



## The Effectiveness of Emotion-focused Therapy on Feelings of Shame and Body Image Concerns in Obese Women

Mahshid Saeedi<sup>1\*</sup>, Mahtab Mokhlesabadi Farahani<sup>2</sup>, Fatemeh Mohammadi<sup>3</sup>,  
Fatemeh Nami<sup>4</sup>, Mina Mohamadiyan<sup>5</sup>

1- Master of Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2- Master of General Psychology, Department of Psychology, Bu-Ali Sina, Hamedan, Iran.

3- Master of Clinical Psychology child and Adolescence, Science and Art University, Yazd, Iran.

4- Master of Clinical Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

5- Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran. Iran.

**\*Corresponding Author:** Mahshid Saeedi, Master of Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

**Email:** saeedimahshid9@gmail.com

Received: 2025/05/10

Accepted: 2025/09/30

### Abstract

**Introduction:** Background and Objective: Obesity is considered one of the most important health challenges in all societies worldwide, which, in addition to physical problems, increases psychological problems, especially in women. The present study aimed to investigate the effectiveness of emotion-focused therapy on feelings of shame and body image concerns in obese women.

**Methods:** This study was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population included all obese women in Tehran province who had referred to weight loss centers in 1402. Thirty people who met the inclusion criteria were selected using convenience sampling and assigned to two experimental and control groups by simple randomization. In order to collect data, the shame questionnaire of Cohen et al. (2011) and the body image concerns of Littleton (2005) were used. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data using SPSS-27 software.

**Result:** The results of the analysis of covariance showed that the scores of shame and body image concerns in the experimental group in the post-test decreased compared to the pre-test ( $P < 0.05$ ). There was a significant difference between the scores of shame and body image concerns in the experimental and control groups in the post-test.

**Conclusion:** It can be said that emotion-focused therapy was able to effectively improve the feelings of shame and body image concerns in obese women. Therefore, mental health professionals are advised to use this approach to treat psychological problems such as shame and feelings of unattractiveness in obese people.

**Keywords:** Emotion-focused therapy, Shame, Body image, Women, Obesity.



## اثربخشی درمان هیجان مدار بر احساس شرم و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی

مهشید سعیدی<sup>۱\*</sup>، مهتاب مخلص آبادی فراهانی<sup>۲</sup>، فاطمه محمدی<sup>۳</sup>، فاطمه نامی<sup>۴</sup>، مینا محمدیان<sup>۵</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی گرایش کودک و نوجوان، دانشگاه علم و فرهنگ، یزد، ایران.

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

۵- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مهشید سعیدی، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران  
ایمیل: saeedimahshid9@gmail.com

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۸

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۲/۲۰

### چکیده

**مقدمه:** از چاقی به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت در تمامی جوامع جهانی یاد می‌شود که علاوه بر مشکلات جسمانی، باعث افزایش مشکلات روانشناختی به ویژه در زنان می‌شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر احساس شرم و نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی بود.

**روش کار:** این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی و کاربردی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به چاقی در استان تهران بود که در سال ۱۴۰۲ به مراکز کاهش وزن مراجعه کرده بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر که واجد ملاک‌های ورود به مطالعه بودند انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه احساس شرم کوهن و همکاران (۲۰۱۱) و نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون (۲۰۰۵)، مورد استفاده قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره با کمک نرم افزار SPSS-27 استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که نمرات احساس شرم و نگرانی از تصویر بدنی در گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش نشان داده است ( $P < 0/05$ ) و تفاوت معناداری میان نمرات احساس شرم و نگرانی از تصویر بدنی در گروه آزمایش و گروه کنترل در بخش پس‌آزمون وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار توانسته به صورت اثربخشی سبب بهبود احساس شرم و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی شود. از این رو به متخصصان سلامت روان توصیه می‌شود که از این رویکرد جهت درمان مشکلات روانشناختی مانند شرم و احساس عدم جذابیت ظاهری در افراد مبتلا به چاقی بهره گیرند.

**کلیدواژه‌ها:** درمان هیجان‌مدار، احساس شرم، تصویر بدنی، چاقی زنان.

مطالعه انجام شده در ایران نشان داده که ۳۷ درصد مردان و ۴۸ درصد زنان دارای اضافه وزن هستند (۱) که سهم بیشتر زنان در مقایسه با مردان را نشان می‌دهد (۲). مطالعات قبلی نشان داده که اختلالات اضطرابی به ویژه اضطراب اجتماعی، افسردگی، مصرف الکل و سیگار در افراد دارای اضافه وزن و چاقی به صورت معناداری از افراد عادی بیشتر است (۳-۴). افراد مبتلا به چاقی در سنین مدرسه توسط همسالان مورد تمسخر قرار می‌گیرند و این زمینه عدم احساس کفایت و نقص را در آنها فراهم می‌کند (۵). این تجارب ناخوشایند در سنین نوجوانی سبب می‌شود که در افراد مبتلا به چاقی عزت نفس و احساس ارزشمندی تضعیف شود (۶). از آنجا که زنان حساسیت‌های روانشناختی بیشتری در مقایسه با مردان دارند (۷)، بنابراین زنان مبتلا به چاقی با مشکلات روانشناختی بیشتری در مقایسه با مردان روبرو هستند (۸). احتمالاً اصلی‌ترین منبع احساس شرم در زنان مبتلا به چاقی مربوط به تن شرمی یا شرم از بدن است (۹). این افراد اغلب خود را مورد سرزنش قرار داده و از خود به شدت انتقاد می‌کنند، بنابراین این عوامل نیز موجب افزایش احساس شرم در آنان می‌شود (۱۰). تحقیقات مربوط به تصویر ذهنی بدن عمدتاً روی زنان متمرکز شده است، زیرا آنان بیشتر از مردان از بدن خود ناراضی هستند و در مقایسه با مردان بیشتر به اختلالات خوردن دچار می‌شوند (۱۱). از طرفی افرادی مبتلا به چاقی که رضایت کمی از شکل بدن خود دارند و احساس شرم نسبت به بدن خود دارند، اغلب تصویر و نگرش منفی نسبت به بدن خود دارند، که می‌تواند ریشه در مدگرایی و تبلیغات شبکه‌های اجتماعی از فیزیک جذاب داشته باشد (۱۲).

آنچه در جوامع غربی به عنوان بدن ایده‌آل تبلیغ می‌شود، باریک اندامی برای زنان و بدن عضلانی برای مردان است. اغلب افراد جوامع مختلف این تصاویر تبلیغ شده از بدن‌های ایده‌آل را در فرایند جامعه‌پذیری درونی نموده و می‌کوشند که به آن دست یابند؛ اما ناتوانی بخش زیادی از مردان و زنان در دستیابی به بدن ایده‌آل تبلیغ شده، موجب افزایش ناراضایتی از بدن شده است (۱۳). نداشتن وزن ایده‌آل و چاقی با برچسب‌های اجتماعی نامناسب و نگرش‌های پیش‌داورانه همراه است (۱۴). فشارهای اجتماعی درباره لاغری و دیدگاه گسترده درباره ساخت بدن سبب شده ناراضایتی از بدن و تصویر منفی بین افراد جامعه به ویژه

زنان بسیار شایع شود (۱۵). اگرچه تمامی افراد مبتلا به چاقی تصویر و نگرش منفی نسبت به بدن خود دارند اما این تصویر منفی در زنان جوان مبتلا به چاقی به صورت شدیدتری تجربه می‌شود (۱۶). از این رو تصویر بدنی که به عنوان سازه‌ای چندبعدی شناخته می‌شود که ادراک هوشیارانه فرد از خود جسمانی شامل افکار و احساسات ناشی از ادراک را در بر می‌گیرد، در زنان مبتلا به چاقی تصویری منفی و غیرجذاب است (۱۷). همچنین این تصویر بدنی از طریق تعاملات بین عوامل اجتماعی-فرهنگی، عصب زیست‌شناختی و شناختی شکل می‌گیرد و رابطه مهمی با خودپنداره فرد دارد. نگرانی‌های بدشکلی بدنی شامل نگرانی شدید و مشغولیت با یک نقص ادراک شده در ظاهر، چک کردن بیش از حد، دستکاری نقص، اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی و تصویر زشت و غیرجذاب از خود است (۱۸). از طرفی تصویر بدنی منفی با احتمال بیشتر تنش روانشناختی، کارکرد ناقص جنسی، علائم افسردگی و احساس منفی نسبت به خود مانند شرم همراه است، که مجموعه این عوامل نقش موثری در کاهش سلامت روان و عدم رضایت از زندگی در فرد مبتلا به چاقی می‌شود (۱۹). بنابراین مشکلات روانشناختی مانند احساس شرم و تصویر بدنی منفی در افراد مبتلا به چاقی به ویژه در زنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که باید به موقع تشخیص و مورد درمان قرار گیرد.

یکی از انواع روان‌درمانی که در سال‌های اخیر مورد استقبال زیادی در میان متخصصان سلامت‌روان قرار گرفته است، درمان هیجان‌مدار (EFT)، است. در این درمان به هیجانات به عنوان عامل مرکزی مهمی در تجربه خود و تغییر درمانی نگاه می‌کند (۲۰). این درمان، هیجان را منبع اساسی تجربه انسان در نظر می‌گیرد و اهمیت آن را برای خلق معنای جدید و تغییر هویت فردی در نتایج درمانی پایدار به رسمیت می‌شناسد. (۲۱). در درمان هیجان‌مدار از ابتدا اصول معناسازی در فرد به عنوان یک اصل در درمان کارآمد در نظر گرفته شده، ولی فرآیند معناسازی به ندرت با جزئیات در این درمان مورد بررسی قرار گرفته است. علاوه بر این، اصول اساسی معناسازی روایت و شکل‌گیری هویت، به طور دقیق در درمان هیجان‌مدار گنجانده نشده است. (۲۲).

با توجه به آنچه گفته شد چاقی در بسیاری از کشورهای جهان به ویژه کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است.

از جمله مهم‌ترین ملاک‌های ورود به مطالعه می‌توان به توده بدنی بالای ۳۰، زن بودن، سکونت در شهر تهران، بازه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم دریافت مداخله همزمان و عدم بستری به دلیل مشکلات روانپزشکی اشاره کرد. همچنین از دست دادن هر کدام از ملاک‌های ورود به مطالعه، عدم پاسخدهی صحیح و کامل به سوالات پرسشنامه، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و انصراف از ادامه همکاری از جمله ملاک‌های اصلی خروج از مطالعه بود. لازم به ذکر است که به کلیه مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در طول پژوهش اصول اخلاقی در پژوهش از جمله رازداری و عدم افشا اسامی رعایت خواهد شد و آزمودنی‌ها این حق را دارند در هر مرحله از پژوهش انصراف خود را اعلام کنند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره با کمک نرم‌افزار آماری SPSS-27 استفاده شد.

#### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه احساس شرم:** این پرسشنامه توسط کوهن و همکاران در سال ۲۰۱۱ به منظور ارزیابی و سنجش احساس شرم ساخته شد. این مقیاس با استفاده از ۸ گویه، از افراد می‌خواهد تا خود را در یک موقعیت تصور کنند و واکنش افراد را به موقعیت‌های مختلف زندگی بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= اصلاً، تا ۵= خیلی زیاد)، می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۸ و حداکثر ۴۰ می‌باشد که نمرات بالاتر به معنای احساس شرم بیشتر است. همچنین نمره برش این مقیاس ۲۴ است به این معنا که نمرات بالاتر از ۲۴ به معنای احساس شرم متوسط و بالا در نظر گرفته می‌شوند. همچنین این مقیاس دارای ۲ خرده مقیاس رفتار خودارزیابانه (آیتم‌های ۱ تا ۴) و رفتارهای کناره‌جویانه (۵ تا ۸) است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس شرم در پژوهش کوهن و همکاران (۲۰۱۱)، در دامنه ۰/۶۱ تا ۰/۷۷ بدست آمد (۲۳). این مقیاس در پژوهش جوکار و همکاران (۱۳۹۴)، اعتبارسنجی شد که میزان آلفای کرونباخ آن ۰/۷۲ و روایی محتوای آن ۰/۶۵ بدست آمد (۲۴). پایایی در مطالعه حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد. **پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی (BICQ):** این پرسشنامه توسط لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵)، برای سنجش نارضایتی و نگرانی فرد درباره ظاهر خود ساخته شد. این پرسشنامه

مطالعات انجام شده نیز نشان داده که زنان که مقایسه با مردان بیشتر از مشکلات روانشناختی مرتبط با چاقی رنج می‌برند. از آنجا که زنان مبتلا به چاقی نگران نگرش‌ها و قضاوت‌های دیگران هستند زمینه شرم و نگرش منفی بیشتری نسبت به بدن خود دارند و این سبب می‌شود که آنها تصویر غیرجذاب و دوست نداشتنی نسبت به بدن خود داشته باشند. مجموعه این عوامل زمینه بسیاری از مشکلات روانشناختی را در آنها فراهم می‌کند که باید مورد توجه درمانی قرار گیرند. نتایج جست‌وجوهای اخیر نشان داده که عمده پژوهش‌های قبلی به بررسی میزان شیوع و ارتباط چاقی با مشکلات روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب اجتماعی پرداخته‌اند و تعداد مطالعات اثربخشی ناچیز بوده که عمده این مطالعات اندک نیز به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در افراد دارای اختلالات خوردن پرداخته بودند و سهم درمان هیجان‌مدار که به تازگی مورد استقبال قرار گرفته بسیار ناچیز بوده است. از این رو هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر احساس شرم و نگرانی نسبت به تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی می‌باشد.

#### روش کار

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و کاربردی است که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل انجام شد و پس از تعیین و جایگزینی تصادفی ساده دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل)، برنامه درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر روی گروه آزمایش اعمال شد و پس از اتمام جلسات درمان، از دو گروه آزمایش و کنترل، پس‌آزمون به عمل آمد. همچنین پس از اتمام پژوهش گروه کنترل نیز مانند گروه آزمایش مداخله درمانی را دریافت کردند. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مراکز تخصصی کاهش وزن در سطح شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. در ابتدا شاخص توده بدنی (BMI)، اندازه‌گیری شد و در صورتی که این عدد بالاتر از ۳۰ بود، به عنوان فرد مبتلا به چاقی انتخاب شد. سپس برای کلیه افراد با این شاخص اهداف پژوهش توضیح داده شد و به صورت در دسترس تعداد ۳۰ خانم که واجد ملاک‌های ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند و در ادامه این نفرات به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارش شدند.

نارضایتی بالاتر از تصویر بدنی است. در پژوهش لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵)، پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بدست آمد (۲۵). در ایران صادقی‌زاده و شاملی (۱۳۹۹)، میزان آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۹۲ بدست آمد که نشان دهنده پایایی مناسب این ابزار در جمعیت داخل کشور است (۲۶). در مطالعه حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمد.

مشکل از ۱۹ آیت‌م بوده که براساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای که از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه)، نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای دو مولفه نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، واریسی کردن و مخفی کردن نقایص ادراک شده (۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹) و میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد (با گویه‌های ۲، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴)، است. در این مقیاس حداقل نمره ۱۹ و حداکثر ۹۵ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان دهنده

#### جدول ۱. پروتکل درمانی هیجان مدار (۲۷)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>جلسه اول:</b> انجام پیش آزمون، برقراری اتحاد درمانی، آشنایی آزمودنی‌ها با یکدیگر و درمانگر، تنظیم قوانین گروه، انجام تمرین یخ شکنی و معرفی منطبق جلسات، گفتگو در مورد انتظارات هر شخص از گروه و مفهوم اضطراب اجتماعی، شرم بدنی و نگرانی از تصویر بدنی.                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>جلسه دوم:</b> گفتگو درباره تجربیات طول هفته. هر شرکت‌کننده به مدت ۱ دقیقه مرتبط با هفته گذشته، آموزش در مورد انواع هیجانات و علائم بدنی مربوط به هیجانات و تفاوت آن‌ها با فکر، احساس، رفتار و گفتگو درباره آگاهی هیجانی.                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>جلسه سوم:</b> گفتگو درباره تجربیات طول هفته. هر شرکت‌کننده به مدت ۱ دقیقه مرتبط با هفته گذشته، بهبود آگاهی از تجربه درونی پذیرش و تحمل، اجازه دادن به تجارب هیجانی، تمرکز بر شناسایی و نام‌گذاری احساسات در قالب کلمات                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>جلسه چهارم:</b> گفتگو درباره تجربیات طول هفته. هر شرکت‌کننده به مدت یک دقیقه مرتبط با هفته گذشته، شرح اصول کار بر روی هیجان و توافق با شرکت‌کنندگان در خصوص اهداف کشف مانع‌های ذهنی افراد در رسیدن به اهداف، گفتگو در مورد انواع خودهای درونی شده و یافت شده، آموزش و تنظیم حالت هیجانی شامل: آگاهی هیجانی، استقبال و پذیرش هیجان،                                                                                                                                     |
| <b>جلسه پنجم:</b> گفتگو درباره تجربیات طول هفته. هر شرکت‌کننده به مدت یک دقیقه مرتبط با هفته گذشته، یافتن هیجان سالم جایگزین؛ برانگیختن و اکتشاف هیجانات اولیه از طریق تکنیک گشتالتی مانند گفتگوی دو صدلی با قرار دادن بخش‌های متعارض خود مقابل یکدیگر و گفتگو با آنها و سپس تجربه آن احساس جهت تجربه هیجانی و برقراری ارتباط با هیجان                                                                                                                                    |
| <b>جلسه ششم:</b> گفتگو درباره تجربیات طول هفته. هر شرکت‌کننده به مدت یک دقیقه، درمانگر در این جلسه از شیوه‌های برانگیزاننده هیجان برای احیاء کردن تجربه مراجع استفاده می‌کند، درمانگر به علائم نشانه‌های فرآیند در زمان حال برای ایجاد بهترین حالت تقویت و برانگیختن تجربه و هیجان‌های کلیدی توجه می‌کند.                                                                                                                                                                 |
| <b>جلسه هفتم:</b> گفتگو درباره تجربیات طول هفته هر شرکت‌کننده به مدت یک دقیقه، اکتشاف و غلبه بر موانع تجربه هیجانی فرآیندهای اجتناب از هیجان و برطرف کردن وقفه‌ها از طریق تکنیک‌های دو صدلی بر انسدادهای تجارب هیجانی شرکت‌کنندگان که فرآیند وقفه‌ای را به صورت نمایشی انجام دهند تا خودشان را به عنوان عاملان فرآیند وقفه‌ای یا مسدودگر در تجارب اجتماعی شان تجربه و احساس کنند.                                                                                         |
| <b>جلسه هشتم:</b> گفتگو درباره تجربیات طول هفته. هر شرکت‌کننده به مدت یک دقیقه، دستیابی به هیجانات اولیه با طرح‌های هیجانی ناسازگار مرکزی (شرم و غم) از طریق برانگیختن هیجان متوقف شده و دستیابی به نیازهای به دست نیامده با هدف تغییر احساسات و دستیابی به هیجانات اولیه پنهان و تصورات و ارزیابی‌های خودکار به هم پیوسته شده و در نهایت دستیابی به نیازهای مراجع است.                                                                                                   |
| <b>جلسه نهم:</b> گفتگو درباره تجربیات طول هفته. هر شرکت‌کننده به مدت یک دقیقه، به وجود آوردن پاسخ‌های جدید و تنظیم هیجانی برای تغییر دادن طرح‌های ناسازگار مرکزی از طریق ترمیم تفکر برای معنابخشی به تجربه، اعتبار بخشی به احساسات جدید و پشتیبانی از هیجان ابراز شده نسبت به خود فرد.                                                                                                                                                                                    |
| <b>جلسات دهم، یازدهم، دوازدهم:</b> گفتگو درباره تجربیات طول هفته. هر شرکت‌کننده به مدت یک دقیقه، با هم بازنگری تجربیات کسب شده، گفتگو درباره معانی خلق شده و سازماندهی هیجان پس از تغییر درد فرآیند درمان و ارائه تکالیفی که می‌توانند تغییرات صورت گرفته را استحکام بخشد، انجام تکالیف مرتبط با شفقت با خود آسیب دیده فرد در دوران کودکی از طریق اعضای گروه، آماده سازی گروه جهت پایان دادن به جلسات، به اشتراک گذاری احساسات افراد گروه در رابطه با فرآیند گروه درمانی. |

#### یافته‌ها

دانشگاهی (۵۷ درصد) و خانه‌دار (۳۷ درصد) بودند که به صورت کامل در جدول ۲، ارائه شده است.

بررسی نتایج دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد که اغلب آنها متاهل (۶۹ درصد)، دارای تحصیلات

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش

| متغیر      | تعداد                  | درصد |
|------------|------------------------|------|
| وضعیت تاهل | مجرد                   | ۸    |
|            | متاهل                  | ۲۲   |
| تحصیلات    | زیر دیپلم              | ۴    |
|            | دیپلم                  | ۹    |
|            | کاردانی و کارشناسی     | ۱۲   |
|            | کارشناسی ارشد و بالاتر | ۵    |
| شغل        | دانشجو                 | ۷    |
|            | کارمند                 | ۲    |
|            | آزاد                   | ۶    |
|            | خانه دار               | ۱۱   |
|            | بیکار                  | ۴    |

به ۵۲/۸۰ رسیده است. همچنین این مقایسه برای متغیر احساس شرم نیز نشان می‌دهد که میانگین احساس شرم نیز کاهش پیدا کرده است. به طوری که از ۷۳/۵۸ به ۴۱/۶۰ کاهش پیدا کرده است.

جدول ۳ به بررسی میانگین متغیرهای تصویر بدنی و احساس شرم در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش و پس از انجام مداخله درمانی پرداخته است. مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش برای متغیر نگرانی از تصویر بدنی نشان می‌دهد که میانگین آن از ۷۴/۸۰

جدول ۳. مقادیر کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار نمره نگرانی از تصویر بدنی واحدهای پژوهش

| متغیر      | گروه   | تعداد | کمینه | بیشینه | میانگین | انحراف معیار |
|------------|--------|-------|-------|--------|---------|--------------|
| تصویر بدنی | آزمایش | ۱۵    | ۴۳    | ۹۰     | ۷۴/۸۰   | ۱۲/۲۴۳       |
|            |        |       | ۳۸    | ۶۱     | ۵۲/۸۰   | ۷/۰۷۳        |
|            | کنترل  | ۱۵    | ۳۹    | ۸۸     | ۶۰/۸۰   | ۱۷/۱۸۵       |
|            |        |       | ۳۰    | ۸۰     | ۵۴/۷۳   | ۱۷/۵۸۴       |
| احساس شرم  | آزمایش | ۱۵    | ۴۳    | ۹۰     | ۵۸/۷۳   | ۱۰/۵۰۵       |
|            |        |       | ۳۵    | ۵۰     | ۴۱/۶۰   | ۵/۳۵۶        |
|            | کنترل  | ۱۵    | ۳۹    | ۸۸     | ۵۷/۳۳   | ۹/۲۳۲        |
|            |        |       | ۳۰    | ۸۰     | ۵۲/۴۰   | ۹/۲۷۲        |

معناداری از ۰,۰۵ برقرار است. شرط همگونی شیب رگرسیون به دلیل سطح معناداری بالای ۰,۰۵ برقرار است. همچنین شرط خطی بودن متغیر هم پراش و وابسته نیز برقرار بوده و می‌توان از روش تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

همانطور که از جدول ۴ قابل مشاهده است، برای بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر نگرانی از تصویر بدنی و احساس شرم ابتدا پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. مطابق با نتایج حاصل شده می‌توان گفت شرط همگونی واریانس به دلیل بزرگتر بودن سطح

جدول ۴. بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس تأثیر مداخله درمان هیجان مدار بر تصویر بدنی و احساس شرم

| پیش فرض                                        | منبع تغییرات         | مقدار F | سطح معناداری | نتیجه برقراری پیش فرض |
|------------------------------------------------|----------------------|---------|--------------|-----------------------|
| همگونی ماتریس واریانس_کواریانس (آزمون ام_باکس) | -                    | ۱/۳۰    | ۰/۲۵         | ✓                     |
| همگونی واریانس (آزمون لوین)                    | نگرانی از تصویر بدنی | ۶/۶۰۴   | ۰/۱۳۴        | ✓                     |
|                                                | احساس شرم و گناه     | ۰/۱۵۰   | ۰/۲۴۱        | ✓                     |
| خطی بودن همبستگی متغیر هم پراش و متغیر وابسته  | نگرانی از تصویر بدنی | ۱/۵۴    | ۰/۰۰۱        | ✓                     |
|                                                | احساس شرم و گناه     | ۳/۱۷    | ۰/۰۰۱        | ✓                     |
| همگونی شیب رگرسیون                             | نگرانی از تصویر بدنی | ۹/۶۹۵   | ۰/۹۶         | ✓                     |
|                                                | احساس شرم و گناه     | ۵/۵۷۵   | ۰/۱          | ✓                     |

در جدول ۵ نیز نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای پژوهش ارائه شده است. با استناد به نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۵ با توجه به اینکه سطح معناداری متغیر گروه کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان با اطمینان ۹۵ درصد گرفت که پس از کنترل تأثیر نتایج پیش‌آزمون، بین گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری داشته و مداخله در نظر گرفته شده توانسته بر ترس از تصویر بدنی افراد تأثیر گذار باشد. همچنین با توجه به اینکه سطح معناداری

متغیر گروه کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان با اطمینان ۹۵ درصد نتیجه گرفت که پس از کنترل تأثیر نتایج پیش‌آزمون، احساس شرم گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری داشته‌اند و مداخله در نظر گرفته شده توانسته است در احساس شرم افراد تأثیر گذار باشد. مقدار مجذور ضریب اتا نشان می‌دهد ۶۹ درصد از تفاوت احساس شرم در این دو گروه ناشی از نوع مداخله در نظر گرفته شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر مداخله درمان هیجان مدار بر ترس از تصویر بدنی

| متغیر      | منبع تغییرات                     | درجه آزادی | میانگین مربعات | مقدار F | سطح معناداری | مجذور ضریب اتا |
|------------|----------------------------------|------------|----------------|---------|--------------|----------------|
| تصویر بدنی | نمره پیش آزمون ترس از تصویر بدنی | ۱          | ۴۲۰۱٫۹۳        | ۱۳۷٫۱۲۰ | ۰٫۰۰۱        | ۰٫۸۳۵          |
|            | گروه                             | ۱          | ۱۰۹۴٫۳۱۹       | ۳۵٫۷۱۰  | ۰٫۰۱         | ۰٫۵۶۹          |
|            | خطا                              | ۲۷         | ۳۰٫۶۴          | -       | -            | -              |
| احساس شرم  | نمره پیش آزمون احساس شرم         | ۱          | ۱۱۵۰/۰۰۳       | ۶۹/۲۷   | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۲۰          |
|            | گروه                             | ۱          | ۱۰۲۲/۸۰۸       | ۶۱/۳۴۲  | ۰/۰۱         | ۰/۶۹۴          |
|            | خطا                              | ۲۷         | ۱۶/۶۷          | -       | -            | -              |

## بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر نگرانی از تصویر بدنی و احساس شرم در زنان دارای اختلال چاقی انجام شد. یکی از نتایج این مطالعه آن بود که درمان هیجان مدار بر بهبود تصویر بدنی در گروه آزمایش اثربخشی داشته است. به طوری که نمرات نگرانی از تصویر بدنی در پس آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون در گروه آزمایش به صورت معناداری کاهش یافته است. این نتایج با یافته‌های شفیع آبادی و همکاران (۱۴۰۲)، که نشان دادند درمان هیجان مدار بر بهبود رضایت از تصویر بدنی دختران خواهان جراحی بودند، اثربخشی داشته (۲۸)، و مطالعه سبیری و همکاران (۲۰۲۱)، که نشان دادند درمان

مبتنی بر هیجان می‌تواند سبب افزایش رضایت از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان شود (۲۹)، همسو است.

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت از دیدگاه مفهومی اختلالات خوردن می‌تواند ناشی از شرایط استرس‌زا و تنش‌زا باشد که با باورهای ناسازگار و شناخت‌های ناکارآمد در مورد خوردن و الگوی غذایی ناسالم همراه است که موجب انزجار از تصویر فرد از بدن خود می‌شود. در درمان هیجان مدار، بازسازی و تغییر شکل طرح‌های هیجانی یکی از اهداف درمانی است که عملکردهای سازگارانه فرد را تسهیل می‌کند (۱۹). طی درمان هیجان مدار بیمار مبتلا به چاقی خودگویی‌های ناسازگارانه را که در موقعیت‌های

استرس را طرح می‌شوند را برطرف ساخته و راه‌های نسبتاً خوشبینانه تفسیر را به ویژه در هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های مختلف نگران کنند مانند موقعیت‌های تعاملات اجتماعی را در خود جایگزین می‌سازد. در این درمان تلاش می‌شود تا مراجع مبتلا به چاقی افکار ناراحت کننده مربوط به بدن خود را مورد سوال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجانات را به کار گیرد و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را بر طرف نماید، که این موجب کاهش نگرانی از تصویر بدنی فرد می‌شود (۳۰). در این درمان به افزایش خود مهربانی که موجب تغییر هیجانات منفی مرتبط با شکل بدن می‌شود، توجه می‌گردد تا در مانجو قضاوت خود را درباره ظاهر فیزیکی‌اش مورد ارزیابی قرار دهد، فهم دلسوزانه‌ای از آشفتگی‌هایی که کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد در خود ایجاد کند و به صورت هوشیارانه‌ای احساسات و افکار خود را بپذیرد (۲۸)، که این امر در نهایت موجب افزایش توان مقابله افراد دارای اختلال چاقی با آشفتگی‌ها و تمایلات خود انتقادی می‌گردد و منجر به بهبود رضایت از تصویر بدنی در آنها می‌شود.

یکی دیگر از نتایج این مطالعه آن بود که درمان هیجان‌مدار سبب کاهش احساس شرم در زنان مبتلا به چاقی در گروه آزمایش شده است به طوری که مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش نشان داده که نمرات احساس شرم کاهش یافته است. در نتایجی مشابه مطالعه کارتر و همکاران (۲۰۲۳)، نشان داد که درمان هیجان‌مدار سبب کاهش احساس شرم نسبت به بدن در افراد مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی می‌شود (۳۱). همچنین مطالعه ثلاثی و همکاران (۱۴۰۱)، نیز نشان داد درمان هیجان‌مدار سبب کاهش احساس شرم در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون هستند، شده است (۳۲).

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار با به چالش کشیدن افکار فرد و کاهش خطاهای شناختی سعی در تغییر باورها و نگرش‌های منفی فرد درباره خود دارد. همچنین از طرفی این درمان با افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و تأثیر بر گستره و کیفیت روابط و از طریق تأثیر بر خودکارآمدی، می‌تواند موجب افزایش اعتماد به نفس افراد مبتلا به چاقی در مواجهه با مشکلاتشان شود. همچنین افراد مبتلا به چاقی با استفاده درست از هیجان‌ها،

آگاهی و پذیرش و ابراز آنها به ویژه هیجان‌های مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش می‌دهند که به تبع آن میزان خودکارآمدی و عزت نفس آنها بهبود پیدا خواهد کرد (۳۳). در واقع درمان هیجان‌مدار با بهبود وضعیت شناختی و تغییر باورهای منفی که منجر به احساس تحقیر و کاهش حس ارزشمندی در زنان مبتلا به چاقی می‌شود، زمینه بهبود نگرش مثبت به خود و به تبع کاهش احساس شرم را فراهم می‌کند (۳۴). از نگاهی دیگر چنانچه فرد هیجانات مثبت را جایگزین احساسات گناه، شرم و خجالت کند، آنگاه نه تنها شاهد بهبود بهداشت روانی در فرد مبتلا به چاقی خواهیم بود، بلکه همچنین این هیجانات مثبت و احساس ارزشمندی فرد نسبت به خود می‌تواند نقش بسیار مهمی در کنترل مشکلات خوردن و سلامت جسمانی افراد مبتلا به چاقی داشته باشد.

این مطالعه همچون هر مطالعه دیگری دارای یکسری محدودیت‌ها می‌باشد. از جمله آنها می‌توان به انتخاب نمونه‌ها تنها از جنسیت زنان با بازه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال اشاره کرد، بنابراین تعمیم نتایج به مردان و افراد با گروه‌های سنی نوجوانان، ابتدای جوانی (زیر ۲۵ سال)، استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و همچنین افراد سالمند باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین تمامی شرکت‌کنندگان از شهر تهران انتخاب شده بودند و ممکن نتایج در شهرهای دیگر و با بافت فرهنگی و زبانی متفاوت یکسان نباشد. از این رو جهت رفع محدودیت‌های موجود پیشنهاد می‌شود این مطالعه در مردان و سایر گروه‌های سنی اجرا شود تا توانایی تعمیم نتایج افزایش پیدا کند. همچنین توصیه می‌شود که مطالعات مشابه در سایر شهرهای کشور به ویژه با فرهنگ، زبان و مذهب متفاوت انجام شود تا در مواردی که حساسیت‌های فرهنگی ممکن است در نتایج تأثیر داشته باشند، شناسایی شوند.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر کاهش نگرانی از تصویر بدنی و احساس شرم در زنان مبتلا به چاقی اثربخشی داشته است. می‌توان گفت که این درمان با بهبود عزت‌نفس و بهبود هیجانات منفی ناشی از خطاهای ادراکی از ظاهر خود می‌تواند سبب بهبود نگرش فرد نسبت به خود شوند. از این رو به کلیه متخصصان سلامت روان به ویژه روان‌درمانگران توصیه می‌شود که

### ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه سعی شده که کلیه اصول اخلاقی از جمله رازداری و عدم افشا اسامی رعایت شود. همچنین این مطالعه دارای تاییده کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1402.112 می‌باشد.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در نتایج این مطالعه هیچگونه تعارض منافی ندارند.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه افرادی که در این مطالعه نویسندگان را یاری کردند به ویژه شرکت‌کنندگان در مطالعه، تشکر و قدردانی می‌گردد.

### References

1. Friedman JM. On the causes of obesity and its treatment: The end of the beginning. *Cell Metabolism*. 2025;37(3):570-577. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2025.01.026>
2. Mosomi LN, Aceves-Martins M, Johnstone AM, de Roos B. Prevalence of overweight and obesity in incarcerated individuals in developed and developing countries: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2025 :e13906. <https://doi.org/10.1111/obr.13906>
3. Esmaeili F, Karimi K, Akbarpour S, Naderian M, Djalalinia S, Tabatabaei-Malazy O, Golestani A, Rezaei N. Patterns of general and abdominal obesity and their association with hypertension control in the Iranian hypertensive population: insights from a nationwide study. *BMC Public Health*. 2025 Jan 20;25(1):241. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21264-4>
4. Putra IG, Wilkinson S, Daly M, Robinson E. Risk of severe obesity development: Examining the role of psychological well-being related measures and sociodemographic factors in two longitudinal UK cohort studies. *British Journal of Health Psychology*. 2025 ;30(2):e12798. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12798>
5. Kundi H, Amin ZM, Friedman M, Hagan K, Al-Kindi S, Javed Z, Nasir K. Association of Obesity with Psychological Distress in young adults: patterns by sex and race or ethnicity. *JACC: Advances*. 2024 ;3(8):101115. <https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2024.101115>
6. Moradi M, Mozaffari H, Askari M, Azadbakht L. Association between overweight/obesity with depression, anxiety, low self-esteem, and body dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Critical reviews in food science and nutrition*. 2021 ;62(2):555-570. <https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1823813>
7. Kemp JV, Kumar V, Saleem A, Hashman G, Hussain M, Taylor VH. Examining associations between women's Mental Health and obesity. *Psychiatric Clinics*. 2023 ;46(3):539-49. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2023.04.009>
8. Carter A, Steindl SR, Parker S, Gilbert P, Kirby JN. Compassion-Focused Therapy to reduce body weight shame for individuals with obesity: A randomized controlled trial. *Behavior therapy*. 2023 ;54(5):747-64. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.02.001>
9. Naveed A, Kazmi UR, Haq T, Bawer M. Body related Shame, Guilt, Dissatisfaction and Depression among University Students with Obesity. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*. 2023 ;17(03):67-71. <https://doi.org/10.53350/pjmhs202317367>
10. Zahda FS, Hamid H, Nurdin MN. The Relationship of Self-Acceptance with Body Shame in Obese Adolescents in Makassar City. *Pinisi Journal of Art, Humanity, and Social Studies*. 2024; 4(3):151-162.
11. Moore V, Warin M. The reproduction of shame: Pregnancy, nutrition and body weight in the translation of developmental origins of adult disease. *Science, Technology, & Human Values*. 2022 ;47(6):1277-1301. <https://doi.org/10.1177/01622439221108239>
12. Carrasco D, Thulesius H, Jakobsson U, Memarian E. Primary care physicians' knowledge and

- attitudes about obesity, adherence to treatment guidelines and association with confidence to treat obesity: a Swedish survey study. *BMC primary care*. 2022 ;23(1):208. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01811-x>
13. Akers AY, Harding J. The timing of obesity matters: Associations between current versus chronic obesity since adolescence and romantic relationship satisfaction among young adult women. *Women's Health Issues*. 2021 ;31(5):462-469. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2021.05.001>
  14. Langford R, Davies A, Howe L, Cabral C. Links between obesity, weight stigma and learning in adolescence: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2022; 22(1):109-118. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12538-w>
  15. Kokka I, Mourikis I, Bacopoulou F. Psychiatric disorders and obesity in childhood and adolescence-a systematic review of cross-sectional studies. *Children*. 2023 ;10(2):285-299. <https://doi.org/10.3390/children10020285>
  16. Tronieri JS, Wurst CM, Pearl RL, Allison KC. Sex differences in obesity and mental health. *Current psychiatry reports*. 2017; 19:1-11. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0784-8>
  17. Gualdi-Russo E, Rinaldo N, Zaccagni L. Physical activity and body image perception in adolescents: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(20):13190. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013190>
  18. Halimi A, Yavari S, Amiri P, Shirvani P, Izadi N, Niknam M. The Impact of Community-Based Obesity Prevention Interventions on Body Image Satisfaction in Adolescents: A Systematic Review. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2024 ;26(1):1-5. <http://ijem.sbm.ac.ir/article-1-3202-en.html>. [Persian].
  19. Alharballeh S, Dodeen H. Prevalence of body image dissatisfaction among youth in the United Arab Emirates: gender, age, and body mass index differences. *Current psychology*. 2021 :1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01551-8>
  20. Greenman PS, Johnson SM. Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current opinion in psychology*. 2022; 43:146-150. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.015>
  21. Greenberg L. Changing emotion with emotion. *Person-centered & experiential psychotherapies*. 2023; 22(4):368-83. <https://doi.org/10.1080/14779757.2023.2234966>
  22. Beasley CC, Ager R. Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. *Journal of evidence-based social work*. 2019;16(2):144-59. <https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1563013>
  23. Cohen TR, Wolf ST, Panter AT, Insko CA. Introducing the GASP scale: a new measure of guilt and shame proneness. *Journal of personality and social psychology*. 2011 ;100(5):947-966. <https://doi.org/10.1037/a0022641>
  24. Jokar, B., Kamali, F. Relation Between Spirituality and the Feeling of Shame and Sin. *Culture in Islamic University*, 2015; 5(14): 3-20. [https://ciu.nahad.ir/article\\_254.html?lang=en](https://ciu.nahad.ir/article_254.html?lang=en). [Persian].
  25. Littleton HL, Axson D, Pury CL. Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*. 2005 ;43(2):229-241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>
  26. Sadeghzadeh, M; Shameli L. Measuring Body-based Social Shame: The Psychometric Properties of Body Image Shame Scale (BISS) in Iranian Female and Male Students. *Cultural Psychology*, 2021; 4(2): 223-242. Doi: 10.30487/jcp.2021.256207.1186.[Persian].
  27. Johnson SM. Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. Guilford Publications; 2019. 1-277
  28. Shafiabady, A., Hasani, J., Yari, M. Comparing effectiveness of emotion-focused cognitive-behavioral therapy and mindfulness based cognitive therapy on body image and cognitive emotion regulation in adolescent girls interested in cosmetic surgery. *Psychological Achievements*, 2023; 30(1): 19-36. [Persian].
  29. Seabri V, Durosini I, Triberti S, Pravettoni G. The efficacy of psychological intervention on body image in breast cancer patients and survivors: a systematic-review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12:611954. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.611954>
  30. Babae HeydarAbadi, M., lotfi, P., Barvarz kouchehghaleh, Z., Saheb Zamani, P., Akbari, M. Comparing the Effectiveness of Family Based Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Self-Concept of Female Students

- with Anorexia Nervosa. Journal of Family Research, 2023; 18(4): 777-792. [Persian].
31. Carter A, Steindl SR, Parker S, Gilbert P, Kirby JN. Compassion-Focused Therapy to reduce body-weight shame for individuals with obesity: A randomized controlled trial. Behavior therapy. 2023; 54(5):747-64. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.02.001>
  32. Salasi B, Ramezani M A, Jahan F. Examining the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Self-criticism and Feeling of Shame in Patients Undergoing Methadone Maintenance Therapy. MEJDS 2022; 12 :182-182. [Persian].
  33. Nechita DM, Bud S, David D. Shame and eating disorders symptoms: A meta-analysis. International Journal of Eating Disorders. 2021; 54 (11): 1899-945. <https://doi.org/10.1002/eat.23583>
  34. Dolhanty J, Greenberg LS. Emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders. European Psychotherapy. 2007;7(1):97-116. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>