

Comparing the effectiveness of self compassion-based therapy and interpersonal psychotherapy on emotional regulation and cognitive fusion in obese patients

Shirin Ebrahimian¹, Vahid Ahmadi², Shahram Mami³

1-PhD Student, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran (Corresponding Author). E-mail: Vahid_ahmadi20@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

Received: 13/08/2022

Accepted: 04/12/2022

Abstract

Introduction: Obesity is a complex disease with multifactorial etiology, which is sometimes the cause and effect of another disease such as diabetes.

Aim: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of self-compassion therapy and interpersonal psychotherapy on emotional regulation and cognitive fusion in obese patients.

Method: The research method was applied and semi-experimental with a pre-test, post-test design with a control group. The statistical population of the research included all the women suffering from obesity in Arak city in 2018, using available sampling method, 45 people were randomly selected into three groups of treatment based on self-compassion (15 people), interpersonal psychotherapy (15 people) and the control group (15 people) were replaced. The data collection tool was the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire and the Cognitive Fusion Questionnaire. Data analysis was analyzed through analysis of covariance using SPSS software version 24.

Results: The results of covariance analysis showed that there is a significant difference between the two experimental groups and the control group ($P < 0.01$), and interpersonal psychotherapy is more effective in improving emotional regulation skills than self-compassion-based therapy ($P < 0.001$, $F = 27.57$) and reduced cognitive fusion ($P < 0.001$, $F = 32.835$).

Conclusion: Based on the findings of the research, interpersonal psychotherapy led to the improvement of emotions in obese patients by increasing and improving discipline skills and reducing cognitive fusion, so it is suggested to use these methods along with other treatment methods to improve the quality of life of obese women.

Keywords: Obesity, Compassion, Psychotherapy, Emotion, Emotional regulation

How to cite this article: Ebrahimian Sh, Ahmadi V, Mami Sh. Comparing the effectiveness of self compassion-based therapy and interpersonal psychotherapy on emotional regulation and cognitive fusion in obese patients. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023; 9 (6): 30-42. URL: <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1609-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و روان‌درمانی بین فردی بر نظم‌دهی هیجانی و همجوشی شناختی در بیماران مبتلا به چاقی

شیرین ابراهیمیان^۱، وحید احمدی^۲، شهرام مامی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Vahid_ahmadi20@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۱۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۲۲

چکیده

مقدمه: چاقی یک بیماری پیچیده با سبب‌شناسی چند فاکتوری است که گاهی علت و معلول بیماری دیگری از جمله دیابت است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و روان‌درمانی بین فردی بر نظم‌دهی هیجانی و همجوشی شناختی در بیماران مبتلا به چاقی انجام شد.

روش: روش پژوهش کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری چاقی شهر اراک در سال ۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر شفقت خود (۱۵ نفر)، روان‌درمانی بین فردی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان و پرسشنامه همجوشی شناختی بود. تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)، همچنین روان‌درمانی بین فردی نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود دارای اثربخشی بیشتری در بهبود مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی ($P < 0/001$)، $F = 27/57$ و کاهش همجوشی شناختی ($P < 0/001$)، $F = 32/835$ بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، روان‌درمانی بین فردی با افزایش بهبود مهارت‌های نظم‌دهی و کاهش همجوشی شناختی، منجر به بهبود هیجانات در مبتلایان به چاقی شد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود از این روش‌ها در کنار سایر روش‌های درمانی در جهت بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: چاقی، شفقت، روان‌درمانی، هیجان، نظم هیجانی

مقدمه

چاقی^۱ یک بیماری پیچیده با سبب‌شناسی چند فاکتوری است که دارای مؤلفه ژنتیکی قوی است و این مؤلفه در تعامل با سایر عوامل خانوادگی، فرهنگی، رفتاری و محیطی منجر به شرایط و بروز ناهمگن این بیماری در افراد مختلف می‌شود (کاستلونوو، پیترا بیسو، مانزونو، کاتیولی، روسی و همکاران^۲، ۲۰۱۷). هرگونه نگاه تک بعدی به این بیماری و کاهش دادن آن به ناهنجاری‌های جسمانی تصویر منسجم و دقیقی از چاقی بدست نمی‌دهد و لزوم ارزیابی و تعامل بین‌رشته‌ای برای فهم این بیماری مشخص است (سونکیونیس و رندل^۳، ۲۰۱۹).

این بیماری پیامدهای ناخوشایند زیستی، روانی و اجتماعی مانند فشار خون، سطح کلسترول بالا، مقاومت به انسولین، دیابت، افزایش احتمال بیماری‌های قلبی عروقی و انواع سرطان‌ها را دارد، همچنین طیف وسیعی از بیماری‌های اسکلتی، عضلانی، پوستی را سبب می‌شود (گوه، ژانگ، بانسباک، امارسی، بیرمینگهام و همکاران^۴، ۲۰۱۹) و پیش‌بینی کننده مشکلات روانشناختی همچون افسردگی، عزت نفس پایین، افکار خودکشی و انزوای اجتماعی است (لوپینو، دی ویت، بووی، استیجن، گوجررز و همکاران^۵، ۲۰۲۰). شیوع کلی چاقی در ایران در یک مطالعه متاآنالیز در سال‌های ۱۳۹۹ الی ۱۴۰۰، ۱۷/۹ درصد، شیوع چاقی در افراد زیر ۱۸ سال ۹/۸ درصد و در افراد بالای ۱۸ سال ۸/۱ درصد بدست آمد (فلاح زاده، سعادت و کیقبادی، ۱۴۰۱).

چاقی ارتباط مستقیمی با سلامت روانی فرد دارد، در واقع، وضعیت عاطفی منفی مزمن منجر به شکل‌گیری

استراتژی‌های مقابله‌ای ناسازگار از قبیل پرخوری می‌شود که راهی است ناسالم برای سرکوب کردن احساسات منفی (همینگسون^۶، ۲۰۱۷). در تائید این موضوع یافته‌های پژوهش بلاک، هی، زاسلاوسکی، دینگ و آیانیان^۷ (۲۰۱۹) حاکی از آن است که افراد با شاخص توده بدنی^۸ بالاتر در مقایسه با افراد با شاخص توده بدنی پایین‌تر ارتباط قوی‌تری بین استرس‌های مزمن و افزایش وزن آن‌ها مشاهده می‌شود. نتایج پژوهش کالی، بلدو، پرات و وویل^۹ (۲۰۱۸) حاکی از آن است که ناتوانی در ارزش‌گذاری، مدیریت هیجان‌ها و مهارت‌های تنظیم هیجان^{۱۰} یک مشخصه‌ی کلیدی در ایجاد و ماندگاری بیماری چاقی است.

یکی دیگر از متغیرهای که موجب بهبود تنظیم هیجان می‌شود، همجوشی شناختی^{۱۱} است (هایس، ویلات، لوین و هیلدبراندت^{۱۲}، ۲۰۲۱). براساس نتایج مطالعات همجوشی شناختی با رفتارهای اجتنابی، استرس، اختلالات روانی و فیزیکی، پریشانی روانشناختی و سطوح پایین سلامت روان در ارتباط است (گیلاندرز، بلدرستون، بوند، دمپرستر، فلکسمن و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۰).

برای درمان چاقی مداخلات متعددی صورت‌بندی شده‌اند؛ اما در این میان مداخلاتی که صرفاً بر جنبه زیستی بیماری تأکید داشتند و هدفشان اصلاح عدم تعادل مصرف بین کالری و مصرف انرژی بود در بلندمدت بی‌اثر گزارش شده است (مارک^{۱۴}، ۲۰۱۸)؛ لذا با توجه به عدم اثربخشی جنبه زیستی در درمان چاقی، نیاز به

^۶- Hemmingsson

^۷- Block, He, Zaslavsky, Ding & Ayanian

^۸- Body Mass Index (BMI)

^۹- Kelley, Baldo, Pratt & Will

^{۱۰}- Emotion Regulation Skills (EMS)

^{۱۱}- Cognitive Fusion

^{۱۲}- Hayes, Villatte, Levin & Hildebrandt

^{۱۳}- Gillanders, Bolderston, Bond, Dempster, Flaxman & et al

^{۱۴}- Mark

^۱- Obesity

^۲- Castelnovo, Pietrabissa, Manzoni, Cattivelli, Rossi & et al

^۳- Swencionis & Rendell

^۴- Guh, Zhang, Bansback, Amarsi, Birmingham & et al

^۵- Luppino, De Wit, Bouvy, Stijnen, Cuijpers & et al

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و روان‌درمانی بین فردی بر نظم‌دهی هیجانی و همجوشی شناختی در بیماران مبتلا به چاقی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی و براساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری چاقی شهر اراک در سال ۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر شفقت خود (۱۵ نفر)، روان‌درمانی بین فردی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: شاخص توده‌ی بدنی چاقی ($29/90$) و داشتن بیماری دیابت. معیارهای خروج نیز عبارت از: شرکت در مداخلات روانشناختی هم‌زمان دیگر و غیبت بیشتر از دو بار در جلسات درمانی بود. در این مطالعه به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که محتوای جلسات درمانی و یافته‌های حاصل از پرسشنامه‌ها کاملاً محرمانه خواهد بود و تلاش شد تا اعتماد آن‌ها برای شرکت و حضور در مطالعه کسب شود.

ابتدا افراد واجد شرایط براساس مصاحبه اولیه و نمره پرسشنامه‌های تنظیم هیجان و همجوشی شناختی^{۱۴} در پیش‌آزمون وارد پژوهش شدند. افراد گروه آزمایش ۱ تحت جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود در مرکز مشاوره و روان‌درمانی راز به مدت هفته‌ای ۱ جلسه در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی براساس

درمانی روانشناختی احساس می‌شود و درمان مبتنی بر شفقت خود^۱ به عنوان موج سوم شناختی رفتاری، نتایج رضایت بخش و دلیل منطقی برای استفاده از این درمان کار بالینی و غیر بالینی فراهم کرده است (نفر^۲، ۲۰۲۱). از سوی دیگر یکی از درمان‌های مؤثر در افزایش نظم-دهی هیجانی و شناختی، مداخله بین فردی^۳ است. این درمان بر مدل بین فردی و دلبستگی مبتنی است (لیپسیتز، مارکوویتز، چری و فیر^۴، ۲۰۱۹). این درمان نخستین بار توسط کلرمن^۵ و برای افسردگی اساسی شکل گرفت. انبوهی از آزمون‌های بالینی کارایی آن را تأیید کرده و افزون بر آن، به طور فزاینده‌ای با ایجاد تغییرات متناسب برای دیگر اختلالات روانپزشکی نیز به کار رفت (وایزمن، مارکوویتز و کلرمن^۶، ۲۰۱۷). روان‌درمانی بین فردی بر اختلالات خوردن^۷ (هیلبرت و براهلب^۸، ۲۰۲۱)، آلکسی تایمی^۹ (فتح، آذرقلاج، طباطبایی و رشیدی، ۲۰۱۹)، اختلال اضطراب پس از زایمان^{۱۰} (چانگ^{۱۱}، ۲۰۱۵) و اختلال استرس پس از سانحه^{۱۲} (رافائلی و مارکوویتز^{۱۳}، ۲۰۲۱) مؤثر بود. بر این اساس در این پژوهش از یک‌سو به دلیل اهمیت بالای تنظیم هیجان در درمان چاقی و از سوی دیگر به دلیل متمرکز بودن درمان‌های مطرح شده بر بهبود مشکلات هیجانی و با در نظر داشتن اینکه تاکنون پژوهشی مستقیماً این مسئله را مورد بررسی قرار نداده است؛ لذا، این پژوهش با هدف،

^۱- Compassion Based Therapy (CFT)

^۲- Neff

^۳- Interpersonal Psycho Therapy (IPT)

^۴- Lipsitz, Markowitz, Cherry & Fyer

^۵- Klerman

^۶- Weissman, Markowitz & Klerman

^۷- Eating Disorder

^۸- Hilberta & Brahlert

^۹- Alexithymia

^{۱۰}- Postnatal Anxiety Disorder

^{۱۱}- Chung

^{۱۲}- Post Trumatic Stress Disorder (PTSD)

^{۱۳}- Rafaeli & Markowitz

^{۱۴}- Questionnaire Fusion Cognitive-CFQ (CFQ)

نمودند و گروه کنترل بعد از کامل کردن پیش‌آزمون، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، از طریق آزمون تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود در جدول ۱ و محتوای جلسات روان‌درمانی بین فردی در جدول ۲ ارائه شده است.

پروتکل درمانی گیلبرت (۲۰۰۹) قرار گرفتند. دو روز پیش از مداخله و دو روز پس از اتمام جلسه درمانی، بیماران مجدد پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. همچنین، افراد گروه آزمایش ۲ تحت جلسات روان‌درمانی بین فردی نیز در مرکز مشاوره و روان‌درمانی راز به مدت هفته‌ای ۱ جلسه در قالب ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی براساس پروتکل درمانی طاولی (۲۰۲۰) قرار گرفتند. دو روز پیش از مداخله و دو روز پس از اتمام جلسه درمانی، بیماران مجدد پرسشنامه‌ها را تکمیل

جدول ۱ محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود (گیلبرت، ۲۰۰۹)

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی آموزش مبتنی بر شفقت، ارزیابی و بررسی میزان خود شفقتی اعضا، توصیف و تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی
دوم	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هرگونه مؤلفه‌ی شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا
سوم	مروری بر جلسه‌ی قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود و کنترل وزن
چهارم	مرور جلسه‌ی قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا غیر شفقت، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌آمیز (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران و آموزش استعاره فیزیوتراپ)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات
پنجم	مرور جلسه‌ی قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفولانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
ششم	مرور جلسه‌ی قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی
هفتم	مرور جلسه‌ی قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه‌ی موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	مرور جلسه‌ی قبل، آموزش و مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

جدول ۲ محتوای جلسات روان‌درمانی بین فردی (طاوولی، ۲۰۰۹)

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری اتحاد درمانی و مرور علائم بیماری چاقی و ضعف در نظم دهی هیجانی و همجوشی شناختی، ایجاد پیوستگی گروهی، خلاصه‌ای از طرح درمانی
دوم	تبیین بیماری چاقی در چارچوب ابعاد زیستی-روانی-اجتماعی، تعریف علائم افراد به عنوان بخشی از یک بیماری شناخته شده (نقش بیمار)
سوم	ارزیابی روابط بین فردی گذشته و روابط کنونی، تکمیل سیاهه‌ی روابط بین فردی، برقراری ارتباط بین ضعف در نظم دهی هیجانی و روابط بیمار، کمک به بیماران برای مشارکت و تعامل با اعضای گروه
چهارم	فرمول‌بندی حیطه‌ی بین فردی و تعیین یک حیطه‌ی ناایمنی نقش و یک هدف بین فردی کاملاً اختصاصی به عنوان یک هدف ابتدایی
پنجم	تحلیل تعاملات و ارتباطات افراد، تسهیل ابراز واکنش‌های هیجانی نسبت به آنچه که در درون و بیرون از گروه تجربه می‌کنند، آمادگی برای تغییر الگوهای بین فردی و ارتباطی
ششم	آمادگی برای انتقال نقش و پردازش آن از طریق فرایندهای: تغییر انتظارات منفی و اضطراب قبل از یک رویداد بین فردی
هفتم	آمادگی برای انتقال نقش و پردازش آن از طریق فرایندهای: ۱. آماده کردن مراجع برای آن رویداد به وسیله‌ی در نظر گرفتن گزینه‌های راهبردی بین فردی؛ رسیدگی به تجربه‌های مراجع بعد از آن رویداد
هشتم	روی موضوع‌های بین فردی انفعال، عدم قاطعیت، ابراز خشم، ترس از مخالفت
نهم	افزایش مهارت‌های بین فردی مانند ابراز نیازهای و احساسات و ارائه‌ی بازخورد به واکنش‌های دیگران و کار روی آگاهی، پذیرش و تحمل احساسات خود در تعاملات اجتماعی
دهم	تحریک جرات‌مندی و خودمختاری در صورت اجتناب گروه از تمرکز بر مشکلات بین فردی، ارزیابی کار روی ناایمنی نقش، تصریح تغییرات کسب شده در عملکرد نقش و تصریح پیامدهای تغییر
یازدهم	بررسی پیشرفت درمان، آماده‌سازی برای انتقال و خاتمه‌ی گروه، آموزش چگونگی جلوگیری از انزوای اجتماعی و دریافت حمایت اجتماعی، تحکیم تغییرات حاصله و آماده کردن او جهت مقابله با تجارب و موقعیت‌های چالش‌انگیز آینده
دوازدهم	ابراز احساسات در مورد خاتمه‌ی درمان و ارائه‌ی شاخص‌های هشدار جهت مراجعه به درمانگر

ابزار

پرسشنامه تنظیم هیجان^۱: توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاوم^۲ در سال ۲۰۰۱ تدوین شده و دارای ۳۶ سؤال در ۹ زیر مقیاس سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی، فاجعه‌سازی، پذیرش دیدگاه، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت، پذیرش و توجه مجدد بر برنامه‌ریزی است (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷). این پرسشنامه چند بعدی به منظور شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه‌ی وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد

استفاده قرار می‌گیرد و پاسخ براساس لیکرت ۵ درجه‌بندی از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) طراحی شده‌اند. از حاصل جمع نمره‌های این ۹ زیرمقیاس، یک نمره کل برای ناگویی خلقی بدست می‌آید و هرچه نمره‌ی کسب شده در هر زیر مقیاس بالاتر باشد، آن راهبرد توسط فرد بیشتر مورد استفاده قرار گرفته است. پایایی کل راهبردهای مثبت، منفی و کل شناختی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ بدست آمده است (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷). در پژوهش حسنی (۱۳۹۹) پایایی کل راهبردهای کل

^۱- Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)^۲- Garnefski, Kraaij & Spinhoven

در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بود.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه درمان مبتنی بر شفقت خود $4/78 \pm$ و $36/78$ ، گروه روان‌درمانی بین فردی $4/55 \pm$ و $35/92$ و گروه کنترل $4/19 \pm$ و $36/33$ سال بود. گروه آزمایش ۱ (درمان مبتنی بر شفقت خود) شامل ۱۳ نفر متأهل ($86/67\%$)، ۲ نفر مجرد یا مطلقه ($13/33\%$)؛ گروه آزمایش ۲ (روان‌درمانی بین فردی) شامل ۱۲ نفر متأهل (80%)، ۳ نفر مجرد یا مطلقه (20%)؛ گروه کنترل شامل ۱۲ نفر متأهل (80%)، ۳ نفر مجرد یا مطلقه (20%) بود. بین گروه‌های مورد بررسی از نظر مشخصات دموگرافیک، تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P < 0/05$). در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

شناختی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۸۷ بدست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بود.

پرسشنامه همجوشی شناختی: این پرسشنامه را گیلاندرز، بلدرستون، بوند، دمپستر، فلکسمن و همکاران در سال ۲۰۱۴ ارائه دادند که حاوی ۱۲ سؤال است که دارای دو زیر مقیاس همجوشی و گسلش است و براساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (از همیشه درست تا هرگز درست نیست) تنظیم شده است (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴). زارع (۱۳۹۳) برای هنجاریابی پرسشنامه مذکور، ۳۷۹ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های پیام‌نور و سنتی را آزمود. نتایج حاکی از این بود که این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است؛ به نحوی که ضریب آلفای کرونباخ برای آن ۰/۷۶ بدست آمده است (زارع، ۱۳۹۳).

جدول ۳ تحلیل کوواریانس اثر درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون
بر بهبود مهارت‌های مثبت و منفی نظم‌دهی هیجانی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مهارت‌های مثبت نظم‌دهی هیجانی	مقادیر آماری	۱۸۳۱/۸۳	۱	۱۸۳۱/۸۳	۳۱/۵۴	۰/۰۰۰
	گروه	۵۰۹۳/۴۱	۱	۵۰۹۳/۴۱	۱۰۴/۵۲	۰/۰۰۰
	خطا	۸۹۷/۷۲	۲۷	-	-	-
	کل	۸۱۶۴۱/۰۸	۲۴	-	-	-
مهارت‌های منفی نظم‌دهی هیجانی	مقادیر آماری	۱۷۴۲/۰۸	۱	۱۷۴۲/۰۸	۲۹/۷۵	۰/۰۰۰
	گروه	۴۸۰۲/۶۹	۱	۴۸۰۲/۶۹	۹۹/۴۳	۰/۰۰۰
	خطا	۷۳۹/۳۶	۲۷	۵۳/۴۸	-	-
	کل	۷۵۶۴۲/۵۸	۲۴	-	-	-

مثبت و منفی نظم‌دهی هیجانی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون را ناشی از این دوره‌های درمانی مبتنی بر شفقت دانست.

در جدول ۳، با مراجعه به مقادیر سطح معناداری مشاهده می‌شود که این مقادیر در پس‌آزمون کمتر از ۰/۰۱ است؛ لذا با اطمینان ۹۹٪ می‌توان تغییرات میزان مهارت‌های

**جدول ۴ آزمون کوواریانس اثر روان‌درمانی بین فردی در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون
بر بهبود مهارت‌های مثبت و منفی نظم‌دهی هیجانی**

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مهارت‌های مثبت نظم‌دهی هیجانی	مقادیر آماری	۲۲۱/۴۱۵	۱	۲۲۱/۴۱۵	۲۶/۳۰۷	۰/۰۰۰
	گروه	۲۳۲/۱۱۴	۱	۲۳۲/۱۱۴	۲۷/۵۷	۰/۰۰۰
	خطا	۲۲۷/۲۵۲	۲۷	۸/۴۱	-	-
	کل	۴۰۹۳/۰	۲۴	-	-	-
مهارت‌های منفی نظم‌دهی هیجانی	مقادیر آماری	۳۱۵/۲۷۲	۱	۳۱۵/۲۷۲	۲۷/۴۱۳	۰/۰۰۰
	گروه	۱۸۳/۷۴۸	۱	۱۸۳/۷۴۸	۲۸/۰۳۴	۰/۰۰۰
	خطا	۱۷۶/۰۰۶	۲۷	۶/۵۱۹	-	-
	کل	۴۳۱۱	۲۴	-	-	-

در جدول ۴، مشاهده می‌شود که این مقادیر در پس‌آزمون کمتر از ۰/۰۱ است؛ بنابراین می‌توان گفت، روان‌درمانی بین فردی توانسته است بر میزان مهارت‌های مثبت و منفی نظم‌دهی هیجانی زنان مورد مطالعه تأثیر معنادار داشته باشد و میانگین آن را به طور معناداری افزایش دهد.

در جدول ۴، مشاهده می‌شود که این مقادیر در پس‌آزمون کمتر از ۰/۰۱ است؛ بنابراین می‌توان گفت، روان‌درمانی بین فردی توانسته است بر میزان مهارت‌های مثبت و منفی نظم‌دهی هیجانی زنان مورد مطالعه تأثیر معنادار داشته باشد و میانگین آن را به طور معناداری افزایش دهد.

**جدول ۵ آزمون کوواریانس اثر درمان مبتنی بر شفقت خود و درمان بین فردی
در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون بر کاهش همجوشی شناختی**

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
درمان مبتنی بر شفقت خود	مقادیر آماری	۱۰۱/۹۸۲	۱	۱۰۱/۹۸۲	۱۰/۸۸۰	۰/۰۰۰
	گروه	۴۵۷/۳۷۲	۱	۴۵۷/۳۷۲	۴۸/۷۹۵	۰/۰۰۰
	خطا	۲۵۳/۰۸۵	۲۷	۹/۳۷۴	-	-
	کل	۴۲۷۲	۲۴	-	-	-
درمان بین فردی	مقادیر آماری	۱۰۲/۱۷۶	۱	۱۰۲/۱۷۶	۹/۹۹۱	۰/۰۰۲
	گروه	۳۳۵/۷۵۳	۱	۳۳۵/۷۵۳	۳۲/۸۳۵	۰/۰۰۰
	خطا	۲۷۶/۰۹	۲۷	۱۰/۲۲۶	-	-
	کل	۴۱۸۱	۲۴	-	-	-

در جدول ۵، مشاهده می‌شود که این مقادیر در پس‌آزمون کمتر از ۰/۰۱ است؛ بنابراین می‌توان گفت، درمان مبتنی بر شفقت خود و درمان بین فردی توانسته است بر کاهش همجوشی شناختی زنان مورد مطالعه تأثیر معنادار داشته باشد و میانگین آن را به طور معناداری افزایش دهد.

در جدول ۵، مشاهده می‌شود که این مقادیر در پس‌آزمون کمتر از ۰/۰۱ است؛ بنابراین می‌توان گفت، درمان مبتنی بر شفقت خود و درمان بین فردی توانسته است بر کاهش همجوشی شناختی زنان مورد مطالعه تأثیر معنادار داشته باشد و میانگین آن را به طور معناداری افزایش دهد.

میانگین متغیرها در مرحله پس آزمون از طریق آزمون T دو گروه مستقل پرداخته می شود.

جدول ۶ آزمون مقایسه میانگین مهارت های مثبت و منفی نظم دهی و همجوشی شناختی در دو گروه درمانی مبتنی بر شفقت و روان درمانگری بین فردی

متغیر	آزمون تی تست برای برابری میانگین ها							آزمون لون برای واریانس های برابر	
	t	درجه آزادی	سطح معناداری (دو دامنه)	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری	F		
مهارت های مثبت نظم دهی	۱۲/۳۸	-۷/۳۶	۰/۳۵۷	۷/۶۶۶	۲۸	۰/۵۶۲	۰/۱۹۲	برابری واریانس	
	۱۲/۳۴	-۷/۳۳	۰/۳۶۵	۵/۶۶۹	۵۵/۶۴۳			عدم برابری واریانس	
مهارت های منفی نظم دهی	۱۳/۳۱	-۶/۴۲	۰/۵۲۱	۲۸	۵/۰۴۲	۰/۶۵۴	۰/۴۳۲	برابری واریانس	
	۱۴/۰۹	-۷/۷۵	۰/۵۰۷	۶۵/۷۰۱	۷/۵۴۱			عدم برابری واریانس	
همجوشی شناختی	۳/۵۳۲	۱۰۷	۰/۰۰۰	-۷/۴۳	۱۳/۴۵	۰/۶۷۴	۰/۲۱۳	برابری واریانس	
	۲/۹۱۳	۷۰/۱۰۹	۰/۰۰۰	-۸/۷۹	۱۲/۴۶			عدم برابری واریانس	

با توجه به مقادیر جدول ۶ می توان گفت تفاوت معنادار بین میانگین دو گروه درمانی در مهارت های مثبت و منفی نظم دهی مرحله پس آزمون وجود ندارد؛ لذا می توان گفت هر دو روش درمانی به یک میزان بر بهبود نظم دهی هیجانی مثبت تأثیر گذاشته اند؛ اما در متغیر همجوشی شناختی تفاوت بین میانگین دو گروه درمانی در مرحله پس آزمون معنادار است و می توان گفت، روش درمانی مبتنی بر شفقت اندکی بیشتر از روش روان درمانگری بین فردی در کاهش همجوشی شناختی زنان مبتلا به چاقی مؤثر بوده است.

بحث

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و روان درمانی بین فردی بر نظم دهی هیجانی و همجوشی شناختی در بیماران مبتلا به چاقی بود. نتایج نشان داد، بین دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت خود، روان درمانی بین فردی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین روان درمانی بین فردی

نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود دارای اثربخشی بیشتری در بهبود مهارت های نظم دهی هیجانی و کاهش همجوشی شناختی بود.

نتایج این پژوهش از منظر اثربخش بودن درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مهارت های نظم دهی هیجانی با یافته های هایس و همکاران (۲۰۲۱) و گیلاندرز و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته ها می توان گفت که براساس تعریف ها فرآیند نظم دهی هیجانی سالم، فرآیندی است که به طور معمول دربرگیرنده تحمل افکار و احساسات منفی است و اجتناب و سرکوب هیجانات را در بر نمی گیرد (آلدائو، نولن هوکسما و اسپویزر^۱، ۲۰۲۱) و این دقیقاً همان چیزی است که در درمان مبتنی بر شفقت خود هدف قرار داده می شود چرا که براساس صورت بندی نف (۲۰۲۱) درمان مبتنی بر شفقت جزو رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی است که اجتناب و سرکوب را شامل نمی شود بلکه در یک فضای غیر قضاوتی عمل می کند و جزو استراتژی های سازگارانه

^۱ - Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer

روبه‌رو شدن با هیجانات محسوب می‌شود؛ به عبارتی در این رویکرد هیجانات به عنوان نشانه‌ای در نظر گرفته می‌شوند که ما بتوانیم براساس آن‌ها فهم دقیق‌تری از تجربیات احساسی و دردهایمان داشته باشیم و به عنوان فاکتورهایی که باید از آن‌ها اجتناب کرد در نظر گرفته نمی‌شوند؛ به عبارتی در این رویکرد باید براساس مکانیسم‌های ذهن آگاهی بتوان هیجانات را در اینجا و اکنون فهم و تجربه کرد و سازگارانه‌ترین استراتژی‌ها را اتخاذ نمود. بر همین اساس است که درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی مؤثر عمل نموده است و یافته‌های پژوهش حاضر نیز مؤید این موضوع است (وایلیت و الیزابت^۱، ۲۰۱۵).

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر شفقت خود در بهبود همجوشی شناختی بیماران مبتلا به چاقی مؤثر است. نتایج این پژوهش از منظر اثربخش بودن درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود همجوشی شناختی با یافته‌های لیسیتز و همکاران (۲۰۱۹) و وایزمن و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت همجوشی شناختی با رفتارهای اجتنابی، استرس، اختلالات روانی و فیزیکی، پریشانی روانشناختی و سطوح پایین سلامت روان در ارتباط است (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۲۱). ترایندید و فریرا^۲ (۲۰۱۴) در بررسی تأثیر همجوشی شناختی مربوط به تصویر بدن با آسیب-شناسی روانی خوردن به این نتیجه رسیده بودند افراد چاق همجوشی شناختی بالاتری دارند و به هنگام تصمیم برای خوردن غذا باورهای تحریف شده‌ی خود را واقعیت پنداشته و سریعاً براساس آن عمل می‌کنند. این در حالی است که بر خلاف همجوشی شناختی مؤلفه‌های شفقت

خود به ویژه مهربانی با خود و ذهن آگاهی سبب می‌شود رفتارهای اجتنابی افراد کاهش یابد و فرد کمتر خود را در معرض قضاوت‌های شدید و سخت‌گیرانه قرار دهد و بدون تحریف و قضاوت خود را از افکارش جدا کند. این دقیقاً چیزی است که همجوشی شناختی خلاف آن را رقم می‌زند به همین دلیل به نظر می‌رسد تکنیک‌ها و مؤلفه‌های این درمان توانسته در کاهش همجوشی شناختی بیماران مبتلا به چاقی مؤثر عمل کند.

نتایج این پژوهش از منظر اثربخش بودن روان‌درمانی بین فردی بر بهبود مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی با یافته‌های هیلبرت و براه‌لرب (۲۰۲۱) و فتح، آذر فلاح، طباطبایی و رشیدی (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت هیجانات زبان اصلی روابط بین فردی هستند و وظیفه‌ی مرکزی در مواجهه و غلبه بر مشکلات بین فردی شامل شناسایی، پردازش و ابراز هیجانات که در این زمینه ایجاد می‌شود را بر عهده دارند. روان‌درمانی بین فردی بر حل مشکلات بین فردی بیش از حل مشکل زمینه‌ای فرد در پردازش هیجانی تأکید می‌کند. در این رویکرد به افراد کمک می‌شود تا به هماهنگی بیشتری دست یابند و احساساتشان را عادی سازی کنند و توانایی بیشتری در بیان و کلامی کردن برخی از احساسات در بافت بین فردی بدست آورند و این فرآیند از طریق تسهیل حل مشکلات بین فردی و پردازش هیجانی بهتر منجر به همکاری بین فردی بیشتری می‌شود و این موضوع سبب می‌شود حمایت اجتماعی دریافتی از سمت دیگران افزایش یافته و نهایتاً کاهش استرس و در نتیجه بهبود علائم را در پی خواهد داشت.

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد، روان‌درمانی بین فردی در بهبود همجوشی شناختی بیماران مبتلا به چاقی مؤثر

^۱- Willits

^۲- Trindade & Ferreira

روان‌درمانی بین فردی در مقایسه با مدل‌ها و درمان‌های شناختی- رفتاری خاص پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکترای تخصصی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام با کسب تأییدیه اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی ایلام با کد IR.MEDIIAM.REC.1400.062 می‌باشد؛ لذا از تمام متصدیان و شرکت‌کنندگان محترم که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر را داریم. نویسندگان این پژوهش هیچگونه تعارض منافی ندارند.

References

- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. (2021). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Block JP, He Y, Zaslavsky AM, Ding L, Ayanian JZ. (2019). Psychosocial Stress and Change in Weight Among US Adults. *Am J Epidemiol*, 170, 181-192. doi:10.1093/aje/kwp104.
- Castellnuovo G, Pietrabissa G, Manzoni GM, Cattivelli R, Rossi A, Novelli M, Molinari E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychology research and behavior management*, 10, 165-173. doi:10.2147/PRBMS.113278.
- Fallahzadeh H, Saadati H, Keyghobadi N. (2022). Estimating the Prevalence and Trends of Obesity in Iran Populations from 2018 to 2021: A MetaAnalysis Study. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 25(9), 681-689. (In Persian)
- Fath N, Azadfallah P, Tabatabaee S, Rahimi C. (2019). Investigating the Efficacy of Interpersonal Psychotherapy on Alexithymia Features. *Biomedical & Pharmacology*, 7(1), 295-308.

است. نتایج این پژوهش از منظر اثربخش بودن با یافته‌های هیلبرت و براهلرب (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که روان‌درمانی بین فردی صرفاً افکار (شناخت‌ها) یا وظایف رفتاری تمرکز نمی‌کند؛ بلکه بر احساسات در موقعیت‌های بین فردی و کمک به بیمار برای فهم آن‌ها به عنوان علائم مفید مواجهه‌های بین فردی تمرکز دارد. (وقتی که او این را گفت شما چه احساسی داشتید؟ این منطقی بود که شما سپس احساس عصبانیت کنید؟ در پاسخ شما چه گفتید؟)؛ به عبارتی روان‌درمانی بین فردی از طریق تاکید بر عواطف (حالات احساسی) بیش از شناخت‌ها یا ارزیابی جنبه‌های هیجانی، از درمان شناختی بک متمایز می‌شود و این خصیصه‌ها سبب می‌شود تا افراد خودشان را با احساسات و افکارشان یکی نپندارند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت معنادار بین دو گروه درمانی در مهارت‌های مثبت و منفی نظم‌دهی وجود ندارد و هر دو روش به یک میزان بر بهبود نظم‌دهی هیجانی مثبت تأثیر گذاشته‌اند؛ اما روش درمانی مبتنی بر شفقت اندکی بیشتر از روش روان‌درمانگری بین فردی در کاهش همجوشی شناختی زنان مبتلا به چاقی مؤثر بوده است. مطالعه حاضر از محدودیت‌هایی نظیر حجم نمونه پایین، نداشتن دوره پیگیری و به کارگیری حداقل جلسات پروتکل درمانی برخوردار بود. این محدودیت‌ها تعمیم یافته‌ها را محدود می‌کند؛ بنابراین توصیه می‌شود پژوهش‌های آینده به مطالعات کنترل شده با نمونه‌های بزرگتر و با دوره‌های پیگیری و تعداد جلسات بیشتر انجام شود. به علاوه کاربرد درمان مبتنی بر شفقت خود و

- Gamefski N, Kraaij V, Spinhoven P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gamefski N, Kraaij V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.
- Gilbert P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3).
- Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Masley S. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.
- Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Remington R. (2020). The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101. doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001.
- Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. (2019). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 25(9), 88.
- Hasani J. (2021). The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *RBS*, 9(4), 10-12. (In Persian)
- Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. (2021). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449.
- Hemmingsson E. (2017). A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obes Rev*, 15, 769-779. 10.1111/obr.12197.
- Hilbert A, Brähler E. (2021). Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders: A Systematic and Practical Review. 22(3), 149-157. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>.
- Kelley AE, Baldo BA, Pratt WE, Will MJ. (2018). Corticostriatal-hypothalamic circuitry and food motivation: integration of energy, action and reward. *Physiol Behav*, 86, 773-795. Available: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16289609>.
- Lipsitz JD, Markowitz JC, Cherry S, Fyer AJ. (2019). Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1814-1816.
- Luppino FS, DeWit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, Zitman FG. (2020). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*, 67(3), 220-229. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2.
- Mark A. (2018). Dietary Therapy for Obesity Is a Failure and Pharmacotherapy Is the Future: a Point of View. *Clin Exp Pharmacol Physiol*, 33, 857-862. 10.1111/j.1440-1681.2006.04454.x.
- Neff KD. (2021). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 1-12.
- Rafaeli AK, Markowitz JC. (2021). Interpersonal psychotherapy (IPT) for PTSD: A case study. *American journal of psychotherapy*, 65(3), 205-223.
- Swencionis C, Rendell SL. (2019). The psychology of obesity. *Abdominal Imaging*, 37(5), 733-737.
- Tavoli A, Allahyari AA, Azadfallah P, Fathi Ashtiani A, Melyani M. (2020). The Comparison of Group Interpersonal Therapy (IPT) and Group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Effectiveness in Reducing Depression Symptoms of Patient with Social Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Personality*, 14(2), 115-124. doi: 10.22070/14.2.115.
- Trindade IA, Ferreira C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*, 15(1), 72-75. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.10.014.
- Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. (2017). Comprehensive guide to interpersonal

- psychotherapy (1 ED). New York: Basic Books.
- Willits E. (2015). Does Self-Compassion Protect Against Emotional Dysregulation, Anxiety, and Other Negative Emotions? USC Aiken Psychology Theses, 22.
- Zare H. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Improving the Flexibility and Cognitive Fusion. Social Cognition, 6(1), 125-134.