراهیمیان و همکاران (۱۴۰۱) حاکی از مزایای درمان شفقت برای پرخوری با تغییرات مثبت خودتنظیمی هیجانی بود. نتایج مطالعه دوآرته[4] و همکاران (۲۰۲۱) نیز تأثیر شفقت‌درمانی را بر پیامدهای هیجانی خوردن و وزن در یک برنامه مدیریت وزن نشان داد.

از مداخلات دیگری که از دیرباز، به عنوان یک منبع کلیدی برای تنظیم هیجانات معرفی شده است و در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی نوجوانان دارای اضافه وزن و چاقی، اثربخشی بالایی دارد، رفتاردرمانی دیالکتیکی است (زومپا[5] و همکاران، ۲۰۲۵؛ برادن[6] و همکاران، ۲۰۲۲؛ جندقیان و همکاران، ۱۴۰۲؛). رفتاردرمانی دیالکتیکی که در ابتدا برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و خودکشی توسعه یافته بود، مشکلات تنظیم هیجان فراگیر و پیامدهای رفتاری آن را هدف قرار می‌دهد (زومپا و همکاران، ۲۰۲۵). رفتاردرمانی دیالکتیکی، شامل آموزش مهارت‌های خودتنظیمی هیجانی است که به شناسایی وتغییر الگوهای تفکر منفی کمک می‌کند و به افراد آموزش می‌دهد تا احساسات خود را کنترل کرده تا در موقعیت‌های دشوار بهتر عمل کنند (لینهان[7] و همکاران، ۲۰۱۵)؛ بنابراین یک درمان امیدوارکننده برای طیف وسیعی از شرایط روان‌پریشی، همچون پرخوری عصبی است (زومپا و همکاران، ۲۰۲۵). در همین راستا، پژوهش جندقیان و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد که این نوع درمان تأثیر قابل‌توجهی بر تنظیم هیجان و چاقی دختران نوجوان دارد. مطالعه زومپا و همکاران (۲۰۲۵) نیز از اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان افراد دارای اختلال پرخوری افراطی حمایت می‌کند. پژوهش برادن و همکاران (۲۰۲۲) و هنردار و همکاران (۱۴۰۱) نیز اثربخشی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش وزن بزرگسالان دارای غذا خوردن هیجانی و اضافه وزن و چاقی نشان داد. علاوه بر این، هوسودو و سوکامتو[8] (۲۰۲۴)؛ دهرویه و همکاران (۲۰۲۲)؛ و همایون‌پور و همکاران (۱۴۰۰) اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در دختران و زنان چاق نشان دادند.

با توجه به افزایش شیوع چاقی در نوجوانان و تأثیرات منفی آن بر سلامت روان و جسم، پژوهش‌های متعددی به بررسی روش‌های درمانی مختلف پرداخته‌اند. دو رویکرد درمانی که توجه خاصی در این زمینه جلب کرده‌اند، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی هستند. تحقیقات نشان می‌دهند که هر یک از این روش‌ها به‌طور متفاوت می‌توانند تأثیرات مثبتی بر خودتنظیمی هیجانی داشته باشند (مارکز و همکاران، ۲۰۲۵؛ زومپا و همکاران، ۲۰۲۵). با این حال، مقایسه مستقیم بین این دو رویکرد بر تنظیم هیجان را، به جز در موارد معدودی (شمس نجفی و همکاران، ۲۰۲۳؛ لوما[9] و همکاران، ۲۰۱۸؛ و دماوندیان و همکاران، ۱۴۰۰)؛ بالاخص در زمینه تأثیر آن‌ها بر نوجوانان مبتلا به چاقی، هنوز به‌طور کافی مورد بررسی قرار نداده‌اند. هدف از مقایسه دو درمان این است که در بررسی پیشینه و ادبیات این پژوهش نتیجه گرفته شد هر دو درمان بر تنظیم هیجان مؤثرند؛ اما مکانیسم‌های اثرگذاری دو مداخله متفاوت هستند. نوجوانان مبتلا به چاقی اغلب انگ، نارضایتی از بدن و قضاوت‌های شدید در مورد خود را تجربه می‌کنند. درمان متمرکز بر شفقت در درجه اول خودانتقادی، شرم و ایجاد یک خودشفقتی را هدف قرار می‌دهد که می‌تواند ارزیابی تهدید را تغییر شکل دهد و افکار خودمحورانه‌تر و تحمل‌پذیرتری را ترویج دهد. این روش ممکن است به طور مستقیم‌تر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار مانند نشخوار فکری و سرزنش خود را کاهش دهد (کارتر و همکاران، ۲۰۲۱). برای نوجوانانی که در مورد چاقی شرم یا گناه شدیدی نشان می‌دهند، موضع دلسوزانه درمان متمرکز بر شفقت ممکن است تغییرات معناداری در تنظیم عواطف و کاهش اتکا به راهبردهای سرکوب یا اجتناب ایجاد

1 Kamal
2 Carter
3 Neff
4 Duarte
5 Zompa
6 Braden
7 Linehan
8 Husodo & Sukamto
9 Luoma

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

کند؛ در حالی که درمان متمرکز بر شفقت خودتسکینی و تنظیم عواطف را بهبود می‌بخشد، ممکن است در مقایسه با درمان‌هایی که بر مهارت‌های شناختی-رفتاری متمرکز هستند، مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی، آموزش صریح کمتری در تکنیک‌های بازسازی شناختی تطبیقی (مثلاً استراتژی‌های ملموس برای ارزیابی مجدد) ارائه دهد (شمس نجفی و همکاران، ۲۰۲۳؛ لوما و همکاران، ۲۰۱۸). نقاط قوت رفتاردرمانی دیالکتیکی، مهارت‌آموزی قوی و ساختاریافته در حوزه‌های مختلف است که بر مجموعه گسترده‌ای از مهارت‌های تنظیم احساسات ملموس، تحمل هیجانات منفی و اثربخشی بین فردی اثر می‌گذارد که می‌تواند منجر به بهبود سریع در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار مانند ارزیابی مجدد شناختی و حل مسئله، همراه با کاهش اجتناب و رفتارهای تکانشی در افراد دچار پرخوری شود (پورمحمد، ۱۳۹۷). رفتاردرمانی دیالکتیکی در اصل برای پرداختن به اختلال تنظیم هیجانات طراحی شده است که می‌تواند در استرس مرتبط با چاقی (انگ همسالان، فشارهای رژیم غذایی) نقش اساسی داشته و به رفتارهای غذایی و پایبندی به مدیریت وزن تعمیم یابد. از سویی نقاط ضعف رفتاردرمانی دیالکتیکی این است که ممکن است به طور مستقیم به انتقاد از خود یا شرم عمیق به طور خاص مانند درمان متمرکز بر شفقت نپردازد و بیشتر به تنظیم هیجان بپردازد؛ در حالی‌که برخی از نوجوانان ممکن است هنوز با شناخت‌های منفی خودمحور دست و پنجه نرم کنند (لوما و همکاران، ۲۰۱۸). به عبارتی دیگر می‌توان گفت برخی از نوجوانان ممکن است در درجه اول با خودانتقادی و انگ دست و پنجه نرم کنند، که درمان متمرکز بر شفقت را به طور بالقوه برای تغییر شکل گفتگوهای درونی مؤثرتر می‌کند. برخی دیگر ممکن است اختلال تنظیم هیجان فراگیر و استرس بین فردی را تجربه کنند که آموزش مهارت‌های جامع رفتاردرمانی دیالکتیکی برای پرداختن به آنها مناسب‌تر است (دماوندیان و همکاران، ۱۴۰۰). مقایسه دو مداخله درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی به شناسایی مکانیسم‌هایی که بیشترین تأثیر را بر استرس مرتبط با چاقی و پایبندی به مدیریت وزن در نوجوانی دارند، کمک می‌کند. مقایسه دو مداخله می‌تواند روشن کند که کدام درمان بهبود بیشتری در پروفایل‌های خاص راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تحت چه عوامل زمینه‌ای (به عنوان مثال، سطوح پایه شرم، حمایت خانواده، بیماری‌های همراه) ارائه می‌دهد و به تصمیم‌گیری برای کلینیک‌ها از نظر مقرون به صرفه بودن و امکان‌سنجی اجرا کمک می‌کند. با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به چاقی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دختران مبتلا به چاقی مقطع متوسطه دوم شهر رشت در سال ۱۴۰۴بود. از این جامعه، ۵ مدرسه انتخاب شد و سپس از بین کسانی که اعلام آمادگی کردند، ۵۵ داوطلب واجد شرایط برحسب معیارهای ورود از طریق نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه و بررسی شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، موافقت والدین یا سرپرستان قانونی، جنسیت دختر، محدوده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال، تأیید چاقی (شاخص توده بدنی برابر یا بیشتر از عدد ۳۰)، عدم ابتلا به اختلالات شدید جسمی و روانی، و عدم اعتیاد به مواد مخدر و محرک (مصاحبه بالینی و پرونده تحصیلی) بود. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم تکمیل و مخدوش بودن پرسشنامه‌ها، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف، شرکت در جلسات روان‌درمانی هم‌زمان بود. پس از نمونه‌گیری اولیه که ۶۰ نفر بودند، نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) تخصیص یافتند و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان جهت پیش‌آزمون تکمیل شد. سپس برای گروه آزمایش اول، به مدت ۸ جلسه (هفته‌ای یک بار) درمان متمرکز بر شفقت؛ و برای گره آزمایش دوم، ۸ جلسه (هفته‌ای یک بار) رفتاردرمانی دیالکتیکی ارائه گردید. گروه کنترل در همان زمان مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس در مورد هر سه گروه پس‌آزمون با پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان اجرا شد و در پایان بعد از گذشت دو ماه، آزمون پیگیری با استفاده از پرسش‌نامه مذکور انجام شد. به علت خروج سه شرکت‌کننده از گروه درمان مبتنی بر شفقت و دو شرکت‌کننده از گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی، در نهایت ۵۵ نفر باقی ماندند. قابل ذکر است اصول اخلاقی پژوهش از جمله تمایل شرکت‌کنندگان به حضور در پژوهش و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، آگاهی شرکت‌کنندگان از هدف پژوهش، پیشگیری از هرگونه آسیب جسمی، روانی یا اجتماعی بالقوه به شرکت‌کنندگان، آگاهی شرکت‌کنندگان از مزایا یا خطرات احتمالی، ناشناس بودن شرکت‌کنندگان، محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان و رعایت حریم خصوصی، نظارت روان‌شناس بالینی، اجازه خروج از پژوهش بدون جریمه برای شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

قرار دادن نتایج در اختیار شرکت‌کنندگان (در صورت علاقمندی)، تحلیل و تفسیر دقیق اطلاعات، همان‌طور که از شرکت‌کنندگان کسب شد و عدم مبالغه در نتیجه‌گیری‌ها، در مطالعه حاضر رعایت گردید. جهت بررسی فرضیه‌ها نیز آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها در نرم‌افزار $Spss_{26}$ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)[1]: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، جهت شناسایی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در سال ۲۰۰۱ طراحی شد، و فرم کوتاه آن در سال ۲۰۰۶ ویرایش گردید (گارنفسکی و کرایج[2]، ۲۰۰۶). در مطالعه حاضر، از فرم کوتاه استفاده گردید که دارای ۱۸ عبارت با دو مولفه اصلی راهبردهای سازگار و ناسازگار می‌باشد. پاسخ‌ها در یک پیوستار ۵ درجه‌ای لیکرت، از هرگز (۱) تا همیشه (۵)، می‌باشد. نمره راهبردهای سازگار در دامنه ۱۰ تا ۵۰ و راهبردهای ناسازگار در دامنه ۸ تا ۴۰ قرار دارد (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). در مطالعه گارنفسکی، روایی ملاک از نوع همزمان این پرسشنامه با بررسی همبستگی آن با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس با ضریب ۰/۴۱ تایید شد. پایایی به‌روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های راهبردهای سازگار و ناسازگار به‌ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ گزارش شد (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). در پژوهش بشارت و بزازیان (۲۰۱۵) روایی بر اساس داوری ده تن از متخصصان روانشناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای هر یک از راهبردهای سازگار (۰/۷۵)؛ و راهبردهای ناسازگار (۰/۷۲)، تایید شد. همچنین پایایی با ضریب آلفا کرونباخ برای راهبردهای سازگار ۰/۸۳ و برای راهبردهای ناسازگار ۰/۹۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر، پایایی به روش آلفای کرونباخ، برای راهبردهای سازگار ۰/۸۵ و برای راهبردهای ناسازگار ۰/۸۹ به دست آمد.

درمان متمرکز بر شفقت: محتوای جلسات مداخله حاضر بر اساس مفاهیم و بسته درمانی متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۴) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار و به صورت گروهی اجرا شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱: خلاصه درمان متمرکز برشفقت

جلسه	خلاصه جلسات درمانی
اول	برقراری رابطهٔ درمانی با مراجع، مفهوم سازی موردی مبتنی بر شفقت؛ تعریف شفقت؛ معرفی و درمان متمرکز بر شفقت، گفتگو در مورد مشکلات چاقی و پرخوری، توضیح کوتاهی در مورد فواید اهداف جلسات درمانی
دوم	ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، معرفی سه سیستم تنظیم هیجان؛ توضیح تفاوت بین ذهن متمرکز بر تهدید و ذهن مشفق تکلیف: بررسی این موضوع که در موقعیت‌های رنج آور کدام سیستم هیجانی فعال‌تر است.
سوم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغزآگاه؛ آموزش تمرین تنفس آرامبخش و نحوه اجرای آن؛ معرفی مهارت‌های ذهن‌آگاهی، خوردن توجه آگاهانه به عنوان مثل: تمرین خوردن کشمش تکلیف: انجام تمرین تنفس آرامبخش در موقعیت‌های خارج از جلسه، خوردن توجه آگاهانه در خانه
چهارم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، توضیح خصوصیت‌های شش گانه شفقت مؤلفه‌های ُعد اشتیاق شامل: حساسیت، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، غیر قضاوتی بودن، تحمل آشفتگی. به تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های آن خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت پذیری توضیح این موضوع که برای اینکه مراجع به فرد مشفقی تبدیل شود باید مهارت‌هایی را یاد بگیرد. تکلیف: مراجع نمونه‌هایی از مولفه‌های بعد اشتیاق در زندگی‌اش را برای جلسه بعد بنویسد. بررسی ویژگی‌های فرد مشفق در خود
پنجم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، استفاده از ریتم تنفسی آرامبخش؛ آموزش نحوه تصویرِ مشفق؛ تمرین تصور بهترین حالت خود؛ اجرای تکنیک صندلی مشفق یا تکنیک سه صندلی سازی خود مشفق شدن را انجام دهد و به تفاوت این دو وضعیت تکلیف: مراجع بعد از نشخوار فکری، تمرین خود دقت کند؛ مراجع با استفاده از تمرین صندلی مشفقانه به مقابله با خود انتقادگری بپردازد.
ششم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، انجام ریتم تنفسی آرامبخش؛ معرفی قدرت تصویرسازی برای انسان‌ها و ارتباط آن با سه سیستم تنظیم هیجان؛ تصویرسازی ایجاد مکانی امن، رنگ آمیزی مشفقانه. تکلیف: استفاده از تصویر سازی‌های مشفقانه هنگام مواجهه با رنج
هفتم	بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، انجام ریتم تنفسی آرامبخش قبل از هر تمرین؛ تمرین مشفق به سمت شفقت نسبت به دیگران؛ تمرین دریافت شفقت از سوی دیگران؛ متمرکز کردنِ‌خود دیگران؛ تمرین شفقت‌ورزی به خود، تکنیک ایجاد یک تصویر مشفق ایده‌آل و کامل برای خود، اشاره‌های مختصر به مفهوم ترس از شفقت. در پایان این تمرین‌ها مراجع چند جمله درباره حسی که این تمرین‌ها

1 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
2 Garnefski & Kraaij

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

هشتم	به او داده بنویسد. مراجع تمرین‌های یادگرفته را در خارج از جلسه و در محیط واقعی با دیگران به‌کار برد. بررسی تکلیف و ارائه خلاصه‌ای از جلسه قبل، توضیح معنی واقعی رفتار مشفقانه، تولید ایده‌هایی برای رفتار مشفقانه؛ آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود؛ جمع‌بندی جلسات گذشته و ارائه خلاصه‌ای از آن‌ها، بازخورد از دوره آموزشی و اجرای پس‌آزمون

رفتاردرمانی دیالکتیکی: درمان به‌کاررفته در این پژوهش بر اساس جلسات و محتوای پروتکل درمانی تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی برگرفته از کتاب مک‌کی[1] و همکاران (۲۰۱۹) ترجمه حمیدپور و همکاران (۱۳۹۷) بود که به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار و به صورت گروهی اجرا شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول۲: خلاصه جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسات	محتوا و موضوعات جلسات رفتار درمانی دیالکتیک
اول	برقراری ارتباط، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه از جمله رازداری، احترام، کش دادن و...(، صحبت در مورد نحوه کار گروه، حضور مرتب جلسات، تعداد و مدت زمان جلسات، صحبت در مورد مشکلات چاقی و پرخوری، توضیح فواید اهداف جلسات درمانی
دوم	توضیح تصمیم‌گیری‌های بر مبنای هیجان و تشویق شرکت‌کنندگان به بیان مشکلات چاقی و اضافه وزن، آموزش تکنیک درک هیجان، اجزاء آن و تاثیراتش، عملکرد هیجان، آسیب‌پذیری در برابر تجربه‌های هیجانی منفی، واکنشی بودن، تلاش برای رسیدن به تعادل
سوم	آشنایی با تجزیه و تحلیل زنجیره‌ای وقایع موثر در پرخوری، نحوه برخورد با ناکامی‌ها در مقابل پرخوری با کمک تفکر دیالکتیک
چهارم	آموزش تکنیک پذیرش خود و دیگران که شامل آگاهی از ارتباط، خودآگاهی و توجه آگاهانه نسبت به خود، خودهیجانی، خود منطقی و وجود خشم، آموزش مهارت ذهن‌آگاهی و تمرین
پنجم	آموزش مهارت اتخاذ یک موضع غیر قضاوت‌گون و تمرکز بر یک چیز در زمان حال و اثربخشی آن، نظاره‌گری بر روی نوار نقاله، در هر لحظه بر یک چیز متمرکز بودن و انجام کار موثر
ششم	کنترل ولع، شامل صبوری کردن‌برای تمایل شدید به پرخوری با تاکید بر مهارت نظاره کردن، اتخاذ یک موضع غیر قضاوت‌گون، آموزش موج سواری بر روی هیجانات به‌جای رفتار خوردن
هفتم	آموزش تکنیک ابزار روشن احساسات شامل شناسایی خواسته‌ها و احساسات مبهم، استفاده از ارتباطات غیرمستقیم، کم‌انگاری خواسته‌ها، پیش‌انگاری خواسته‌ها، آموزش تکنیک مدیریت مسائل، حل‌مسئله و مهارت‌های بین‌فردی موثر
هشتم	مرور و جمع‌بندی جلسات قبل، جمع‌بندی و بررسی پیامدهای ناشی از عدم تنظیم هیجانی و تنظیم هیجانی، برنامه‌ریزی برای آینده و جلوگیری از عود و مرور تمرین‌های ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل رنج و به‌کارگیری مستمر مهارت‌های آموخته‌شده، بازخورد از دوره آموزشی و اجرای پس‌آزمون

یافته ها

در مطالعه حاضر، ۵۵ دانش‌آموز دختر در سه گروه درمان متمرکز بر شفقت ۱۷ نفر، رفتاردرمانی دیالکتیکی ۱۸ نفر و گروه کنترل ۲۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان متمرکز بر شفقت، ۱۶/۷۶ (۱/۰۳) سال؛ گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی، ۱۶/۹۴ (۱/۰۵) سال؛ و گروه کنترل، ۱۶/۷۰ (۱/۰۳) سال بود. مقایسه میانگین‌های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین سن در سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت (p= ۰/۹۶۰، f=۰/۰۷۲). همچنین میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی گروه درمان متمرکز بر شفقت، ۳۴/۷۸ (۲/۹۵)؛ گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی، ۳۴/۹۲ (۲/۸۰)؛ و گروه کنترل، ۳۴/۶۸ (۲/۶۷) بود. مقایسه میانگین‌های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین شاخص توده بدنی در سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت (p= ۰/۷۴۰، f=۰/۶۹۵). علاوه بر این، بین گروه‌ها از لحاظ سابقه ژنتیک چاقی در خانواده (p= ۰/۸۸۰، X2=۰/۲۵۵) ، و همچنین وضعیت درآمد (p= ۰/۴۱۰، X2=۱/۷۸۲) ، تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ که بیانگر آن است هر سه گروه در این متغیرها همگن هستند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، در جدول ۳ ارائه گردیده است.

1 McKay

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

جدول ۳: اطلاعات توصیفی متغیرهای راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان

متغیر	گروه	مراحل آزمون					
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
راهبردهای ناسازگار	شفقت‌درمانی	۳۶.۸۸	۳.۸۴	۲۱.۴۷	۴.۳۹	۲۱.۸۲	۳.۴۱
	رفتاردرمانی دیالکتیک	۳۷.۳۹	۳.۴۸	۱۶.۸۳	۳.۶۸	۱۷.۱۷	۳.۶۳
	کنترل	۳۷.۱۵	۲.۲۵	۳۷.۳۵	۲.۱۶	۳۷.۶۵	۲.۳۵
راهبردهای سازگار	شفقت‌درمانی	۱۷.۸۸	۴.۰۰	۳۵.۰۰	۶.۳۰	۳۴.۷۱	۶.۲۰
	رفتاردرمانی دیالکتیک	۱۸.۲۸	۵.۵۷	۴۱.۱۱	۴.۴۴	۴۰.۵۰	۴.۳۴
	کنترل	۱۸.۱۵	۳.۰۸	۱۸.۳۰	۳.۱۰	۱۷.۹۰	۳.۱۴

مطابق نتایج جدول ۳، میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان در شرکت‌کنندگان گروه‌های شفقت‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشت؛ اما در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد. به‌منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها از کجی و کشیدگی استفاده شد که نمرات متغیرهای پژوهش در دامنه ۲ و ۲- قرار داشت که بیانگر نرمال بودن توزیع نمرات بود. به‌منظور بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که با توجه به نمره (P= ۰/۶۹ و۰/۳۷) برای راهبردهای ناسازگار، و نمره (P= ۰/۱۰ و۴/۸۰) برای راهبردهای سازگار که بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، پیش‌فرض همگنی واریانس خطا در مورد متغیرهای پژوهش برقرار بود (p>۰/۰۵). آزمون ام.باکس نیز با نمره (P= ۰/۵۴۰ و B=۴۹/۶۴) برای راهبردهای ناسازگار، و نمره (P= ۰/۷۹۰ و B=۱۲۳/۰۹) برای راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان معنی‌دار نیست. در نتیجه یکسانی ماتریس کواریانس برقرار است. همچنین پیش‌فرض آزمون ماوچلی یا همگونی ماتریس واریانس برای متغیرهای راهبردهای ناسازگار (P= ۰/۸۳ وM=۰/۸۰) و راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان (P= ۰/۶۳ وM=۰/۴۱)، برقرار بود. بنابراین با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های مذکور، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه گردیده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
راهبردهای ناسازگار	اثر زمان	۵۰۴۹.۲۹	۲.۰۰	۲۵۲۴.۶۵	۹۵۷.۲۲	<۰/۰۰۱	۰.۹۵
	اثر گروه	۵۸۷۴.۸۰	۲.۰۰	۲۹۳۷.۴۰	۱۰۸.۵۵	<۰/۰۰۱	۰.۸۱
	اثرتعاملی زمان در گروه	۲۹۷۶.۳۸	۴.۰۰	۷۴۴.۰۹	۲۸۲.۱۲	<۰/۰۰۱	۰.۹۲
راهبردهای سازگار	اثر زمان	۶۳۱۶.۵۰	۲.۰۰	۳۱۵۸.۲۵	۱۳۹۴.۲۳	<۰/۰۰۱	۰.۹۶
	اثر گروه	۷۰۸۱.۷۵	۲.۰۰	۳۵۴۰.۸۸	۶۱.۲۵	<۰/۰۰۱	۰.۷۰
	اثرتعاملی زمان در گروه	۳۵۳۳.۳۱	۴.۰۰	۸۸۳.۳۳	۳۸۹.۹۵	<۰/۰۰۱	۰.۹۴

براساس جدول ۴، نتایج اثر زمان در نمرات راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود (p<۰/۰۰۱). نتایج به‌دست‌آمده اثر گروه نیز نشان داد که تفاوت میان گروه‌های درمان و کنترل از نظر میانگین نمرات راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان در کل مراحل مطالعه معنادار بود (p<۰/۰۰۱). همچنین اثر تعاملی زمان در گروه در راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان معنادار بود (p<۰/۰۰۱). جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی زمان‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی زمان‌ها

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
راهبردهای ناسازگار	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	*۱۱.۹۲۲	۰.۳۳	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون ـ پیگیری	*۱۱.۵۹۴	۰.۳۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون ـ پیگیری	-۰.۳۳	۰.۲۳	۰.۴۹

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

راهبردهای سازگار	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	-۱۳.۳۶۷*	۰.۳۲	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون ـ پیگیری	-۱۲.۹۳۲*	۰.۳۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون ـ پیگیری	.۴۳۵*	۰.۱۴	۰.۰۱۱

طبق نتایج جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی مراحل اندازه‌گیری نشان می‌دهد که نمرات راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان در مرحله پس‌آزمون به طور معناداری بیشتر از پیش‌آزمون بود (P<۰/۰۰۱). بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان نوجوانان مبتلا به چاقی مؤثر می‌باشند. علاوه بر این، بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری راهبردهای سازگار نیز تفاوت معناداری مشاهده شد. این نتایج نشان می‌دهد که افزایش ایجاد شده در نمرات راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان در اثر مداخلات، نه تنها بلافاصله پس از مداخله، بلکه در دوره پیگیری نیز به صورت پایدار حفظ شده است و حتی بهبود بیشتری در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون مشاهده شده است. تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری برای متغیر راهبردهای ناسازگار معنادار نبود، که حاکی از پایداری و ثبات اثرات مداخله در طول زمان است. جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه گروه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون

متغیر	گروه مبنا	گروه مقایسه‌شده	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
راهبردهای ناسازگار	شفقت‌درمانی	رفتاردرمانی دیالکتیک	۲.۹۲۹۲*	۱.۰۲	۰.۰۲
	شفقت‌درمانی	کنترل	-۱۰.۶۵۷۸*	۰.۹۹	<۰/۰۰۱
	دیالکتیک	کنترل	-۱۳.۵۸۷۰*	۰.۹۸	<۰/۰۰۱
راهبردهای سازگار	شفقت‌درمانی	رفتاردرمانی دیالکتیک	-۴.۱۰۰۲*	۱.۴۸	۰.۰۲
	شفقت‌درمانی	کنترل	۱۱.۰۷۹۴*	۱.۴۵	<۰/۰۰۱
	دیالکتیک	کنترل	۱۵.۱۷۹۶*	۱.۴۳	<۰/۰۰۱

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد تفاوت میانگین راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان بر اثر هر دو مداخله شفقت‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱)؛ اما در گروه کنترل این اختلاف معنی‌دار نیست. همچنین اختلاف تأثیر شفقت‌درمانی نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی در راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان معنی‌دار است (P<۰/۰۵). به عبارت دیگر هر دو درمان منتهی به کاهش راهبردهای ناسازگار و افزایش راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان شده‌اند، اما تأثیر روش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به چاقی بیشتر از شفقت‌درمانی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به چاقی انجام شد. نتایج نشان داد هر دو روش درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به افزایش راهبردهای سازگار و کاهش راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان شدند و این در گروه کنترل قابل مشاهده نبود؛ اما تأثیر روش رفتاردرمانی دیالکتیکی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان نسبت به درمان متمرکز بر شفقت در نوجوانان مبتلا به چاقی بیشتر بوده است.

یافته اول، یعنی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر راهبردهای سازگار و ناسازگار با نتایج مطالعات مارکز و همکاران (۲۰۲۵)، دوآرته و همکاران (۲۰۲۱)، روشنی گلنبر و همکاران (۱۴۰۳)، وطن‌پناه و همکاران (۱۴۰۲)، ابراهیمیان و همکاران (۱۴۰۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت بسیاری از نوجوانان مبتلا به چاقی، انگ، خجالت و خودقضاوتی‌های شدید را تجربه می‌کنند. درمان

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

متمرکز بر شفقت مستقیماً این الگوهای خودسرزنشی را هدف قرار می‌دهد، که به عنوان تقویت‌کننده پردازش مبتنی بر تهدید و تنظیم هیجانی ناسازگارانه (مثلاً نشخوار فکری، فاجعه‌سازی) شناخته می‌شوند. با پرورش شفقت به خود، نوجوانان می‌توانند خودارزیابی منفی را کاهش دهند و هوشیاری نسبت به نشانه‌های تهدید را که راهبردهای ناسازگارانه را تحریک می‌کنند، کاهش دهند (پارک و همکاران، ۲۰۲۳؛ ابراهیمیان و همکاران، ۱۴۰۱). درمان متمرکز بر شفقت بر این ایده استوار است که مغز دارای چندین سیستم تنظیمی است: تهدید، سائق و تسکین‌دهنده. تقویت سیستم آرامش‌بخش، از طریق آموزش ذهن دلسوز، می‌تواند با پاسخ‌های تهدیدآمیز بیش از حد (جنگ/گریز) که منجر به تنظیم ناسازگارانه می‌شوند، مقابله کند. این تغییر می‌تواند برانگیختگی خودکار و دخالت شناختی مرتبط با خوردن و اجتناب عاطفی را کاهش دهد و امکان استفاده انعطاف‌پذیرتر از استراتژی‌های سازگارانه را فراهم کند (دوآرته و همکاران، ۲۰۲۱). تمرینات خودشفقتی به نوجوانان کمک می‌کند تا بدون اجتناب یا واکنش بیش از حد به پریشانی، آن را بپذیرند. این امر دسترسی به مجموعه‌ای گسترده‌تر از استراتژی‌های تنظیم شناختی (مثلاً ارزیابی مجدد شناختی، حل مسئله) را افزایش می‌دهد، زیرا پریشانی کمتر طاقت‌فرسا و قابل تحمل‌تر است. تحمل بیشتر، از اجرای استراتژی‌های سازگارانه در موقعیت‌های پر از هیجان، مانند چالش‌های رژیم غذایی یا انگ اجتماعی، پشتیبانی می‌کند (مارکز و همکاران، ۲۰۲۵). با تمرین‌های خودشفقتی، نوجوانان رویدادهای منفی (مثلاً یک شکست مرتبط با وزن) را به شیوه‌ای متعادل‌تر دوباره تفسیر می‌کنند. چارچوب‌بندی دلسوزانه، با قطع گفتگوهای درونی خشن، تفکر بدترین حالت را تعدیل می‌کند، نتیجه‌گیری‌های همه یا هیچ را تغییر می‌دهد؛ و موجب کاهش نشخوار فکری و تفکر منفی تکراری که از راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان است، می‌شود (روشنی گلنبر و همکاران، ۱۴۰۳). به‌طور کلی، وقتی نوجوانان با تمرین‌های خودشفقتی، احساس ارزشمندی و مراقبت می‌کنند، ممکن است انگیزه بیشتری برای انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت داشته باشند. کاهش اجتناب و احساس گناه متعاقب تمرینات ذهن دلسوز می‌تواند منجر به تمرین مداوم‌تر استراتژی‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، ارزیابی مجدد و تحمل پریشانی شود که هسته بسیاری از چارچوب‌های تنظیم شناختی هیجان هستند (وطن‌پناه و همکاران، ۱۴۰۲).

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به چاقی مؤثر است. این نتیجه با نتایج مطالعات زومپا و همکاران (۲۰۲۵)، هوسودو و سوکامتو (۲۰۲۴)، دهرویه و همکاران (۲۰۲۲)، برادن و همکاران (۲۰۲۲)، جندقیان و همکاران (۱۴۰۲)، هنردار و همکاران (۱۴۰۱)، و همایون‌پور و همکاران (۱۴۰۰)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت رفتاردرمانی دیالکتیکی بر مهارت‌آموزی در چهار ماژول تأکید دارد: ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین فردی. هر ماژول فرآیندهای شناختی و الگوهای تنظیم هیجان خاصی را هدف قرار می‌دهد و اغلب به صورت هم‌افزایی عمل می‌کنند. برای نوجوانانی که با چاقی دست و پنجه نرم می‌کنند، این مهارت‌ها به استراتژی‌های عملی برای تشخیص محرک‌ها (مثلاً محرک‌های هیجانی برای پرخوری)، تحمل پریشانی بدون خوردن تکانشی و تعدیل عاطفه منفی که می‌تواند رفتارهای سالم را از مسیر خارج کند، تبدیل می‌شوند (هوسودو و سوکامتو، ۲۰۲۴). ذهن‌آگاهی با سه جنبه اصلی مشاهده، توصیف، و مشارکت، بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان اثر می‌گذارد. توصیف احساسات، شدت را از طریق مسیرهای تنظیم احساسات مبتنی بر زبان کاهش می‌دهد و دسترسی به منابع شناختی برای حل مسئله را به جای مقابله واکنشی بهبود می‌بخشد. با مشاهده تجربیات درونی بدون واکنش فوری، مراجعین یاد می‌گیرند که محرک‌ها را از ارزیابی‌های خودکار جدا کنند. این امر میانبرهای شناختی ناسازگار را کاهش می‌دهد و فضایی برای ارزیابی آگاهانه‌تر ایجاد می‌کند (هنردار و همکاران، ۱۴۰۱). ذهن‌آگاهی توانایی داشتن تفاسیر متعدد از یک موقعیت را پرورش می‌دهد و با تفکر همه یا هیچ مقابله می‌کند. با برچسب‌گذاری افکار به عنوان افکار، نه واقعیت‌ها، افراد کمتر احتمال دارد که درگیر نشخوار فکری بی‌پایان شوند. این امر چرخه‌های تفکر منفی را که باعث تشدید پریشانی می‌شوند، قطع می‌کند (جندقیان و همکاران، ۱۴۰۲). ذهن‌آگاهی، پذیرش تجربه لحظه حال را بهبود می‌دهد و استراتژی‌های اجتناب (مانند سرکوب، کناره‌گیری) را کاهش می‌دهد. همچنین به فرد می‌آموزد که حالت‌های عاطفی دردناک را بدون توسل به تحریف‌های شناختی ناسازگارانه که رفتار تکانشی را توجیه می‌کنند، تحمل کند (زومپا و همکاران، ۲۰۲۵). کاهش تحریفات بین فردی مبتنی بر هیجان موجب بهبود دقت ارزیابی‌های اجتماعی با روشن کردن نیات دیگران و نیازهای خود؛ و کاهش خطاهای ذهن‌خوانی و فاجعه‌سازی در مورد واکنش‌های دیگران می‌گردد. استفاده از مهارت‌های بین فردی ساختارمند، اضطراب و واکنش‌پذیری اجتماعی را کاهش می‌دهد و وسعت شناختی بیشتری را برای پردازش اطلاعات اجتماعی دقیق‌تر، سبک‌های انتساب سالم‌تر، افکار مقابله‌ای ترجیحی، ارزیابی مجدد و حل مسئله فراهم می‌کند (دهرویه و همکاران، ۲۰۲۲). به‌طور کلی، حلقه بازخورد معمولاً به این‌طور است که ذهن‌آگاهی آگاهی را افزایش می‌دهد و واکنش‌پذیری تکانشی را کاهش می‌دهد. تحمل پریشانی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

پلی به مقابله غیر واکنشی در حالی که پردازش شناختی ادامه دارد، فراهم می‌کند. مهارت‌های تنظیم هیجان، ارزیابی مجدد و حل مسئله را بهبود می‌بخشد؛ و اثربخشی بین فردی، استرس رابطه‌ای و عوارض شناختی-عاطفی آن را کاهش می‌دهد (برادن و همکاران، ۲۰۲۲).

درنهایت یافته‌های پژوهش نشان داد که بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به چاقی تفاوت معنادار وجود دارد و رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به درمان متمرکز بر شفقت از اثربخشی بیشتری برخوردار است. این یافته به‌طور کامل با نتایج مطالعه شمس نجفی و همکاران (۲۰۲۳)، و به‌طور مجزا با نتایج مطالعات ذکرشده همسو بود. در تبیین اثربخشی بیشتر رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به درمان متمرکز بر شفقت بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به چاقی می‌توان گفت هر دو درمان برای پرداختن به تنظیم هیجانی و رفتاری استفاده می‌شوند، اما رفتاردرمانی دیالکتیکی اغلب به دلایل مختلف اثرات قوی‌تری بر استراتژی‌های تنظیم شناختی هیجان نشان می‌دهد. از تبیین‌های احتمالی و یکی از تفاوت‌های کلیدی بین این دو رویکرد، تمرکز رفتاردرمانی دیالکتیکی بر آموزش مهارت‌ها در مقابل آگاهی دلسوزانه زیربنایی درمان متمرکز بر شفقت است (شمس نجفی و همکاران، ۲۰۲۳). درمان متمرکز بر شفقت بر پرورش شفقت نسبت به خود و دیگران برای کاهش ترس و پردازش مبتنی بر تهدید تمرکز دارد. اگرچه برای کاهش شرم و انتقاد از خود ارزشمند است؛ اما ممکن است در آموزش استراتژی‌های شناختی صریح برای تغییر یا تنظیم هیجانات در زمان واقعی، کمتر جهت‌دهنده باشد (کارتر و همکاران، ۲۰۲۱). رفتاردرمانی دیالکتیکی یک چارچوب ساختاریافته و محدود به زمان با تکالیف روشن، کارت‌های دفتر خاطرات و اهداف رفتاری فراهم می‌کند. این ساختار تمایل دارد که پیشرفت‌های قابل اندازه‌گیری در ارزیابی مجدد شناختی، کاهش نشخوار فکری و سایر استراتژی‌های انطباقی را سریع‌تر ایجاد کند (شمس نجفی و همکاران، ۲۰۲۳). درمان متمرکز بر شفقت با هدف کاهش خودانتقادی و شرم، که واسطه‌های مهمی در تنظیم هیجانات ناسازگارانه هستند، انجام می‌شود، که ممکن است همیشه به تغییرات فوری در طیف وسیعی از استراتژی‌های شناختی بدون کار با مهارت‌های مکمل تبدیل نشود (مارکز و همکاران، ۲۰۲۵)؛ اما رفتاردرمانی دیالکتیکی به صراحت استراتژی‌های تنظیم ناسازگار (مثلاً نشخوار فکری، فاجعه‌سازی، اجتناب) را از طریق مهارت‌هایی مانند عمل متضاد، تکنیک‌های بازسازی شناختی و تحمل پریشانی هدف قرار می‌دهد. این هدف‌گیری مستقیم، تغییرات برجسته‌تری را در استراتژی‌های شناختی سازگارانه و ناسازگارانه ایجاد می‌کند (همایون‌پور و همکاران، ۱۴۰۰). در نوجوانان مبتلا به چاقی، تنظیم هیجان ناسازگارانه اغلب با رفتارهای خوردن (خوردن احساسی، نشانه‌های خارجی، حساسیت به پاداش) در هم تنیده می‌شود. تأکید رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم احساسات به عنوان یک مکانیسم اصلی، به خوبی با الزامات تنظیمی مدیریت وزن همسو است (هوسودو و سوکامتو، ۲۰۲۴)، در حالی که تأکید درمان متمرکز بر شفقت بر خوددلسوزی و کاهش پریشانی است، اما رفتاردرمانی دیالکتیکی چون به صراحت تنظیم احساسات و پاسخ به پریشانی را آموزش می‌دهد، می‌تواند به طور مؤثرتری ارتباط بین هیجانات منفی و الگوهای خوردن ناسازگارانه را مختل کند. قالب ساختاریافته‌ی رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت، برگه‌های تمرین و اهداف قابل اندازه‌گیری می‌تواند مشارکت و پایبندی را در نوجوانان افزایش دهد و منجر به تمرین بیشتر استراتژی‌های تنظیم شناختی در خارج از جلسات شود (زومپا و همکاران، ۲۰۲۵).

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد هر دو روش درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش راهبردهای ناسازگار و افزایش راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان، در مرحله پس‌آزمون بهتر از گروه کنترل عمل کردند و در مرحله پیگیری نیز این اثر ماندگار بود. همچنین تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله وجود داشت؛ و تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به چاقی بیشتر از شفقت‌درمانی بود.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود، از جمله این‌که نمونه‌گیری هدفمند و غیرتصادفی بود. محدودیت بعدی استفاده از پرسشنامه به عنوان ابزار گردآوری اطلاعات بود. جامعه مورداستفاده نیز دختران دانش‌آموز بودند که ممکن است قابلیت تعمیم به پسران یا سنین بالاتر را نداشته باشد. همچنین عدم بررسی سایر عوامل جمعیت‌شناختی تأثیرگذار همچون بیماری‌های جسمانی همراه، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده، در صورت امکان از نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. بهره‌گیری از روش‌های ارزیابی دقیق‌تر مانند مصاحبه بالینی و ابزار عصب‌شناختی به عنوان ابزار گردآوری اطلاعات توصیه می‌گردد. در صورت امکان از سنین مختلف، جامعه پسران، یا از دختران و پسران توأما، جهت امکان مقایسه جنسیتی استفاده گردد، تا گستره و قابلیت تعمیم‌دهی دقیق‌تر افزایش یابد. همچنین بررسی عوامل جمعیت‌شناختی تأثیرگذار بیشتر همچون بیماری‌های جسمانی همراه غیر شدید مانند تیروئید کم‌کار (مرتبط با چاقی)، سبک زندگی همچون خواب و خوراک، میزان استرس (مرتبط با ترشح کورتیزول و چاقی) پیشنهاد می‌گردد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

منابع

ابراهیمیان، ش؛ احمدی، و؛ و مامی، ش. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و روان درمانی بین فردی بر نظم‌دهی هیجانی و همجوشی شناختی در بیماران مبتلا به چاقی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۹ (۶)، ۴۲-۳۰. https://doi.org/10.32598/shenakht.9.6.30

پورمحمد، پ. (۱۳۹۷). مروری بر زمینه‌های نظری و رویکردهای درمانی اصلی اختلال پراشتهایی روانی؛ چرا رفتاردرمانی دیالکتیکی موثرتر است؟. *رویش روان شناسی*، ۷ (۱۱)، ۳۱۱-۳۲۸. https://frooyesh.ir/article-1-1317-fa.html

جندقیان، م؛ امیدی، ع؛ زنجانی، ز؛ و گیلاسی، ح ر. (۱۴۰۲). تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان، تکانشگری و شاخص توده بدن دختران نوجوان چاق یا دارای اضافه وزن. *مجله علوم پزشکی فیض*، ۲۷(۳)، ۲۶۹-۲۷۷. 10.48307/FMSJ.2023.27.3.269

دماوندیان، ا؛ گلشنی، ف؛ صفاری نیا، م؛ و باغداساریانس، آ. (۱۴۰۰). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، رفتارهای خود آسیب رسان و خود تنظیمی هیجانی نوجوانان بزهکار کانون اصلاح و تربیت شهر تهران. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۱(۴۱)، ۳۱-۵۸. https://doi.org/10.22034/spr.2021.253334.1579

روشنی گلنبر، م؛ رشیدی، ر؛ و اسمخانی اکبری نژاد، ه. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی، *فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم*، ۱۲(۲)، ۲۱-۳۰. https://doi.org/10.61186/shefa.12.2.21

مک‌کی، م؛ وود، ج؛ و برنتلی، ج. (۱۳۹۷). *تکنیک‌های درمان رفتاری دیالکتیکی*. حمیدپور، جمعه‌پور و اندوز (مترجم فارسی). چاپ سوم. تهران: ارجمند؛ ۲۰۱۹. https://www.arjmandpub.com/Book/1014

همایون‌پور، پ؛ صیرفی، م ر؛ و قره، س. (۱۴۰۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش هیجانات منفی و کاهش وزن در زنان چاق. *مجله روان‌شناسی سلامت*، ۵(۱)، ۵۷-۶۴. https://doi.org/10.30473/ijohp.2022.56694.1155

هنردار، ا؛ انصاری شهیدی، م؛ راه نجات، ا م؛ و رضایی جمالویی، ح. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی-رفتاری، بر خوردن هیجانی در افراد چاق. *سلامت جامعه*، ۱۶(۴)، ۱-۱۱. https://doi.org/10.22123/chj.2023.327058.1857

وطن پناه، ش؛ خلعتبری، ج؛ طیبی، ا؛ و ثابت، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر رفتار خوردن هیجانی، بد تنظیمی هیجانی، استرس ادراک‌شده و نشخوار فکری در زنان مبتلا به بیماری چاقی مزمن. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۴(۲)، ۱۱۵-۱۲۸. https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.7

Besharat, M. A., & Bazzazian, S. (2015). Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. *Advances in Nursing & Midwifery*, 24(84), 61–70. https://doi.org/10.22037/anm.v24i84.7360

Braden, A., Redondo, R., Ferrell, E., Anderson, L., Weinandy, J. G., Watford, T., & Barnhart, W. R. (2022). An open trial examining dialectical behavior therapy skills and behavioral weight loss for adults with emotional eating and overweight/obesity. *Behavior Therapy*, 53(4), 614-627. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.008

Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021). Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(1), 93–108. https://doi.org/10.1002/cpp.2488

Chang Chusan, Y. A., Eneli, I., Hennessy, E., Pronk, N. P., & Economos, C. D. (2025). Next steps in efforts to address the obesity epidemic. *Annual Review of Public Health*, 46(1),171-191. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-060922-044108

Dehrouyeh, S., Olia Emadian, S., Tavakoli, N., & Tavakoli, N. (2022). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation, Food Cravings, and Body Mass Index Among Obese Female Students. *Razavi Journal of Medicine*, 10(3), 9-15. https://doi.org/10.30483/rijm.2022.254264.1102

Duarte, C., Gilbert, P., Stalker, C., Catarino, F., Basran, J., Scott, S., ... & Stubbs, R. J. (2021). Effect of adding a compassion-focused intervention on emotion, eating and weight outcomes in a commercial weight management programme. *Journal of health psychology*, 26(10), 1700-1715. https://doi.org/10.1177/1359105319890019

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*, 41(6), 1045-1053. https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Gilbert P. (2001). Evolutionary Approaches to Psychopathology: The Role of Natural Defences. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 35(1), 17-27. https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00856.x

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*, 53(1), 6-41. https://doi.org/10.1111/bjc.12043

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

Guerrini Usubini, A., Ducale, S., Bondesan, A., Frigerio, F., Tringali, G., Cornacchia, M., ... & Sartorio, A. (2025). Emotional Dysregulation and Emotional Eating in Hospitalized Adults with Obesity: The Mediating Role of Worry and Rumination. *Journal of Clinical Medicine*, 14(11), 1-11. https://doi.org/10.3390/jcm14113871

Honarvar, B., Erfannia, L., Rafiee, F., Zahmatkeshan, E., Balaghi Inaloo, F., Hamzavizarghani, N., ... & Bagheri Lankarani, K. (2025). Overweight and obesity and its determinants in primary school students: a population-based study from Iran. *Scientific Reports*, 15(1), 1-10. https://doi.org/10.1038/s41598-025-98352-x

Husodo, C., & Sukamto, M. E. (2024). Dialectical Behavior Therapy for Reducing Emotional Eating in Emerging Adult Women. *Bulletin of Counseling and Psychotherapy*, 6(2), 1-13. https://doi.org/10.51214/002024061054000

Kamal, H., Mitchell, O., O'Doherty, C., Delaney, L., O'Connor, M., O'Hora, E., ... & Behan, C. (2025). The neuroscience of compassion: a scoping review of the literature on the neuroscience of compassion and compassion-related therapies. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 42(1), 1-9. https://doi.org/10.1017/ipm.2025.7

Li, Q., Huang, G., Zhao, S., Zhang, S., Chen, Z., Tang, X., ... & Lu, Y. (2025). Aberrant brain network connectivity related to cognitive and emotional regulation in women with abdominal obesity. *Scientific Reports*, *15*(1), 1-12. https://doi.org/10.1038/s41598-025-10134-7

Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 97-110. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97

Luoma, J. B., Trent Codd, R., & Lynch, T. R. (2018). Radically open dialectical behavior therapy: Shared features and differences with ACT, DBT, and CFT. *Radically Open*, 41(3), 142-149. https://www.behaviortherapist.com/wp-content/uploads/2021/06/41n3.pdf#page=34

Madieta, L., Scocard, A., Rozet, M., De Luca, A., Kazour, F., Barrault, S., ... & Brunault, P. (2025). Emotion regulation among patients with obesity and food addiction. *This work is licensed under a CC BY 4.0 License*, 13(2025), 1-17. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6682315/v1

Marques, C. C., Sayal, A., Palmeira, L., Goss, K., Correia, R., Castilho, P., ... & Castelo-Branco, M. (2025). Therapeutic Benefits of a 16-Week Compassion Focused Therapy for Overeating Are Associated with Positive Autonomic Changes and Putamen Responses. *International Journal of Eating Disorders.* 58(8), 1499-1512, https://doi.org/10.1002/eat.24456

Neff K. D. (2009). The Role of Self-Compassion in Development: A Healthier Way to Relate to Oneself. *Human development*, 52(4), 211–214. https://doi.org/10.1159/000215071

Obara-Gołębiowska, M. (2025). Psychological Predictors of Eating Behavior: The Role of Maladaptive Schemas and Emotion Regulation Across BMI, Gender, and Age Groups. *Appetite*, 215(1), 108-124. https://doi.org/10.1016/j.appet.2025.108243

Park, H., Choi, J. E., Jun, S., Lee, H., Kim, H. S., Lee, H. A., & Park, H. (2023). Metabolic complications of obesity in children and adolescents. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 67(7), 347-355. https://doi.org/10.3345/cep.2023.00892

Rojas-Valverde, M., & Felipe-Castaño, E. (2025). Emotion Regulation as a Predictor of Disordered Eating Symptoms in Young Female University Students. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(9), 1-14. https://doi.org/10.3390/ejihpe15090171

Shamsnajafi, Z. S., Hasanzadeh, R., & Emadian, S. O. (2023). Comparison of the effectiveness of compassionate mind-based therapy and dialectical behavior therapy on cognitive deficits, emotional processing defects and impulsivity of adolescent soldiers aged 18 to 20 years with high-risk behaviors. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 4(5), 59-71. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.5.6

World Health Organization. Obesity and overweight. Key Facts [Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Zompa, L., Cassioli, E., Rossi, E., Cordasco, V. Z., Caiati, L., Lucarelli, S., ... & Castellini, G. (2025). Group Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder: Emotion Dysregulation and Alexithymia as Mediators of Symptom Improvement. *Nutrients*, 17(12), 1-12. https://doi.org/10.3390/nu17122003

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]