



The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) on Body Image Dissatisfaction, Cognitive Emotion Regulation and Impulsivity in Women with Bulimia Nervosa: A Single Case Study

Solmaz Vatankhah¹, Abbas Bakhshipour Roodsari², Touraj Hashemi Nosratabad³,
Behzad Shalchi⁴

1. Ph.D Candidate in Clinical Psychology, Aras Campus, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: Solmaz.vatankhah67@gmail.com

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

E-mail: abbasbakhshipour@yahoo.com

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

E-mail: tourajhashemi@yahoo.com

4. Associate Professor, Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

E-mail: Shalchi.b@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received: 19 February 2025
Received in revised form: 13 March 2025
Accepted: 03 May 2025
Published Online: 31 May 2025

Keywords:

Emotion-Focused Therapy,
Body Image,
Emotional Regulation,
Impulsivity,
Bulimia Nervosa

ABSTRACT

Background: This study aims to evaluate the effectiveness of emotion-focused therapy in reducing body image dissatisfaction, enhancing cognitive emotion regulation, and decreasing impulsivity in women diagnosed with bulimia nervosa.

Method: A single case study design was employed involving four female participants aged 25-28 diagnosed with bulimia nervosa. Each participant engaged in 8 sessions of EFT over three months. Assessments were performed at baseline, during treatment, and at follow-up using standardized measures: The Binge Eating Scale (Gormally et al., 1982), the Mental Image Flexibility Questionnaire (Sandoz et al., 2013), the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2006), and the Barratt Impulsiveness Scale (Patton et al. 1995). For data analysis, visual drawing methods, reliable change indices, percentage of recovery, and percentage of non-overlapping data were utilized.

Results: The results indicated that emotion-focused therapy significantly reduced binge eating, body image dissatisfaction, enhanced cognitive emotion regulation, and decreased impulsivity in women diagnosed with bulimia nervosa ($RCI \geq 1.96$), with therapeutic effects maintained during the follow-up phase.

Conclusion: The findings suggest that emotion-focused therapy may effectively address body image dissatisfaction, cognitive emotion regulation, and impulsivity in women with bulimia nervosa. This study highlights the potential of EFT as a valuable therapeutic approach for this population, warranting further research with larger samples to validate these preliminary outcomes.

Citation: Vatankhah, S., Bakhshipour Roodsari, A., Hashemi Nosratabad, T., & Shalchi, B. (2025). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) on Body Image Dissatisfaction, Cognitive Emotion Regulation and Impulsivity in Women with Bulimia Nervosa: A Single Case Study. *Journal of Clinical Psychology*, 17(1), 1-19.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36949.3133>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Abbas Bakhshipour Roodsari, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
E-mail: abbasbakhshipour@yahoo.com, Tel: (+98) 9148484397

Extended Abstract

Introduction

In recent years, eating disorders, particularly bulimia nervosa (BN), have emerged as significant mental health challenges, especially among women.¹ BN not only leads to serious physical health issues such as obesity and related diseases but also profoundly impacts psychological well-being.²⁻⁴ This disorder is associated with body image dissatisfaction, emotional dysregulation, and impulsive behaviors, often exacerbated by cultural and societal pressures to meet unrealistic beauty standards.^{5,6} These pressures can result in anxiety, depression, and ultimately, disordered eating behaviors. Emotional regulation, which plays a key role in managing feelings, is often impaired in individuals with eating disorders, leading to further complications.^{7,8} Emotionally Focused Therapy (EFT) is a promising psychotherapeutic approach designed to help individuals identify and effectively regulate their emotions.¹⁷ Research indicates that EFT can significantly improve body image dissatisfaction and emotional regulation while reducing negative emotions and impulsivity in women with BN.¹⁷⁻¹⁹ This study aims to evaluate the effectiveness of EFT on body image dissatisfaction, cognitive emotion regulation and impulsivity in women with bulimia nervosa.

Method

This study utilized an experimental design characterized by a single-subject approach, incorporating continuous assessment among participants at baseline, intervention, and follow-up. The target population consisted of women diagnosed with BN who sought treatment at psychiatric centers in Tabriz County in 2024. A purposive sampling technique was employed to selectively recruit four individuals from this population. Diagnosis and sample selection were conducted by a qualified clinical psychologist using the Binge Eating Scale.²⁰

Participants were enrolled in the study after providing informed consent. The inclusion criteria were delineated as follows: 1) absence of medical conditions that may negatively impact eating behaviors and appetite, 2) no current use of medications that could effectuate changes in appetite or eating patterns, 3) age of 18 years or older, 4) female gender, 5) a score of 17 or higher on the Binge Eating Scale, 6) self-reported occurrence of at least one binge-eating episode within the preceding week without accompanying purging behaviors, and 7) no engagement in concurrent therapeutic treatments throughout the study duration. Conversely, the exclusion criteria included failure to complete tasks in two consecutive sessions as well as absence from more than two sessions during the study period. For data analysis, several statistical measures were employed to assess treatment effectiveness, including the Percentage of Non-Overlapping Data (PND), Recovery Percentage, and the Reliable Change Index (RCI). To enhance understanding of these metrics, trend charts were utilized to visualize and interpret fluctuations in participants' scores across the various phases of baseline assessment, intervention, and follow-up. The research instruments incorporated in this study included the Binge Eating Scale,²⁰ Barratt Impulsiveness Scale,²² the Mental Image Flexibility Questionnaire,²⁴ and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.²⁶

Results

The percentage improvement indices for the variables of binge eating, impulsivity, body image dissatisfaction, and adaptive and maladaptive emotion regulation strategies of participants at baseline, during intervention, and at follow-up sessions are presented in **Table 1**. Considering the obtained results and based on the values of the Percentage of Non-Overlapping Data (PND), Reliable Change Index (RCI), and Recovery Percentage (PR), the EFT intervention has shown statistical significance for the

variables of binge eating, impulsivity, body image dissatisfaction, adaptive, and maladaptive emotion regulation strategies across all participants ($RCI \geq 1.96$). In the

follow-up stage, all four participants demonstrated statistically significant improvement in the studied variables ($RCI \geq 1.96$).

Table 1. Indicators of the percentage of non-overlapping data and the percentage of improvement for each participant in the research variables

Variable	Participant	Baseline			Intervention		
		PND	PR	RCI	PND	PR	RCI
Binge eating	First	88%	24.24%	9.66	50%	35.29%	14.14
	Second	100%	23.18%	14.63	100%	36.14%	80.22
	Third	100%	57.28%	29.05	100%	42.85%	43.58
	Fourth	100%	22.50%	14.88	100%	33.33%	22.04
Impulsivity	First	100%	14.87%	19.51	100%	23.74%	31.14
	Second	100%	10.91%	9.16	50%	18.30%	14.78
	Third	100%	13.45%	16.23	100%	22.18%	26.75
	Fourth	100%	14.50%	13.40	50%	23.07%	21.32
Body Image Dissatisfaction	First	100%	27.05%	28.84	50%	43.90%	46.80
	Second	100%	12.13%	57.61	100%	47.61%	82.82
	Third	100%	29.92%	54.52	100%	45.45%	85.58
	Fourth	100%	30.67%	71.59	100%	47.05%	99.84
Adaptive Strategies	First	100%	-32.76%	-16.14	50%	-50%	-21.60
	Second	100%	-22.22%	-14.62	100%	-42.22%	-27.87
	Third	100%	-27.21%	-14.65	100%	-19.14%	-13.16
	Fourth	100%	-28.35%	-11.63	100%	-50.56%	-19.74
Maladaptive Strategies	First	100%	23.89%	-11.84	50%	38.05%	18.86
	Second	100%	20.26%	15.70	0%	30.18%	23.39
	Third	100%	18.29%	8.11	100%	28.71%	12.72
	Fourth	100%	19.87%	14.24	100%	32.65%	23.39

Conclusion

This study evaluated the impact of Emotionally Focused Therapy (EFT) on body image dissatisfaction, cognitive emotion regulation, and impulsivity in women with bulimia nervosa in Tabriz. The results demonstrated significant improvements, including reductions in binge eating behaviors and impulsivity, alongside increased use of adaptive cognitive emotion regulation strategies. These findings align with previous research on the therapeutic potential of EFT, highlighting its effectiveness as an intervention for eating disorders. The therapy's focus on identifying and processing emotions associated with unhealthy eating patterns likely contributed to the development of healthier coping strategies, ultimately reducing the frequency of binge eating episodes. Additionally, participants experienced improvements in body image satisfaction, as EFT encouraged constructive engagement with their emotions related to body image, fostering greater self-acceptance. Enhanced cognitive

emotion regulation was also observed, equipping participants with better tools for managing emotions—a critical factor in preventing relapse. Despite limitations such as the small sample size, this study underscores EFT as an effective intervention for addressing the emotional underpinnings of eating disorders, suggesting that it can significantly enhance the quality of life for affected individuals. Future research should explore larger and more diverse populations to further validate these findings.

Ethical Considerations

Ethics Code: This article is based on the first author's doctoral dissertation in clinical psychology at Tabriz University. To uphold ethical standards, data were collected only after obtaining participants' informed consent. Participants were assured that their personal information would be kept confidential and that the results would be presented without any identifying details. Additionally, ethical approval for this study was granted by the Ethics Committee of Tabriz University, with approval code IR.TABRIZU.REC.1403.083.

Financial support: This research is part of a doctoral dissertation and did not receive any financial support.

Authors' Contributions: The first author served as the principal investigator. The second author acted as supervisor, while the third and fourth authors was the thesis advisors.

Conflict of Interest: The authors declare no conflicts of interest concerning this study's results.

Acknowledgments: We sincerely thank the esteemed professors, advisors, and research participants who supported us throughout all stages of this research.



اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان (EFT) بر نارضایتی از تصویر بدنی، تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری در زنان مبتلا به اختلال پر خوری عصبی: یک مطالعه آزمایشی تک آزمودنی

سولماز وطن خواه^۱، عباس بخشی پور رودسری^۲، تورج هاشمی نصرت آباد^۳، بهزاد شالچی^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، واحد پردیس ارس، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: Solmaz.vatankhah67@gmail.com

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: abbasbakhshipour@yahoo.com

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: tourjhashemi@yahoo.com

۴. دانشیار، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: Shalchi.b@gmail.com

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در کاهش نارضایتی از تصویر بدنی، بهبود تنظیم شناختی هیجان و کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به پر خوری عصبی بود.

روش: در این پژوهش، طرح آزمایشی تک آزمودنی که شامل چهار شرکت کننده زن با سن ۲۵ تا ۲۸ سال مبتلا به پر خوری عصبی بودند، به کار گرفته شد. هر یک از شرکت کنندگان در طی سه ماه، ۸ جلسه درمان متمرکز بر هیجان را گذراند. ارزیابی ها در سه مرحله (خط پایه، در حین درمان و در پیگیری) با استفاده از ابزارهای استاندارد شامل مقیاس پر خوری (گورمالی و همکاران، ۱۹۸۲)، پرسشنامه انعطاف پذیری تصویر ذهنی (ساندز و همکاران، ۲۰۱۳)، پرسشنامه تنظیم هیجانی شناختی (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۶) و مقیاس تکانشگری بارت (پاتون و همکاران، ۱۹۹۵) انجام گرفت. برای تحلیل داده ها از روش های ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و درصد داده های ناهمپوش استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان به طور معناداری پر خوری، نارضایتی از تصویر بدنی را کاهش داده، تنظیم هیجانی شناختی را بهبود بخشیده و تکانشگری را در زنان مبتلا به پر خوری عصبی کاهش داده است ($RCI \geq 1.96$)، اثرات درمانی در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است.

نتیجه گیری: یافته ها نشان می دهد که درمان متمرکز بر هیجان به طور مؤثری نارضایتی از تصویر بدنی، تنظیم هیجانی شناختی و تکانشگری را در زنان مبتلا به پر خوری عصبی بهبود می بخشد. این مطالعه پتانسیل درمان مذکور را به عنوان یک رویکرد درمانی ارزشمند برای این جمعیت برجسته می سازد و بر لزوم انجام تحقیقات بیشتر با حجم نمونه بزرگتر به منظور تأیید این نتایج اولیه تأکید می کند.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۰۱

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۲/۲۳

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۱۳

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۳/۱۰

کلیدواژه ها:

درمان متمرکز بر هیجان،

تصویر بدنی،

تنظیم هیجانی،

تکانشگری،

پر خوری عصبی

استناد: وطن خواه، سولماز؛ بخشی پور رودسری، عباس؛ هاشمی نصرت آباد، تورج؛ و شالچی، بهزاد (۱۴۰۴). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان (EFT) بر نارضایتی از تصویر بدنی، تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری در زنان مبتلا به اختلال پر خوری عصبی: یک مطالعه آزمایشی تک آزمودنی. مجله روانشناسی بالینی، ۱۷(۱)، ۱-۱۹.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36949.3133>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: عباس بخشی پور رودسری، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

رایانامه: abbasbakhshipour@yahoo.com تلفن: ۰۹۱۴۸۴۸۴۳۹۷

مقدمه

پر خوری عصبی^۱ یکی از اختلالات خوردن و به طور بالقوه تهدیدکننده سلامتی و زندگی افراد است که با پر خوری و شیوه‌های کنترل وزن شدید مشخص می‌شود. این یک اختلال ناراحت‌کننده و ناتوان‌کننده است که با رفتارهای پاک سازی جبرانی (مانند استفراغ خودالقایی، سوءاستفاده از دیورتیک‌ها و ملین) و رفتارهای غیرپاکسازی (مانند ورزش زیاد، رژیم غذایی شدید و روزه گرفتن طولانی مدت) همراه است (۱). پر خوری عصبی به طور قابل توجهی شایع تر از بی‌اشتهایی عصبی در جمعیت عمومی است، با این حال، تمرکز خدمات درمانی عمدتاً بر بی‌اشتهایی عصبی معطوف شده است (۲). این اختلال عموماً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و شیوع جهانی آن در DSM-5 بیشتر در کشورهای غربی و ۰/۸ تا ۲ درصد برای زنان و ۰/۱ تا ۰/۲ درصد برای مردان گزارش شده است (۳). مطالعات، عوامل مختلفی از جمله جنسیت زن، سن نوجوانی، نارضایتی از بدن، عزت نفس پایین و هیجانات منفی را به عنوان عوامل خطر پر خوری عصبی شناسایی کرده‌اند (۱،۴). علاوه بر این، فشار اجتماعی و رسانه‌ها نیز با ترویج ایده‌آل‌های لاغری و القای ارتباط شکل بدن با موفقیت، خطر ابتلا به اختلالات خوردن را تشدید می‌کنند (۴،۵). در این میان، نارضایتی از تصویر ذهنی بدن به عنوان محوری‌ترین متغیر مرتبط با پر خوری عصبی مطرح است، به طوری که تصمیم به رژیم‌های غذایی سخت و رفتارهای جبرانی، بدون وجود این نارضایتی شکل نمی‌گیرد (۴،۶). نارضایتی از تصویر ذهنی بدن، اتخاذ نگرش کمال‌گرایانه نسبت به بدن، تلاش محدود برای لاغری، و ایجاد تمایلات پر خوری اغلب در تحقیقات علمی به عنوان پیش‌بینی‌کننده اختلالات خوردن نشان داده می‌شوند.

با این حال، اکثر محققانی که بر روی عوامل خطر پر خوری عصبی تمرکز می‌کنند، متذکر شده‌اند که عوامل خطر این اختلال نباید به طور جداگانه در نظر گرفته شوند. مشکلات تنظیم شناختی هیجان یکی از این عوامل است که در کنار تصویر ذهنی از بدن در اختلالات خوردن مورد بررسی قرار می‌گیرد (۷). تنظیم شناختی هیجان به فرآیندهای شناختی اطلاع می‌دهد که اطلاعات برانگیزاننده هیجانی را مدیریت می‌کنند. در مقایسه با افراد سالم، بیماران مبتلا به پر خوری

عصبی هیجانات خود را شدیدتر تجربه می‌کنند، پذیرش کمتری از حالات هیجانی بد را گزارش می‌کنند، توانایی کمتری در تنظیم هیجانات ناخوشایند داشته، و مشکلات بیشتری را در شناسایی هیجانات و همچنین آگاهی کمتر از حالات هیجانی درونی خود نشان می‌دهند. همچنین، افراد مبتلا به این اختلال و اختلال پر خوری، پس از القای خلق و هیجانات منفی تمایل شدیدتری به گرسنگی و پر خوری و همچنین افزایش مصرف غذا از خود نشان می‌دهند (۸). نتایج یک مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی (نوع فرعی محدود کننده) نسبت به افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی (زیرگروه پاک‌سازی پر خوری) و افراد مبتلا به پر خوری عصبی نوسانات کمتری در خلق و خوی خود داشتند. فقط در گروه‌هایی که علائم پر خوری/پاکسازی داشتند، از این رفتارها به عنوان روشی برای کاهش عاطفه منفی استفاده می‌کردند (۹). درک این عوامل مرتبط برای توسعه مداخلات درمانی مؤثر و بهبود استراتژی‌های درمانی ضروری است. از سوی دیگر، اگر با یک رویکرد فراتشخیصی و عملکردی به علائم اختلال پر خوری عصبی توجه شود، می‌توان دریافت که رفتارهای پر خاشگری و پاکسازی که در هسته‌ی این اختلال قرار دارند، به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار محسوب می‌شوند که ممکن است باعث یک حواس‌پرتی از برانگیختگی فیزیولوژیکی-هیجانی نفرت‌انگیز شده، و بالطبع دوره‌های کوتاهی از هیجانات خوشایند و تسکین ایجاد کنند (۷،۸). همچنین، مطالعات صورت گرفته بر روی افراد مبتلا، اختلال عملکرد در تنظیم شناختی هیجان را نشان می‌دهد که نشان‌دهنده ارتباط بین پر خوری عصبی و کاهش توانایی کنترل هیجانات و تکانه‌ها است (۱۰). مشکل در کنترل تکانه‌ها در حالت‌های هیجانی بالا نشان‌دهنده نقص در بازداری پاسخ است که در اختلالات خوردن، بازداری پاسخ، ناقص یا مختل می‌شود (۱۱). بنابراین، نقایص کنترل شناختی در مهار پاسخ، ممکن است عامل مشترکی باشد که اختلال خوردن و تکانشگری مرتبط با هیجانات را به هم مرتبط می‌سازد. پاسخگویی زود هنگام به محرک‌هایی که اغلب پیامدهای نامطلوب ایجاد می‌کنند، به عنوان تکانشگری تعریف می‌شود. این ویژگی نه تنها ناراحتی و هیجانات منفی را تشدید می‌کند، بلکه از طریق تقویت عاطفه منفی، نارضایتی از بدن

مرتبط با اختلالات خوردن را نیز افزایش می‌دهد (۱۱، ۱۲). در همین راستا، رفتارهای پرخوری/پاکسازی به صورت مداوم با سطوح بالاتر تکانشگری و نقص در تنظیم هیجانی همراه هستند (۱۳). در بیماران مبتلا به پرخوری عصبی، ترکیب تکانشگری بالا و خودکنترلی پایین باعث می‌شود این افراد در مواجهه با پریشانی روانشناختی و مشکلات تنظیم هیجان، به پرخوری روی آورند؛ سپس، نارضایتی از تصویر بدن، چرخه رفتارهای جبرانی پاکسازی را فعال می‌کند (۱۱، ۱۴).

با وجود شیوع بالا و پیامدهای ناتوان‌کننده پرخوری عصبی، حدود ۹۴ درصد از مبتلایان هرگز درمان را آغاز نمی‌کنند یا آن را به تأخیر می‌اندازند. این در حالی است که دسترسی به درمان‌های موجود برای تمامی بیماران میسر نیست و عدم مداخله به موقع می‌تواند به تشدید بیماری و بروز بیماری‌های ثانویه جدی بینجامد (۱۵). از سوی دیگر، مطالعات نشان می‌دهند بیماران مبتلا به پرخوری عصبی نسبت به افراد فاقد این اختلال، هیجانات منفی شدیدتر و مشکلات بارزتر در تنظیم هیجان را تجربه می‌کنند، به‌طوری‌که تجربه هیجانات منفی، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های بروز دوره‌های پرخوری می‌باشد (۱۶). بنابراین، طراحی مداخلات روانشناختی با تأکید ویژه بر مکانیسم‌های هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان، می‌تواند به کاهش معنادار علائم بیماری کمک کند. در این زمینه، درمان متمرکز بر هیجان^۱ به عنوان یک رویکرد کوتاه مدت و مبتنی بر شواهد، با اتکا به نظریه‌های هیجان و دلبستگی، اثربخشی خود را در کاهش نشانه‌های اختلالات خوردن، بهبود خودکارآمدی و تقویت تنظیم هیجانی نشان داده است (۱۵، ۱۷). درمان متمرکز بر هیجان با هدف بازسازی شناختی-هیجانی، به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات خود را شناسایی، پردازش و تعدیل کنند، که این امر به کاهش پرخوری، بهبود تصویر بدن و کاهش تکانشگری می‌انجامد (۱۷-۱۹). شواهد تجربی از تأثیر این درمان بر تقویت تنظیم هیجان، کاهش تکانه‌ها و اصلاح نگرش به بدن حمایت می‌کنند (۱۷، ۱۹). به عنوان مثال، مطالعات نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر هیجان با هدف‌گیری عوامل عاطفی زمینه‌ای، مانند کمال‌گرایی و عزت‌نفس پایین، تصویر بدنی را بهبود بخشیده و وابستگی به رفتارهای مخرب را کاهش می‌دهد (۲۰). همچنین، این رویکرد با افزایش آگاهی هیجانی، محرک‌های

پرخوری را خنثی کرده و تاب‌آوری در برابر تکانه‌ها را تقویت می‌کند (۱۵-۱۸). اگرچه پژوهش‌ها به بررسی اثرات درمان متمرکز بر هیجان بر متغیرهای منفردی مانند تنظیم هیجان یا تصویر بدنی پرداخته‌اند، هیچ مطالعه‌ای اثربخشی این درمان را بر ترکیب همزمان نارضایتی از بدن، تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری در پرخوری عصبی بررسی نکرده است. این در حالی است که تعامل پیچیده‌ی این سه عامل، هسته‌ی اصلی پایداری چرخه‌ی اختلال پرخوری عصبی محسوب می‌شود. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف پر کردن این شکاف دانشی، به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تصویر ذهنی از بدن، تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری در زنان مبتلا به پرخوری عصبی شهر تبریز می‌پردازد. سؤال اصلی تحقیق این است: «آیا تکنیک‌های درمان متمرکز بر هیجان می‌توانند نارضایتی از تصویر بدن، تنظیم شناختی هیجان و تکانشگری را در زنان مبتلا به پرخوری عصبی کاهش دهند؟».

روش

طرح پژوهش: این پژوهش با روش تجربی از نوع روش تک‌آزمودنی با سنجش پیوسته و آزمودنی‌های متفاوت انجام شد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال پرخوری مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی شهرستان تبریز در سال ۱۴۰۳ بودند. که از بین آنان، ۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جهت تشخیص و انتخاب نمونه از مقیاس پرخوری (۲۱) توسط روانشناس بالینی استفاده شد. آزمودنی‌ها بعد از تکمیل فرم رضایت، وارد پژوهش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شرکت‌کنندگان: ۱. نداشتن بیماری‌های جسمی یا روان‌تنی مؤثر بر اشتهای الگوی خوردن (مانند اختلالات تیروئیدی، دیابت، بیماری‌های گوارشی، یا افسردگی اساسی) که با بررسی پرونده پزشکی، خودگزارشی و مصاحبه بالینی توسط تیم تحقیق (روانشناس و پزشک) ارزیابی شد، ۲. عدم مصرف داروهای تأثیرگذار بر اشتهای خوردن، ۳. سن بالاتر از ۱۸ سال، ۴. جنسیت زن، ۵. دریافت نمره ۱۷ و بالاتر در مقیاس پرخوری، ۶. گزارش حداقل یک دوره پرخوری در هفته اخیر، بدون پاکسازی و ۷. شرکت نکردن در درمان دیگر در طول مدت مطالعه. همچنین، ملاک خروج از پژوهش عدم اجرای تکالیف در دو

جلسه پیاپی و عدم حضور در جلسات به مدت بیش از دو جلسه در نظر گرفته شد.

ابزار

۱. مقیاس پرخوری: این مقیاس توسط گورمالی و همکاران در سال ۱۹۸۲ برای سنجش شدت پرخوری طراحی شده است و ابعاد رفتاری (به سرعت غذا خوردن، به تنهایی غذا خوردن با سرعت زیاد، به تنهایی غذا خوردن) و ابعاد شناختی-عاطفی (احساس گناه در فرد، ترس از عدم توانایی در توقف غذا خوردن) اختلال خوردن را مورد سنجش قرار می‌دهد (۲۱). این مقیاس شامل ۱۴ آیتم چهارگزینه‌ای و دو آیتم سه گزینه‌ای بوده که دامنه‌ی نمره‌دهی آن از کاملاً موافقم (۴) تا کاملاً مخالفم (۰) طراحی شده است. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۴۶ است که کسب نمره ۱۶ وجود اختلال پرخوری و کسب نمره بالاتر از آن شدت بیشتر پرخوری را نشان می‌دهد. آیت‌های ۱، ۲، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵، به صورت چهارگزینه‌ای هستند و به آن‌ها نمره ۰ تا ۳ اختصاص می‌یابد. آیت‌های ۶ و ۱۶ سه گزینه‌ای است و نمرات ۰ و ۱ و ۲ به آن‌ها تعلق می‌گیرد. چند آیت‌ها به شکل متفاوتی (آیتم ۳ با نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳؛ آیتم ۴ با نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳؛ آیتم ۷ با نمرات ۰، ۲، ۳ و ۴؛ آیتم ۳ و ۳؛ نمره‌گذاری می‌شود. در مطالعه‌ی اصلی، آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴ و بعد از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است. فرم ایرانی این مقیاس را مولودی و همکاران (۲۲) روی شصت آزمودنی اجرا کردند که حساسیت آن ۰/۸۵ درصد و اعتبار آزمون بازآزمون ۰/۷۲ محاسبه شد.

۲. مقیاس تکانشگری بارت: این مقیاس توسط پاتون و همکاران در ۱۹۹۵ طراحی شده است و شامل ۳۰ گویه چهار درجه‌ای لیکرت (به ندرت: ۱، گاهی اوقات: ۲، اغلب: ۳ و تقریباً همیشه: ۴) و ۳ عامل تکانشگری، عدم برنامه‌ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی بوده که پایین‌ترین و بالاترین نمره به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ می‌باشد (۲۳). همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳، خرده مقیاس توجهی ۰/۷۴، حرکتی ۰/۷۴، بی‌برنامگی ۰/۷۳ بالا گزارش شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در دانشجویان ایرانی نیز تأیید شده و اعتبار کل مقیاس با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش شده است (۲۴).

۳. پرسشنامه انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن: این پرسشنامه توسط ساندوز و همکاران در سال ۲۰۱۳ طراحی شده است (۲۵). انعطاف‌پذیری تصویر بدنی به عنوان ظرفیت تجربه ادراک‌ها، حس‌های بدنی، احساس‌ها، افکار و باورهای مرتبط با تصویر بدن بدون تلاش برای تغییر شدت و فروانی آن‌ها و در عین حال دنبال کردن ارزش‌های زندگی با وجود این باورها تعریف شده است. این پرسشنامه دارای فرم‌های متفاوت است و در این پژوهش از فرم ۱۲ گویه‌ای استفاده شد که با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز صحت ندارد) تا ۷ (همیشه صحت دارد) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۲ و حداکثر ۸۴ است. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه تأیید و پایایی آن با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و بازآزمایی ۰/۹۰ محاسبه شده است (۲۵). در ایران ایزدی و همکاران (۲۶) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند.

۴. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایچ در سال ۲۰۰۶ تدوین شد و یک ابزار چند بُعدی و خودگزارشی است که دارای ۱۸ ماده‌ای است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و تنیدگی‌زای زندگی در مقیاس لیکرت پینج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می‌سنجد (۲۷). راهبرد شناختی تنظیم هیجان در این پرسشنامه به دو دسته کلی راهبردهای سازگار و ناسازگار تقسیم می‌شوند. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در مطالعه‌ی اصلی نشان داد که از ثبات نسبی برخوردارند و همسانی درونی غالب مقیاس‌ها با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بود. در پژوهش بشارت و بزازیان (۲۸) همسانی درونی ماده‌های زیرمقیاس‌های این پرسشنامه برحسب ضرایب آلفای کرونباخ در دو نوبت محاسبه شد؛ در نوبت اول این ضریب بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ و در نوبت دوم بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۰ بود. پایایی بازآزمایی آن نیز برحسب محاسبه‌ی ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۳ به دست آمد. پروتکل درمان متمرکز بر هیجان شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انفرادی است که به‌طور مختصر در جدول ۱ آمده است.

روند اجرای پژوهش: روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب چهار شرکت‌کننده بر اساس معیارهای ورود و خروج، مراحل زیر به ترتیب اجرا گردید:

(۲) مرحله مداخله (درمان متمرکز بر هیجان): مداخله شامل ۸ جلسه انفرادی ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت هفتگی برگزار شد.

(۳) مرحله پیگیری: پس از پایان مداخله، شرکت کنندگان در دو جلسه پیگیری شرکت کردند. در این جلسات، پایداری اثرات درمانی با استفاده از همان ابزارهای اولیه ارزیابی شد.

یافته‌ها

جدول ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

(۱) مرحله خط پایه (پیش از مداخله): در این مرحله که شامل ۴ جلسه (هفتگی) بود، شرکت کنندگان بدون دریافت هیچ مداخله‌ای، تنها تحت ارزیابی‌های مکرر قرار گرفتند. داده‌های مربوط به متغیرهای پرخوری، تکانشگری، نارضایتی از تصویر بدن و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد جمع‌آوری شد. هدف این مرحله، ثبت الگوی پایدار رفتارهای هدف پیش از آغاز مداخله و اطمینان از ثبات نمرات بود.

جدول ۱. خلاصه‌ی محتوای جلسات درمان متمرکز بر هیجان

جلسه	هدف	شرح جلسات	تکالیف
اول	مقدمه و ارزیابی	• آشنایی: درمانگر با بیمار آشنا می‌شود و فضایی امن و بدون قضاوت ایجاد می‌کند. • تاریخچه: بیمار تاریخچه اختلال پرخوری خود را بیان می‌کند. درمانگر به دقت به جزئیات گوش می‌دهد و سؤالاتی برای درک بهتر احساسات و تجربیات بیمار می‌پرسد. • هدف‌گذاری: درمانگر و بیمار اهداف درمانی را تعیین می‌کنند، مثلاً کاهش دفعات پرخوری، افزایش خودآگاهی یا بهبود تصویر بدنی.	• نوشتن تاریخچه غذایی: بیمار باید یک یادداشت از تاریخچه غذایی خود و تجربیات مرتبط با پرخوری بنویسد. این یادداشت شامل زمان‌ها، مکان‌ها و احساسات مرتبط با پرخوری باشد.
دوم	شناسایی هیجانات و احساسات	• آموزش شناسایی هیجانات: درمانگر تکنیک‌هایی برای شناسایی و نام‌گذاری احساسات مختلف را آموزش می‌دهد. • ارتباط بین هیجانات مختلف و پرخوری: بیمار تشویق می‌شود تا احساساتی را که قبل یا حین پرخوری تجربه کرده است، شناسایی کند. • تمرین عملی: ممکن است تمریناتی برای نوشتن احساسات روزانه انجام شود.	• روزانه نوشتن احساسات: بیمار باید به مدت یک هفته هر روز احساسات خود را ثبت کند. این شامل احساسات قبل، حین و بعد از خوردن غذا است.
سوم	بررسی الگوهای رفتاری	• شناسایی الگوها: بیمار الگوهای رفتاری خود را بررسی می‌کند و محرک‌های خاصی که منجر به پرخوری می‌شوند، شناسایی می‌شوند. • تفکرات منفی: درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا تفکرات منفی و خودانتقادی را شناسایی کند و چگونگی تأثیر آن‌ها بر رفتار پرخوری را بررسی کند. • تغییر نگرش: بحث درباره تغییر نگرش نسبت به خود و بدن آغاز می‌شود.	• شناسایی محرک‌ها: بیمار باید یک لیست از موقعیت‌ها یا احساساتی که منجر به پرخوری می‌شوند، تهیه کند. همچنین باید مشخص کند که در هر یک از این موقعیت‌ها چه احساسی داشته است.
چهارم	پردازش هیجانات و احساسات	• تکنیک‌های پردازش هیجانات و احساسات: درمانگر تکنیک‌هایی مانند نوشتن روزانه، بیان احساسات به صورت شفاهی یا هنری را آموزش می‌دهد. • ابراز هیجانات و احساسات: بیمار تشویق می‌شود تا احساسات خود را به صورت سالم ابراز کند، چه از طریق گفتگو با دیگران یا نوشتن. • بررسی ارتباط: بررسی اینکه چگونه این احساسات ممکن است بر رفتارهای غذایی تأثیر بگذارند.	• نوشتن نامه: بیمار باید یک نامه به خود بنویسد و در آن احساسات و افکار منفی خود را بیان کند. سپس این نامه را بخواند و احساسات خود را پردازش کند.
پنجم	مواجهه با ترس‌ها	• شناسایی ترس‌ها: بیمار ترس‌ها و اضطراب‌های مرتبط با خوردن و تصویر بدنی خود را شناسایی می‌کند. • تکنیک‌های مواجهه: درمانگر تکنیک‌های مواجهه مانند تنفس عمیق، تمرین ذهن‌آگاهی و تکنیک‌های آرام‌سازی را آموزش می‌دهد.	• تمرین مواجهه: بیمار باید یک موقعیت خاص که از آن می‌ترسد (مانند خوردن غذا در جمع) را شناسایی کند و یک برنامه برای مواجهه با آن موقعیت تهیه کند.

جلسه	هدف	شرح جلسات	تکالیف
		• تمرین مواجهه: بیمار ممکن است در یک موقعیت واقعی یا شبیه‌سازی شده با ترس‌های خود مواجه شود.	کند. سپس باید این برنامه را در عمل به کار بگیرد.
ششم	تقویت خودآگاهی	• افزایش خودآگاهی: بیمار به بررسی احساسات و رفتارهای خود پرداخته و یاد می‌گیرد که چگونه این موارد به یکدیگر مرتبط هستند. • تأثیر محیط: بحث درباره اینکه چگونه محیط اجتماعی و فرهنگی بر رفتارهای غذایی تأثیر می‌گذارد. • ایجاد تغییرات مثبت: بیمار تشویق می‌شود تا تغییرات مثبتی در شیوه زندگی خود ایجاد کند.	• مدیتیشن یا تمرین ذهن‌آگاهی: بیمار باید روزانه حداقل ۱۰ دقیقه به تمرین ذهن‌آگاهی بپردازد و تجربیات خود را در یک دفترچه یادداشت کند.
هفتم	برنامه‌ریزی برای تغییر	• تعیین اهداف: بیمار اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت برای تغییر رفتار را تعیین می‌کند. • برنامه عملی: ایجاد یک برنامه عملی برای مدیریت پرخوری، شامل استراتژی‌های مقابله‌ای و فعالیت‌های جایگزین. • منابع حمایتی: شناسایی منابع حمایتی مانند خانواده، دوستان یا گروه‌های حمایتی.	• تنظیم اهداف SMART: بیمار باید اهداف خاص، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، مرتبط و زمان‌بندی شده (SMART) برای تغییر رفتارهای غذایی خود تعیین کند و آن‌ها را در یک جدول ثبت کند.
هشتم	ارزیابی و پیشرفت	• ارزیابی پیشرفت: بررسی پیشرفت بیمار در طول جلسات درمانی و ارزیابی تغییرات مثبت. • مرور تکنیک‌ها: مرور تکنیک‌ها و ابزارهایی که بیمار یاد گرفته است و چگونگی استفاده از آن‌ها در زندگی روزمره. • برنامه‌ریزی برای آینده: بحث درباره ادامه درمان، پیگیری یا نیاز به جلسات بیشتر در آینده.	• بازتاب بر روی پیشرفت: بیمار باید یک گزارش مختصر از پیشرفت‌های خود در طول درمان بنویسد. این گزارش شامل تغییرات مثبت، چالش‌ها و برنامه‌های آینده باشد.

جدول ۲) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شرکت‌کننده	اول	دوم	سوم	چهارم
سن	۲۷	۲۹	۲۵	۲۳
میزان تحصیلات	کارشناسی گرافیک	ارشد حسابداری	دانشجوی کارشناسی ارشد شیمی	دیپلم فنی حرفه‌ای
شغل	مشغول در شرکت	پاره وقت-پروژه‌ای	شرکت خصوصی	کارهای هنری
علت مراجعه	پر خوری عصبی- نوع غیر پاکسازی	پر خوری عصبی- نوع غیر پاکسازی	پر خوری عصبی- نوع پاکسازی	پر خوری عصبی- نوع پاکسازی
مدت بیماری	۴ سال	۵ سال	۸ سال	۶ سال
سابقه‌ی درمانی	_____	_____	_____	_____
وضعیت تأهل	متاهل	مجرد	متاهل	مجرد
وضعیت اقتصادی	متوسط	خوب	خوب	متوسط

برای تحلیل داده‌ها و ارزیابی اثربخشی درمان، از روش‌های ترسیم دیداری^۱ یا تحلیل نمودار گرافیکی، درصد داده‌های ناهمپوش^۲، شاخص تغییر پایا^۳ و درصد بهبودی^۴ استفاده شد. از شاخص تغییر پایا به عنوان شاخص اندازه اثر برای هر متغیر استفاده شد. نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر پرخوری،

تکانشگری، نارضایتی از تصویر بدنی، راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان شرکت‌کنندگان طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری و شاخص‌های درصد بهبودی در جداول ۳ تا ۷ نشان داده شده است. با توجه به نتایج به دست آمده و بر اساس مقادیر شاخص تغییر پایا

3. Reliable change index (RCI)

4. Percentage of recovery (PR)

1. Visual inspection

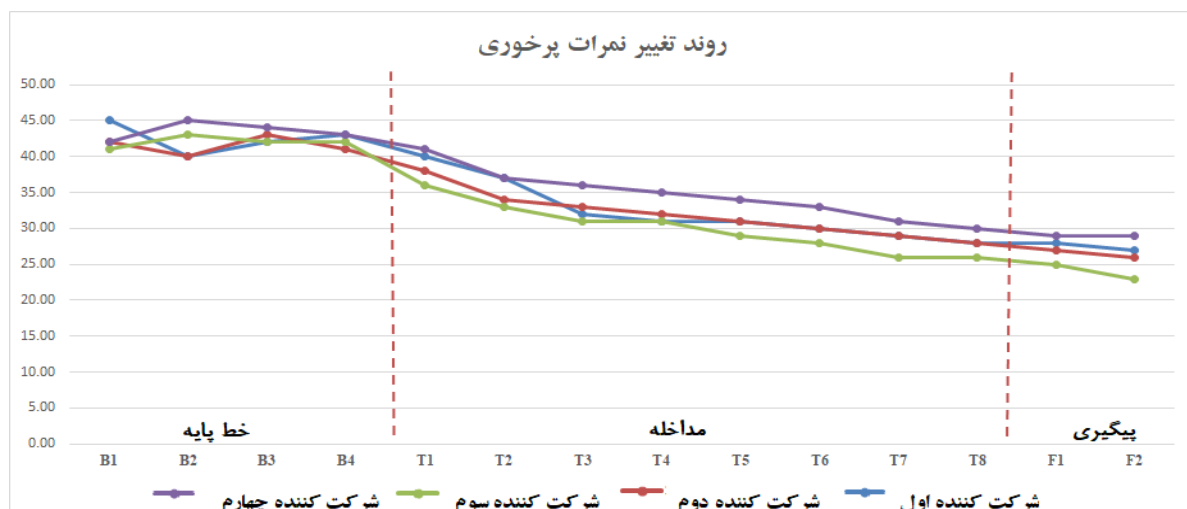
2. Percentage of Non- Overlapping Data (PND)

مورد مطالعه نشان دادند ($RCI \geq 1/96$). در ادامه اشکال ۱ تا ۵، به منظور دیداری سازی و تسهیل فهم نتایج موجود در جداول، نمودار روند تغییرات نمرات شرکت کنندگان را به تصویر می کشد.

($RCI \geq 1/96$)، مداخله EFT برای متغیرهای پرخوری، تکانشگری، نارضایتی از تصویر بدنی، راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان در همه آزمودنی ها به لحاظ آماری معنی دار شده است. در مرحله پیگیری هر چهار شرکت کننده، بهبودی معنی داری را به لحاظ آماری در متغیرهای

جدول ۳) نمرات شرکت کنندگان و شاخص های اندازه گیری در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در پرخوری

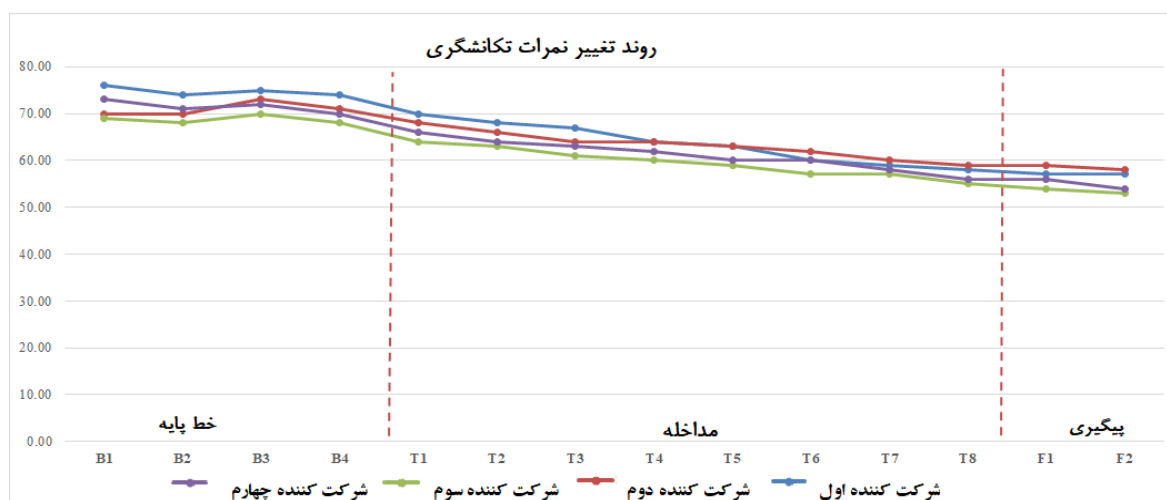
شرکت کنندگان				متغیرها	
۴	۳	۲	۱		
۴۲	۴۱	۴۲	۴۵	جلسه اول	خط پایه
۴۵	۴۳	۴۰	۴۰	جلسه دوم	
۴۴	۴۲	۴۳	۴۲	جلسه سوم	
۴۳	۴۲	۴۱	۴۳	جلسه چهارم	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۸۸	PND	
%۲۲/۵۰	%۲۸/۵۷	%۲۳/۱۸	%۲۴/۱۱	PR	
۱۴/۸۸	۲۹/۰۵	۱۴/۶۳	۹/۶۶	RCI	
۴۱	۳۶	۳۸	۴۰	جلسه اول	مداخله
۳۷	۳۳	۳۴	۳۷	جلسه دوم	
۳۶	۳۱	۳۳	۳۲	جلسه سوم	
۳۵	۳۱	۳۲	۳۱	جلسه چهارم	
۳۴	۲۹	۳۱	۳۱	جلسه پنجم	
۳۳	۲۸	۳۰	۳۰	جلسه ششم	
۳۱	۲۶	۲۹	۲۹	جلسه هفتم	
۳۰	۲۶	۲۸	۲۸	جلسه هشتم	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۵۰	PND	
%۲۳/۳۳	%۴۲/۸۵	%۳۶/۱۴	%۳۵/۲۹	PR	
۲۲/۰۴	۴۳/۵۸	۸۰/۲۲	۱۴/۱۴	RCI	
۲۹	۲۵	۲۷	۲۸	جلسه اول	پیگیری
۲۹	۲۳	۲۶	۲۷	جلسه دوم	



شکل ۱) نمودار روند تغییر نمرات پرخوری شرکت کنندگان در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری

جدول ۴) نمرات شرکت کنندگان و شاخص‌های اندازه‌گیری در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در تکانشگری

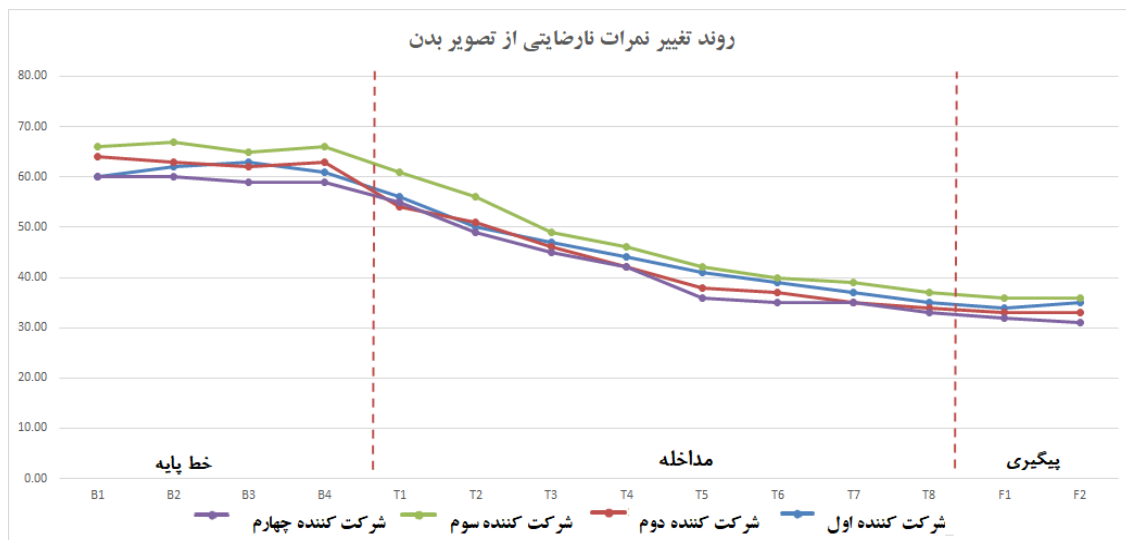
شرکت کنندگان				متغیرها	
۴	۳	۲	۱		
۷۳	۶۹	۷۰	۷۶	جلسه اول	خط پایه
۷۱	۶۸	۷۰	۷۴	جلسه دوم	
۷۲	۷۰	۷۳	۷۵	جلسه سوم	
۷۰	۶۸	۷۱	۷۴	جلسه چهارم	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	PND	
%۱۴/۵۰	%۱۳/۴۵	%۱۰/۹۱	%۱۴/۸۷	PR	
۱۳/۴۰	۱۶/۲۳	۹/۱۶	۱۹/۵۱	RCI	
۶۶	۶۴	۶۸	۷۰	جلسه اول	مداخله
۶۴	۶۳	۶۶	۶۸	جلسه دوم	
۶۳	۶۱	۶۴	۶۷	جلسه سوم	
۶۲	۶۰	۶۴	۶۴	جلسه چهارم	
۶۰	۵۹	۶۳	۶۳	جلسه پنجم	
۶۰	۵۷	۶۲	۶۰	جلسه ششم	
۵۸	۵۷	۶۰	۵۹	جلسه هفتم	
۵۶	۵۵	۵۹	۵۸	جلسه هشتم	
%۵۰	%۱۰۰	%۵۰	%۱۰۰	PND	
%۲۳/۰۷	%۲۲/۱۸	%۱۸/۳۰	%۲۳/۷۴	PR	
۲۱/۳۲	۲۶/۷۵	۱۴/۷۸	۳۱/۱۴	RCI	
۵۶	۵۴	۵۹	۵۷	جلسه اول	پیگیری
۵۴	۵۳	۵۸	۵۷	جلسه دوم	



شکل ۲) نمودار روند تغییر نمرات تکانشگری شرکت کنندگان در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری

جدول ۵) نمرات شرکت کنندگان و شاخص های اندازه گیری در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری از تصویر بدن

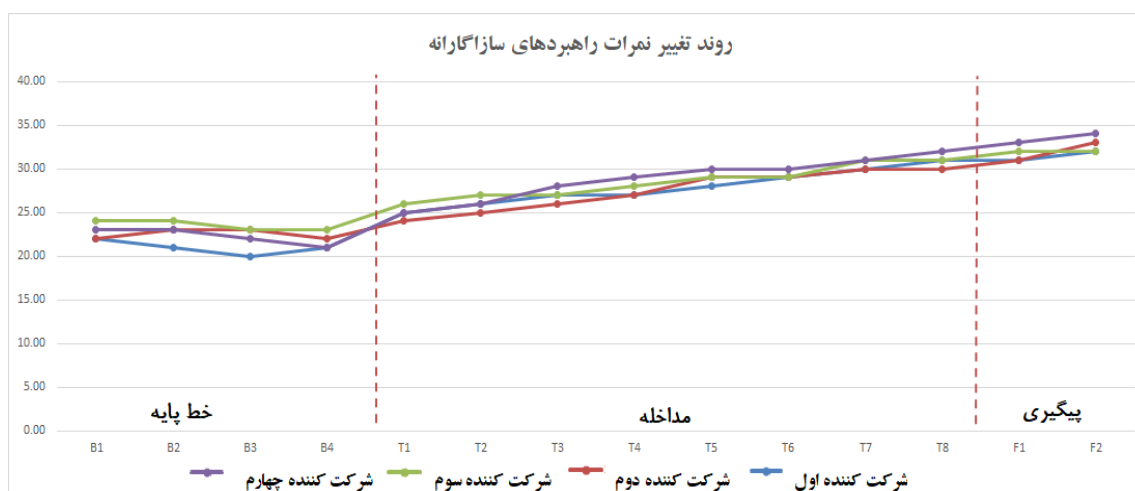
شرکت کنندگان				متغیرها	
۴	۳	۲	۱		
۶۰	۶۶	۶۴	۶۰	جلسه اول	خط پایه
۶۰	۶۷	۶۳	۶۲	جلسه دوم	
۵۹	۶۵	۶۲	۶۳	جلسه سوم	
۵۹	۶۶	۶۳	۶۱	جلسه چهارم	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	PND	
%۳۰/۶۷	%۲۹/۹۲	%۱۳/۱۲	%۲۷/۰۵	PR	
۷۱/۵۹	۵۴/۵۲	۵۷/۶۱	۲۸/۸۴	RCI	
۵۵	۶۱	۵۴	۵۶	جلسه اول	مداخله
۴۹	۵۶	۵۱	۵۰	جلسه دوم	
۴۵	۴۹	۴۶	۴۷	جلسه سوم	
۴۲	۴۶	۴۲	۴۴	جلسه چهارم	
۳۶	۴۲	۳۸	۴۱	جلسه پنجم	
۳۵	۴۰	۳۷	۳۹	جلسه ششم	
۳۵	۳۹	۳۵	۳۷	جلسه هفتم	
۳۳	۳۷	۳۴	۳۵	جلسه هشتم	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۵۰	PND	
%۴۷/۰۵	%۴۵/۴۵	%۴۷/۶۱	%۴۳/۹۰	PR	
۹۹/۸۴	۸۵/۵۸	۸۲/۸۲	۴۶/۸۰	RCI	
۳۲	۳۶	۳۳	۳۴	جلسه اول	پیگیری
۳۱	۳۶	۳۳	۳۵	جلسه دوم	



شکل ۳) نمودار روند تغییر نمرات نارضایتی از تغییرات بدن شرکت کنندگان در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری

جدول ۶) نمرات شرکت کنندگان و شاخص‌های اندازه‌گیری در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در راهبردهای سازگارانه

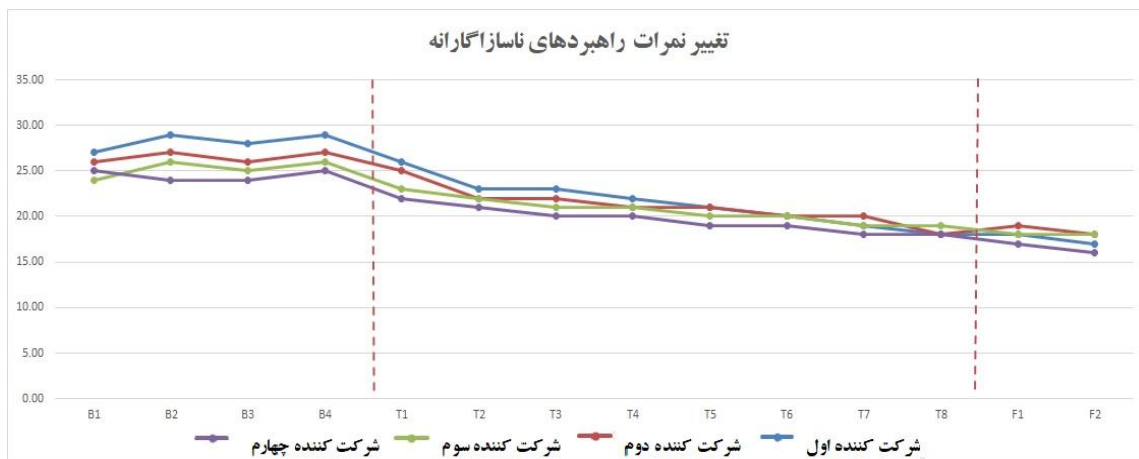
شرکت کنندگان				متغیرها	
۴	۳	۲	۱		
۲۳	۲۴	۲۲	۲۲	جلسه اول	خط پایه
۲۳	۲۴	۲۳	۲۱	جلسه دوم	
۲۲	۲۳	۲۳	۲۰	جلسه سوم	
۲۱	۲۳	۲۲	۲۱	جلسه چهارم	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	PND	
%۲۸/۳۵	%-۲۱/۲۷	%-۲۲/۲۲	%-۳۲/۷۶	PR	
-۱۱/۶۳	-۱۴/۶۵	-۱۴/۶۲	-۱۴/۱۶	RCI	
۲۵	۲۶	۲۴	۲۵	جلسه اول	مداخله
۲۶	۲۷	۲۵	۲۶	جلسه دوم	
۲۸	۲۷	۲۶	۲۷	جلسه سوم	
۲۹	۲۸	۲۷	۲۷	جلسه چهارم	
۳۰	۲۹	۲۹	۲۸	جلسه پنجم	
۳۰	۲۹	۲۹	۲۹	جلسه ششم	
۳۱	۳۱	۳۰	۳۰	جلسه هفتم	
۳۲	۳۱	۳۰	۳۱	جلسه هشتم	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۵۰	PND	
%-۵۰/۵۶	%-۱۹/۱۴	%-۴۲/۲۲	%-۵۰	PR	
-۱۹/۷۴	-۱۳/۱۶	-۲۷/۸۷	-۲۱/۶۰	RCI	
۳۳	۳۲	۳۱	۳۱	جلسه اول	پیگیری
۳۴	۳۲	۳۳	۳۲	جلسه دوم	



شکل ۴) نمودار روند تغییر نمرات راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان بدن شرکت کنندگان در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری

جدول ۷) نمرات شرکت کنندگان و شاخص‌های اندازه‌گیری در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در راهبردهای ناسازگارانه

شرکت کنندگان				متغیرها	
۴	۳	۲	۱		
۲۵	۲۴	۲۶	۲۷	جلسه اول	خط پایه
۲۴	۲۶	۲۷	۲۹	جلسه دوم	
۲۴	۲۵	۲۶	۲۸	جلسه سوم	
۲۵	۲۶	۲۷	۲۹	جلسه چهارم	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	PND	
%۱۹/۸۷	%۱۸/۲۹	%۲۰/۲۶	%۲۳/۸۹	PR	
۱۴/۲۴	۸/۱۱	۱۵/۷۰	۱۱/۸۴	RCI	
۲۲	۲۳	۲۵	۲۶	جلسه اول	مداخله
۲۱	۲۲	۲۲	۲۳	جلسه دوم	
۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	جلسه سوم	
۲۰	۲۱	÷۲۱	۲۲	جلسه چهارم	
۱۹	۲۰	۲۱	۲۱	جلسه پنجم	
۱۹	۲۰	۲۰	۲۰	جلسه ششم	
۱۸	۱۹	۲۰	۱۹	جلسه هفتم	
۱۸	۱۹	۱۸	۱۸	جلسه هشتم	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۰	%۵۰	PND	
%۳۲/۶۵	%۲۸/۷۱	%۳۰/۱۸	%۳۸/۰۵	PR	
۲۳/۳۹	۱۲/۷۲	۲۳/۳۹	۱۸/۸۶	RCI	
۱۷	۱۸	۱۹	۱۸	جلسه اول	پیگیری
۱۶	۱۸	۱۸	۱۷	جلسه دوم	



شکل ۵) نمودار روند تغییر نمرات راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان بدن شرکت کنندگان در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری

بحث

در سال‌های اخیر، تأکید بر اهمیت هیجانات و احساسات در فرآیندهای روانی و رفتاری، به ویژه در ارتباط با اختلالات خوردن، افزایش یافته است (۱۰). پرخوری عصبی یکی از

شایع‌ترین اختلالات خوردن است که بیشتر در میان زنان دیده می‌شود و معمولاً با هیجانات شدید و منفی همراه بوده است (۱۴). بر مبنای این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر نارضایتی از تصویر

بدنی، تنظیم شناختی هیجان، و تکانش‌گری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی شهر تبریز انجام شد. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان به‌طور معناداری باعث کاهش پرخوری، تکانش‌گری، نارضایتی از تصویر بدنی و بهبود تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به پرخوری عصبی می‌شود. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات سلیمانی و ایزدی (۱۶)، شاهمیری و همکاران (۱۸)، اوسورو و همکاران (۱۷)، بارانکوا و همکاران (۱۹) همسویی دارد. در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر پرخوری زنان مبتلا به پرخوری عصبی می‌توان بیان کرد که درمان متمرکز بر هیجان به مراجعان کمک می‌کند تا درک عمیق‌تری از هیجانات خود پیدا کنند و یاد بگیرند چگونه این هیجانات را پردازش و مدیریت کنند (۱۵). بسیاری از زنان مبتلا به پرخوری عصبی، معمولاً با هیجاناتی نظیر خجالت، نارضایتی از خود و افسردگی مواجه هستند که این احساسات می‌تواند به رفتارهای غذایی غیرقابل کنترل منجر شود (۱۹). این درمان با ایجاد فضایی امن، افراد را تشویق می‌کند تا هیجانات خود را شناسایی کرده و با آن‌ها مواجه شوند. این فرآیند می‌تواند به تدریج باعث کاهش هیجانات منفی شده و به مراجعین کمک کند تا با الگوهای رفتاری خود آشنا شوند و در نتیجه، بتوانند به‌جای سوگیری به سمت پرخوری، از راه‌های سالم‌تری برای مدیریت هیجانات استفاده کنند (۱۵). همسو با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، نتایج پژوهش گلیسنی و همکاران (۲۸) برای امکان‌سنجی درمان متمرکز بر هیجان فردی به‌عنوان درمانی برای اختلال پرخوری نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان یک درمان عملی برای اختلال پرخوری است و شرکت‌کنندگانی که این درمان را دریافت می‌کردند، در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه کنترل فهرست انتظار، در ایزودها و روزهای پرخوری عینی و آسیب‌شناسی روانی پرخوری، بهبود قابل‌توجهی نشان دادند. علاوه بر این، از آنجا که درمان متمرکز بر هیجان بر پایه ایجاد خودآگاهی و شناخت هیجانات بنا شده است (۱۵)، به زنان کمک می‌کند تا با الگوهای فکری و رفتاری خود آشنا شوند. این خودآگاهی به فرد این امکان را می‌دهد که نشانگان و محرک‌های پرخوری را شناسایی کرده و به‌طور مؤثرتر بر آن‌ها غلبه کند (۱۶).

همچنین، در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تکانش‌گری زنان مبتلا به پرخوری عصبی، می‌توان بیان کرد

که تکانش‌گری در زمینه‌ی پرخوری عصبی به شکل خوردن ناگهانی و بیش از حد غذا در پاسخ به هیجانات منفی بروز می‌کند. تحقیقات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به پرخوری عصبی دارای سطوح بالاتری از تکانش‌گری و ناتوانی در مدیریت هیجانات خود هستند (۱۴، ۱۱). مکانیزم کاهش تکانش‌گری از طریق درمان متمرکز بر هیجان در افراد مبتلا به پرخوری عصبی به‌طور کلی شامل فرآیندهای متصل و هم‌پیوندی است که به آن‌ها کمک می‌کند تا با هیجانات خود بهتر مواجه شوند و رفتارهای خود را کنترل کنند. ابتدا، درمان به شناسایی و پذیرش هیجانات کمک می‌کند که به بیماران امکان می‌دهد هیجانات خود را به‌جای سرکوب یا انکار، به‌درستی درک کنند و بپذیرند. این مرحله اساسی به آن‌ها احساس امنیت و راحتی بیشتری می‌دهد و موجب می‌شود که با احساسات منفی نظیر اضطراب و افسردگی به‌طرز بهتری روبرو شوند. در همین راستا، مدیریت هیجانات از دیگر جنبه‌های مهم است. اجرای تکنیک‌هایی نظیر تنفس عمیق و تمرین‌های ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند هیجانات را به شیوه‌ای سالم مدیریت کنند. این فرآیند موجب کاهش هیجانات منفی می‌شود که خود می‌تواند به کاهش تکانش‌گری کمک کند (۱۱-۱۳). بدین ترتیب، بیمار یاد می‌گیرد چگونه با موقعیت‌های استرس‌زا و هیجانی برخورد کند و این خود منجر به کاهش رفتارهای پرخوری خواهد شد. همسو با یافته مطالعه‌ی حاضر، تحقیقات نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند تأثیر مثبتی بر کاهش علائم پرخوری عصبی و تکانش‌گری تغذیه‌ای داشته باشد. در این راستا، شه‌میری و همکاران (۱۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان هیجان‌مدار بر اضطراب بدنی-اجتماعی، رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی زنان مبتلا به چاقی اثربخش بوده است و این اثربخشی در دوره پیگیری نیز ماندگار بود. نارضایتی از تصویر بدن یکی دیگر از متغیرهایی بود که تحت تأثیر درمان متمرکز بر هیجان کاهش یافته بود، در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که نارضایتی از تصویر بدن به‌عنوان یک مشکل روانشناختی که افکار و احساسات منفی فرد را در مورد بدن و ظاهر خود در بر می‌گیرد، شامل ارزیابی ذهنی تصویر فرد و اختلاف ادراک شده بین ظاهر فیزیکی واقعی و مطلوب است (۱۲، ۵). درمان‌های متمرکز بر هیجان به‌طور مؤثری به کاهش این نارضایتی کمک کنند. این نوع درمان با

افزایش آگاهی فرد نسبت به هیجانات و احساسات خود آغاز می شود، به گونه ای که افراد قادر به شناسایی و تجزیه و تحلیل احساسات منفی مانند شرم و اضطراب مرتبط با تصویر بدن خود می شوند. این آگاهی به آن ها این امکان را می دهد تا باورهای منفی و تصورات غیرواقعی خود را مورد چالش قرار دهند و به جای تمرکز بر نواقص، ویژگی های مثبت ظاهری و باطنی خود را شناسایی کنند (۱۹). همچنین، درمان در این درمان تکنیک های مؤثری را برای مدیریت هیجانات ارائه می دهد که به افراد کمک می کند تا به طور مؤثری با احساسات منفی و اضطراب مواجه شوند و به نوعی کنترل بیشتری بر روی واکنش های هیجانی مرتبط با ظاهر بدنی و پرخوری پیدا کنند. از سویی دیگر، این درمان ها به تقویت خودپذیری و عزت نفس در افراد کمک می کند که به نوبه خود می تواند احساسات مثبت تری نسبت به بدن خود ایجاد کند (۱۸). همسو با یافته های مطالعه حاضر، بارانکوا و همکاران (۱۹) در مطالعه ای خود نشان دادند که تغییر در نحوه احساس زنان نسبت به بدنشان، با کمک تکنیک های درمان متمرکز بر هیجان باعث تقویت خودشفقت ورزی زنان شده و زنان می توانند احساسات منفی در ارتباط با تصویر بدن خود را کاهش دهند و بهبود یابند.

همچنین، در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان می توان گفت افرادی که توانایی بالایی در تنظیم هیجانات خود دارند، می توانند بهتر با موقعیت های چالش برانگیز کنار بیایند و از رفتارهای ناسالم پرخوری جلوگیری کنند (۲۹). یکی از اهداف اصلی درمان متمرکز بر هیجان، کمک به بیماران در شناسایی و درک بهتر هیجانات خود است (۱۵). زنان مبتلا به پرخوری معمولاً با احساسات منفی مانند اضطراب، افسردگی یا تنهایی دست و پنجه نرم می کنند که ممکن است به رفتارهای ناسازگارانه ای مانند پرخوری منجر شود (۳۰). با استفاده از درمان متمرکز بر هیجان، این افراد می توانند هیجانات خود را شناسایی کرده و به جای استفاده از راهبرد ناسازگارانه سرکوب، آن ها را بپذیرند و با آن ها مواجه شوند. همچنین، به بیماران کمک می کند تا راهبردهای سازگارانه ای برای مدیریت هیجانات خود توسعه دهند. این راهبردها شامل مهارت های حل مسئله، ابراز احساسات و استفاده از حمایت اجتماعی می شود (۳۱، ۳۰). این مهارت ها می توانند به زنان کمک کنند

تا به جای روی آوردن به پرخوری به عنوان یک مکانیزم مقابله ای، از روش های سالم تری برای مدیریت هیجانات خود استفاده کنند. این نتایج همسو با یافته های مطالعه شامیری و همکاران (۱۸) که تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر کاهش اضطراب فیزیک اجتماعی، رفتارهای تکانشی و خودتنظیمی هیجانی سازگاران را زنان چاق نشان داده بودند، می باشد. در نهایت، با افزایش آگاهی از هیجانات و ارتقای مهارت های تنظیم شناختی هیجان، زنان می توانند رفتارهای ناسازگارانه ای مانند پرخوری را کاهش دهند. این امر نه تنها به بهبود رابطه آن ها با غذا کمک می کند بلکه سلامت روانی کلی آن ها را نیز ارتقاء می بخشد.

در مجموع، نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر نشان می دهد که درمان متمرکز بر هیجان می تواند به عنوان یک رویکرد مؤثر در کاهش پرخوری و نارضایتی از تصویر بدن، بهبود تنظیم شناختی هیجان و کاهش تکانشگری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی عمل کند. یافته ها نشان می دهند که این درمان با فراهم کردن ابزارهای مناسب برای پردازش هیجانات و تجربه های منفی مرتبط با تصویر بدن، به شرکت کنندگان کمک می کند تا با استفاده از راهبردهای سازگاران در برابر رفتارهای تغذیه ای تکانشی و ناگهانی مقابله کرده و با مدیریت هیجانی کارآمد، با چالش های روانی خود کنار بیایند. همچنین، با توجه به تأثیر مثبت درمان بر متغیرهای مورد مطالعه، این درمان می تواند به عنوان یک گزینه مفید در برنامه های درمانی برای زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی مورد توجه قرار گیرد.

محدودیت های پژوهش شامل چندین جنبه مهم است که می تواند بر تعمیم پذیری نتایج از جنبه های مختلف تأثیرگذار باشد. نخست، طرح مطالعه به صورت تک آزمودنی و حجم نمونه کوچک (۴ نفر) ممکن است نتایج را محدود کند و نتواند نماینده ای از جمعیت بزرگ تر باشد. همچنین، عدم تنوع در نمونه (زیرگروه های مختلف اختلالات خوردن) نیز می تواند به تعمیم پذیری نتایج آسیب بزند؛ به طوری که نمونه تنها شامل گروه خاصی از زنان بود و نتایج ممکن است به سایر گروه ها تعمیم پذیر نباشد. همچنین، تکیه بر ابزارهای خودگزارشی برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش ممکن است به دلیل سوگیری های اجتماعی یا عدم صداقت در پاسخ ها دچار خطا شود. تمرکز پژوهش بر یک جنس (زنان) و شهر موجب شده

منابع

1. Mohajan D, Mohajan HK. Bulimia Nervosa: A Psychiatric Problem of Disorder. *Innov Sci Technol*. 2023; 2(3):26-32. doi:10.56397/IST.2023.05.03.
 2. Van Eeden AE, Van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*. 2021; 34(6):515-24. doi: 10.1097/ycp.0000000000000739
 3. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current opinion in psychiatry*. 2022;35(6):362-71. doi: 10.1097/YCO.0000000000000818
 4. Meshkova TA, Mitina OV, Aleksandrova RV. Risk factors of disordered eating in adolescent girls from a community sample: a multidimensional approach. *Consortium Psychiatricum*. 2023; 4(2):21. doi:10.17816/CP6132.
 5. Sahlan RN, Saunders JF, Fitzsimmons-Craft EE. Body-, eating-, and exercise-related social comparison behavior and disordered eating in college women in the US and Iran: a cross-cultural comparison. *Eat Behav*. 2021; 40:101451. doi: 10.1016/j.eatbeh.2020.101451.
 6. Sattler FA, Eickmeyer S, Eisenkolb J. Body image disturbance in children and adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa: a systematic review. *Eat Weight Disord*. 2020; 25:857-65. doi:10.1007/s40519-019-00725-5.
 7. MacDonald DE, Solomon-Krakus S, Jewett R, Liebman RE, Trottier K. Emotion regulation in bulimia nervosa and purging disorder. In: *Eating disorders*. Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 805-20. doi:10.1007/978-3-031-16691-4_44.
 8. Hessler-Kaufmann JB, Heese J, Berking M, Voderholzer U, Diedrich A. Emotion regulation strategies in bulimia nervosa: an experimental investigation of mindfulness, self-compassion, and cognitive restructuring. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2020; 7:1-9. doi:10.1186/s40479-020-00129-3.
 9. Vansteelandt K, Probst M, Pieters G. Assessing affective variability in eating disorders: Affect spins less in anorexia nervosa of the restrictive type. *Eat Behav*. 2013;14(3):263-8. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.03.004.
 10. Puttevils L, Vanderhasselt MA, Horczak P, Vervaeke M. Differences in the use of emotion regulation strategies between anorexia and bulimia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Compr Psychiatry*. 2021; 109:152262. doi: 10.1016/j.comppsych.2021.152262.
 11. Rose MH, Nadler EP, Mackey ER. Impulse control in negative mood states, emotional eating, and food addiction are associated with lower quality of life in adolescents with severe obesity. *J Pediatr*
- است که نتایج این پژوهش قابل تعمیم به سایر افراد و مناطق نباشد. برای بهبود پژوهش و افزایش اعتبار نتایج، پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی با حجم نمونه بزرگ‌تر و متنوع‌تری انتخاب شوند تا اثربخشی این مداخله در متغیرهای مورد مطالعه به‌طور کامل تبیین گردد. همچنین، انتخاب نمونه از زنان در گروه‌های مختلف سنی، نژادی و اجتماعی-اقتصادی می‌تواند به درک بهتر تأثیرات درمان متمرکز بر هیجان کمک کند. بر اساس نتایج به‌دست آمده، به درمان‌گران حوزه اختلالات خوردن پیشنهاد می‌شود که برای فائق آمدن بر انواع مشکلات هیجانی و تکانشی، نارضایتی از بدن مرتبط با خوردن در کنار مداخلات تغذیه‌ای، روانشناختی و روان‌پزشکی دیگر، با انجام مداخله‌ی متمرکز بر هیجان به بهبود مشکلات پرخوری افراد کمک کنند.
- ملاحظات اخلاقی
- پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی در دانشگاه تبریز است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد. همچنین، برای انجام این مطالعه، تأییدیه کمیته اخلاق از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه تبریز، صادر گردید و با کد اخلاق IR.TABRIZU.REC.1403.083 مورد تأیید قرار گرفت.
- حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.
- نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی پژوهش، نویسنده دوم استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم استاد مشاور رساله بودند.
- تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.
- تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید محترم راهنما، مشاور و شرکت‌کنندگان در پژوهش که در تمام مراحل پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

- Iranian Obese population. Iranian Journal of Psychiatry. 2009; 4(4):143-6. [Persian]
23. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. Journal of clinical psychology. 1995;51(6):768-74. doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1.
24. Javid M, Mohammadi N, Rahimi CH. Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11). Psychological Models and Methods. 2012;2(8):23-34. [Persian]
25. Sandoz EK, Wilson KG, Merwin RM, Kellum KK. Assessment of body image flexibility: The body image-acceptance and action questionnaire. Journal of Contextual Behavioral Science. 2013 Apr 15;2(1-2):39-48. doi: 10.1016/j.jcbs.2013.03.002.
26. Izaadi A, Karimi J, Rahmani M. Psychometric Analysis of Persian Version of Body Image Flexibility Questionnaire (BI-AAQ) among University students. Hayat/Hayāt. 2013; 19(3): 56-59. [Persian]
27. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). Personality and individual differences. 2006; 41(6):1045-53. doi: 10.1016/j.paid.2006.04.010.
28. Besharat MA, Bazzazian S. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. Adv Nurs Midwifery 2015; 9; 24(84): 61-70. [Persian]
29. Glisenti K, Strodl E, King R, Greenberg L. The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. Journal of Eating Disorders. 2021; 9:1-5. doi: 10.1186/s40337-020-00358-5.
30. Smith KE, Mason TB, Anderson NL, Lavender JM. Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. Eat Behav. 2019; 32:95-100. doi: 10.1016/j.eatbeh.2019.01.003.
31. Tanis J, Martijn C, Vroling MS, Maas J, Keijsers GP. Reducing binge eating through behavioral-focused versus emotion-focused implementation intentions in patients with binge eating disorder or bulimia nervosa: An experimental approach. Behav Res Ther. 2023; 169:104399. doi: 10.1016/j.brat.2023.104399.
- Psychol. 2018;43(4):443-51. doi:10.1093/jpepsy/jsx127.
12. Momeñe J, Estévez A, Herrero M, Griffiths MD, Olave L, Iruarrizaga I. Emotional regulation and body dissatisfaction: the mediating role of anger in young adult women. Front Psychiatry. 2023; 14:1221513. doi:10.3389/fpsy.2023.1221513.
13. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, Touyz S, Maguire S. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. Journal of eating disorders. 2023;11(1):8-15. doi: 10.1186/s40337-022-00717-4.
14. Pearson CM, Wonderlich SA, Smith GT. A risk and maintenance model for bulimia nervosa: From impulsive action to compulsive behavior. Psychol Rev. 2015;122(3):516. doi:10.1037/a0039268.
15. Goldman RN. History and overview of emotion-focused therapy. In: Greenberg LS, Goldman RN, editors. Clinical handbook of emotion-focused therapy. Washington (DC): American Psychological Association; 2019. p. 3–35. doi: 10.1037/0000112-001
16. Soleimani M, Izadi F. The effectiveness of emotion-focused therapy on emotional self-awareness, self-objectification and reduction of symptoms in girl students with symptoms of binge-eating. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal. 2024;13(7):181-90. [Persian]
17. Osoro A, Villalobos D, Tamayo JA. Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. Clin Psychol Psychother. 2022;29(3):815-36. doi: 10.1002/cpp.2690.
18. Shahmiri N, Asadi J, Azizi Ziabari LS, Abdollahzadeh H. The effectiveness of emotion-focused therapy (EFT) on Social physique anxiety, impulsive behaviors and emotional self-regulation in obese women. Iranian Journal of Nursing Research. 2024;18(6):45-56. [Persian]
19. Baránková M, Sládkovičová R. Distorted body image in women: Emotion focused training for self-compassion and self-protection as an effective instrument for its moderation. Archives of Psychiatry & Psychotherapy. 2022;24(2):30-40. doi: 10.12740/APP/144881
20. Amirshahi M, Saremi AA, Nouri R, Karbalaee MH, Sadat RH. Comparing the effectiveness of emotion-focused and cognitive-behavioral therapies on body image, anxiety, and depression in women with PCOS. Journal of Education and Health Promotion. 2024;13(1):230. doi: 10.4103/jehp.jehp_687_23
21. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. Addictive Behaviors. 1982; 7(1):47-55. doi: 10.1016/0306-4603(82)90024-7.
22. Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the binge eating scale among