



Comparing Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Emotion – Focused Therapy on Emotion Cognitive Regulation, in overweight Students With Perceived Stress

Maryam Gharehzad Azari¹ , Ahmad Borjali² , Sheida Sodagar³ , Adis Kraskian Moujambari⁴ , Seyedeh Maryam Mousavi⁵

1. Ph.D Student of Health Psychology, Department of Health & Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: aryam.gharehzadazari@iau.ac.ir
2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and educational sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. E-mail: borjali@atu.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Health & Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: sodagar@iau.ac.ir
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: adis.kraskian@iau.ac.ir
5. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran. E-mail: mm.mousavi@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 25 May 2026

Received in revised form 22 June 2026

Accepted 09 July 2026

Published Online 23 July 2026

Keywords:

acceptance and commitment therapy, emotion-focused therapy, cognitive emotion regulation, overweight.

ABSTRACT

Background: Overweight among university students may be associated with difficulties in cognitive emotion regulation. Acceptance and Commitment Therapy, by enhancing acceptance and psychological flexibility, and Emotion-Focused Therapy, by facilitating the processing and restructuring of emotional experiences, have the potential to improve cognitive emotion regulation. Given the limited comparative evidence in this area, comparing the effectiveness of these two approaches among university students with overweight appears warranted.

Aims: This study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Emotion-Focused Therapy in improving cognitive emotion regulation among overweight university students.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and a two-month follow-up and was conducted during 2022–2023. The statistical population comprised all overweight students at the Rasht Branch of Islamic Azad University. Of these, 45 students were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups: Acceptance and Commitment Therapy based on the protocol developed by Hayes and Strosahl (2010), Emotion-Focused Therapy based on the protocol developed by Greenberg et al. (2010), and a control group, with 15 participants in each group. Data were collected at the pretest, posttest, and follow-up stages using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire developed by Garnefski et al. (2001). The data were analyzed using mixed-design analysis of variance with repeated measures and the Bonferroni post hoc test in SPSS version 26.

Results: The results indicated significant group-by-time interaction effects for both the adaptive and maladaptive components of cognitive emotion regulation. The Bonferroni post hoc test showed that, compared with the control group, both Acceptance and Commitment Therapy and Emotion-Focused Therapy significantly improved the components of cognitive emotion regulation, and these improvements were maintained at the two-month follow-up ($p < .05$). However, no significant difference was observed between the effectiveness of the two therapeutic approaches ($p \geq .05$).

Conclusion: Acceptance and Commitment Therapy and Emotion-Focused Therapy can be considered effective and sustainable approaches for enhancing cognitive emotion regulation among overweight university students. Accordingly, psychologists and counselors may incorporate either approach into psychological programs for overweight management, depending on clients' needs, therapists' expertise, and the resources available at counseling centers.

Citation: Gharehzad Azari, M., Borjali, A., Sodagar, Sh., Kraskian Moujambari, A., & Mousavi, S.M. (2026). Comparing effectiveness of acceptance and commitment therapy and emotion – focused therapy on emotion cognitive regulation, in overweight students with perceived stress. *Journal of Psychological Science*, 25(161), 1-20. [10.66224/jps.25.161.20](https://doi.org/10.66224/jps.25.161.20)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 161, 2026

© The Author(s). DOI: [10.66224/jps.25.161.20](https://doi.org/10.66224/jps.25.161.20)



✉ **Corresponding Author:** Ahmad Borjali, Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and educational sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

E-mail: borjali@atu.ac.ir, Tel: (+98)9123273811

Extended Abstract

Introduction

Overweight and obesity are among the most significant public health challenges and result from the interaction of biological, psychological, behavioral, and environmental factors (World Health Organization, 2024; Dehghani et al., 2024; Ahmad & Mohammad, 2025). Factors such as negative mood, body-image dissatisfaction, and difficulty managing emotions may contribute to emotional eating. Although emotional eating may temporarily alleviate unpleasant emotions, it can subsequently intensify feelings of guilt, shame, and self-blame, thereby perpetuating a cycle of negative emotions and overeating (Madali et al., 2020; Rahmeh et al., 2021; Klatzkin et al., 2022). Cognitive emotion regulation refers to the cognitive strategies individuals employ to modify their emotional experiences. Deficits in this ability, particularly the use of self-blame, rumination, and catastrophizing, may increase the likelihood of unhealthy eating and overeating (Rehm & Steiger, 2018; Ha & Lim, 2023; Arxys et al., 2023). Therefore, interventions targeting overweight should address emotion-regulation skills in addition to modifying dietary patterns (Murillo et al., 2023; Power et al., 2025).

Acceptance and Commitment Therapy enhances psychological flexibility through acceptance, cognitive defusion, contact with the present moment, self-as-context, values clarification, and committed action. It helps individuals encounter eating-related thoughts, emotions, and urges without avoidance or immediate reaction and adopt behaviors consistent with their health-related values (Iturbe, 2022; Yuan et al., 2024; Iturbe et al., 2024). Evidence also supports the effectiveness of this approach in weight management and in improving emotion regulation and psychological flexibility (Bricker et al., 2021; Schumacher et al., 2025; Bagheri et al., 2026). In contrast, Emotion-Focused Therapy emphasizes the identification, acceptance, processing, and transformation of maladaptive emotions through the activation of more adaptive emotional experiences (Marren et al., 2022; Osoro et al., 2022; Stiegler et al., 2025). By increasing emotional awareness, reducing

self-criticism, and facilitating the processing of emotions such as shame, hopelessness, and body dissatisfaction, this approach may enhance individuals' ability to regulate their emotions and adopt healthier behaviors (Zarieh et al., 2021; Esmari et al., 2021; Saeidi et al., 2025).

Although both approaches have a sound theoretical basis for improving cognitive emotion regulation, their mechanisms of change differ. Acceptance and Commitment Therapy focuses on changing individuals' relationship with their internal experiences and promoting values-based behavior, whereas Emotion-Focused Therapy emphasizes accessing underlying emotions and transforming maladaptive emotions into more adaptive emotional experiences. Despite the available evidence, most studies have examined these approaches separately or focused on outcomes such as weight loss and emotional eating; direct comparisons of their effectiveness in improving cognitive emotion regulation among overweight university students remain limited. Given the changes in lifestyle, sleep patterns, dietary habits, and physical activity that occur during university years, as well as the preventive value of intervention at the overweight stage, such a comparison may facilitate the selection of appropriate interventions in university counseling centers, nutrition clinics, psychotherapy clinics, and weight-management centers. Accordingly, the present study seeks to determine whether Acceptance and Commitment Therapy and Emotion-Focused Therapy differ significantly in their effectiveness in improving cognitive emotion regulation among overweight university students.

Method

This study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population comprised all overweight students at the Rasht Branch of Islamic Azad University in 2022. Using purposive sampling and according to the inclusion and exclusion criteria, 45 eligible students were selected and randomly assigned to an Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group, an Emotion-Focused Therapy (EFT) group, or a control group, with 15 participants in each group. The inclusion criteria were an age range of 18–

50 years, a body mass index (BMI) of 25–29.9 kg/m², the absence of acute or chronic physical conditions likely to affect the study outcomes, not being pregnant, no receipt of psychological or psychiatric interventions during the preceding year, and no concurrent participation in other psychological treatments. Withdrawal from the study and absence from more than two treatment sessions were considered exclusion criteria. Participants' weight and height were measured using calibrated standard weighing and height-measuring instruments, and BMI was calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared. Cognitive emotion-regulation strategies were assessed using the 36-item Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), developed by Garnefski et al. (2001), which comprises nine subscales categorized into adaptive and maladaptive strategies. In the present study, Cronbach's alpha coefficients were .80 and .83 for the adaptive and maladaptive strategy dimensions, respectively. Following ethical approval and the acquisition of written informed consent, the pretest was administered online. The experimental groups then separately received ACT based on the protocol developed by Hayes and Strosahl (2010) and EFT based on the protocol proposed by Greenberg et al. (2010) in a clinical setting, whereas the control group received no intervention. The online posttest was administered immediately after the interventions, and the follow-up assessment was conducted two months after the final session. The data were analyzed using mixed-design analysis of variance and the Bonferroni post hoc test in SPSS version 26.

Results

Of the initial 45 participants, three—one from the control group and two from the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group—withdrawed from the study; therefore, the final analyses were conducted on 42 participants: 14 in the control group, 13 in the ACT group, and 15 in the Emotion-Focused Therapy (EFT) group. The control group consisted of seven men and seven women, the ACT group included six men and seven women, and the EFT group comprised six men and nine women. As indicated by the descriptive statistics presented in Table 3, the mean scores for adaptive cognitive emotion-regulation strategies increased from pretest to posttest and follow-up in both intervention groups, whereas the mean scores for maladaptive strategies decreased; by contrast, no substantial changes were observed in the control group. The Shapiro–Wilk, Levene's, and Box's M tests were nonsignificant ($p > .05$), confirming the assumptions of normality, homogeneity of variances, and homogeneity of variance–covariance matrices, respectively. Because Mauchly's test was significant, the Greenhouse–Geisser correction was applied to account for the violation of the sphericity assumption. Moreover, the observed pretest F values were below the critical value of 3.24, and the observed chi-square value (2.245) was lower than the critical value of 5.991, confirming the initial comparability of the groups in terms of the study variables and demographic characteristics. The independence-of-observations assumption was also met, and no severe outliers or influential observations were identified.

Table1. Summary of the Two-Way Analysis of Variance with Repeated Measures on One Factor

Variable	Source of variation	Sum of squares	df	Mean square	F	Effect size
Adaptive emotion regulation	Between-subjects effects					
	R (groups: ACT, EFT, and control)	459.857	2	229.928	1.687	—
	S/R (Error 1)	5,314.302	39	136.264	—	—
	Within-subjects effects					
	C (time: pretest, posttest, and follow-up)	243.020	2	121.510	14.325**	.269
	C × R (Time × Group interaction)	135.260	4	33.518	3.986**	.170
Maladaptive emotion regulation	C × S/R (Error 2)	661.629	78	8.482	—	—
	Between-subjects effects					
	R (groups: ACT, EFT, and control)	1,656.777	2	828.388	10.817**	.357
	S/R (Error 1)	2,986.723	39	76.583	—	—
	Within-subjects effects					
	C (time: pretest, posttest, and follow-up)	176.927	1.27	139.329	15.279**	.281
	C × R (Time × Group interaction)	207.538	2.54	81.718	8.961**	.315
	C × S/R (Error 2)	451.605	49.52	9.119	—	—

As shown in Table 1, for adaptive emotion regulation, the main effect of time, $F(2, 78) = 14.325$, effect size = .269, and the Time $\times$ Group interaction, $F(4, 78) = 3.986$, effect size = .170, were statistically significant at the .01 level; however, the main effect of group was not significant. For maladaptive emotion regulation, the main effect of group, $F(2, 39) = 10.817$, effect size = .357, the main effect of time, $F(1.27, 49.52) =$

15.279, effect size = .281, and the Time $\times$ Group interaction, $F(2.54, 49.52) = 8.961$, effect size = .315, were statistically significant at the .01 level. Thus, the patterns of change in adaptive and maladaptive emotion-regulation scores across the pretest, posttest, and follow-up assessments differed among the Acceptance and Commitment Therapy, Emotion-Focused Therapy, and control groups.

Table2. Pairwise Comparisons of Mean Pretest–Posttest Difference Scores Across the Three Study Groups

Component	Group	Mean difference score	ACT	EFT	Control
Adaptive emotion regulation	Acceptance and Commitment Therapy	−4.77	—	0.70	−4.91**
	Emotion-Focused Therapy	−5.47	−0.70	—	−5.61**
	Control	0.14	4.91**	5.61**	—
Maladaptive emotion regulation	Acceptance and Commitment Therapy	4.77	—	0.04	6.13**
	Emotion-Focused Therapy	4.73	−0.04	—	6.09**
	Control	−1.36	−6.13**	−6.09**	—

As indicated by the results presented in Table 2, pairwise comparisons of the effectiveness of the two interventions on cognitive emotion regulation revealed no statistically significant difference between the Acceptance and Commitment Therapy and Emotion-Focused Therapy groups.

Conclusion

The present study compared the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Emotion-Focused Therapy (EFT) in improving cognitive emotion regulation among overweight university students. The findings indicated that both interventions increased adaptive and decreased maladaptive cognitive emotion-regulation strategies, with their effects being maintained at the two-month follow-up; however, no significant difference was found between the effectiveness of the two approaches. The effectiveness of ACT was consistent with the findings of Schumacher et al. (2025), Yuan et al. (2024), Vatanpanah et al. (2024), and Yaraghchi et al. (2019). By promoting psychological flexibility, acceptance of emotional experiences, cognitive defusion, mindfulness, values clarification, and committed action, ACT may reduce emotional reactivity and the use of maladaptive strategies. This explanation is further supported by Murillo et al. (2023), who demonstrated the role of mindful eating in reducing emotional and externally triggered eating,

and by Iturbe et al. (2022), who highlighted the contribution of values-based action to a greater sense of meaning and life satisfaction.

The effectiveness of EFT was also consistent with the findings of Saeidi et al. (2025), Osoro et al. (2022), Esmari et al. (2021), and Gellisenti et al. (2021), although it was partially inconsistent with the findings of Zarieh et al. (2023), who reported no significant effect of EFT on negative cognitive emotion regulation. This discrepancy may be attributable to differences in sample characteristics, number of sessions, intervention content, measurement instruments, and implementation conditions. By facilitating the identification, acceptance, experience, and restructuring of emotions, modifying dysfunctional emotional schemas, and replacing maladaptive responses with healthier ones, EFT may enhance individuals' capacity to process and regulate their emotions; this explanation is also supported by Dolhanty's research on individuals with eating disorders. The maintenance of the effects of both interventions may reflect the application of the acquired skills in daily life and the development of relatively enduring changes in emotional processing. This finding was consistent with Zarieh et al. (2023), whereas its discrepancy with Ettefaghi et al. (2020) may be explained by methodological differences. Furthermore, the absence of a significant difference

between ACT and EFT was in line with Ettefaghi et al. (2020) and Güngör (2026), as both approaches, despite their distinct theoretical foundations, enhance emotional awareness and reduce the avoidance of unpleasant experiences. Evidence reported by Doll et al. (2016) regarding the neural mechanisms of mindfulness and the findings of Esmari et al. (2021) concerning emotional processing further support this interpretation.

The study was limited by its reliance on self-report measures, the higher proportion of women in the sample, the restriction of the study population to overweight university students, the short follow-up period, and the incomplete control of factors such as dietary patterns, physical activity, and concurrent weight-loss services. The findings should therefore be generalized with caution. From a practical perspective, mental health professionals are encouraged to integrate ACT and EFT with nutritional interventions and physical activity programs to improve cognitive emotion regulation, reduce emotional eating and maladaptive regulation strategies, and enhance the effectiveness of weight-management programs. Investigating an integrated intervention incorporating components of both ACT and EFT is also recommended because combining acceptance and mindfulness with the in-depth processing of emotional experiences may produce synergistic effects. Future studies should employ longer follow-up periods, multimethod assessments, gender-balanced samples, and participants from diverse age, clinical, and non-university populations while controlling for dietary patterns, physical activity, and concurrent interventions.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article was derived from the first author's doctoral dissertation in Health Psychology at the Karaj Branch of Islamic Azad University. To comply with research ethics principles, data were collected only after obtaining informed consent from the participants. The participants were also assured that their personal information would remain confidential and that the findings would be reported anonymously, without disclosing any identifying information.

Funding: This study was conducted as part of a doctoral dissertation and received no financial support.

Authors' contribution: This article was extracted from the first author's doctoral dissertation, supervised by the second and

third authors, with the fourth and fifth authors serving as advisors..

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflicts of interest related to this study.

Acknowledgments: The authors would like to express their sincere gratitude to all the students who participated in this study.



مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار بر تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دارای اضافه وزن با استرس ادراک شده

مریم قره زاد آذری^۱، احمد برجعلی^۲، شیدا سوداگر^۳، آدیس کراسکیان مومباری^۴، سیده مریم موسوی^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: maryam.gharehzadazari@iau.ac.ir

۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: borjali@atu.ac.ir

۳. استادیار، گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: sodagar@iau.ac.ir

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: adis.kraskian@iau.ac.ir

۵. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران. رایانامه: mm.mousavi@iau.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۴

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۱۸

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

درمان هیجان مدار،

تنظیم شناختی هیجان،

اضافه وزن.

زمینه: اضافه وزن در دانشجویان می تواند با اختلال در تنظیم شناختی هیجان همراه باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت پذیرش و انعطاف پذیری روان شناختی و درمان هیجان مدار با پردازش و بازسازی تجربه های هیجانی، ظرفیت بهبود تنظیم شناختی هیجان را دارند. با توجه به محدود بودن شواهد مقایسه ای در این زمینه، مقایسه اثربخشی این دو رویکرد در دانشجویان دارای اضافه وزن ضروری به نظر می رسد.

هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار بر تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دارای اضافه وزن بود.

روش: پژوهش حاضر مطالعه ای نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون، گروه گواه و پیگیری دوماهه بود که در سال های ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۲ انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دارای اضافه وزن دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت بود که از میان آنان، ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل (هیز و استروسال، ۲۰۱۰)، درمان هیجان مدار بر اساس پروتکل (گرنبرگ و همکاران، ۲۰۱۰) و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). داده ها با استفاده از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارفنسل و همکاران، ۲۰۰۱) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گردآوری و با آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که تعامل گروه و زمان در مؤلفه های سازش یافته و سازش نیافته تنظیم شناختی هیجان معنادار بود. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد هر دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار، در مقایسه با گروه گواه، موجب بهبود معنادار مؤلفه های تنظیم شناختی هیجان شدند و این بهبود در مرحله پیگیری دوماهه نیز پایدار ماند ($p < 0/05$). با این حال، میان اثربخشی دو روش درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p \geq 0/05$).

نتیجه گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار، رویکردهایی مؤثر و پایدار برای ارتقای تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دارای اضافه وزن محسوب می شوند. بر این اساس، روان شناسان و مشاوران می توانند با توجه به نیاز مراجع، تخصص درمانگر و امکانات مراکز مشاوره، از هر یک از این رویکردها در برنامه های روان شناختی مرتبط با مدیریت اضافه وزن استفاده کنند.

استناد: قره زاد آذری، مریم؛ احمد؛ سوداگر، شیدا؛ کراسکیان مومباری، آدیس و موسوی، سیده مریم (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار بر تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دارای اضافه وزن با استرس ادراک شده. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱، ۱۶۱-۲۰.

DOI: 10.66224/jps.25.161.20. ۱۴۰۵، شماره ۱، ۱۶۱، دوره ۲۵، شماره ۱، ۱۶۱-۲۰.



© نویسنده گان.

✉ نویسنده مسئول: احمد برجعلی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. رایانامه: borjali@atu.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۲۳۲۷۳۸۱۱

مقدمه

اضافه وزن^۱ و چاقی^۲ از مهم ترین چالش های سلامت عمومی به شمار می آیند که شیوع آن ها طی دهه های اخیر در بسیاری از کشورها روندی فزاینده داشته است (دهقانی، ۲۰۲۴). سازمان جهانی بهداشت، اضافه وزن و چاقی را به عنوان تجمع غیرطبیعی یا بیش از حد چربی در بدن تعریف کرده است که می تواند سلامت فرد را با مخاطره مواجه سازد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۴). گزارش های داخلی نشان می دهند که حدود ۵/۵ درصد از کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال و ۵/۲۱ درصد از بزرگسالان در ایران به چاقی مبتلا هستند (دهقانی و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، شیوع اضافه وزن و چاقی در افراد بالای ۱۸ سال، به ترتیب ۲۶/۳۵ و ۲۰/۲۳ درصد گزارش شده است (ابیری و همکاران، ۲۰۲۳). این آمار نشان می دهد که اضافه وزن و چاقی صرفاً مشکلاتی مرتبط با ظاهر یا تناسب اندام نیستند، بلکه پدیده هایی چندعاملی اند که از تعامل عوامل زیستی، روان شناختی، محیطی و رفتاری تأثیر می پذیرند (احمد و محمد، ۲۰۲۵).

در کنار عوامل ژنتیکی و متابولیکی، عوامل روان شناختی و سبک زندگی نیز در شکل گیری و تداوم اضافه وزن نقش مهمی دارند (دانش دوست و همکاران، ۲۰۲۵). نارضایتی از تصویر بدن، خلق منفی، ضعف در کنترل رفتار خوردن و دشواری در مدیریت هیجان ها از جمله عواملی هستند که می توانند با الگوهای خوردن ناسالم و افزایش وزن ارتباط داشته باشند (عبدلی و همکاران، ۲۰۲۵). هیجان های منفی ممکن است اشتها را به شکل های متفاوتی تحت تأثیر قرار دهند؛ باین حال، در بخش قابل توجهی از افراد، تجربه این هیجان ها با افزایش خوردن هیجانی^۳ همراه است (داکانالیس و همکاران، ۲۰۲۳). خوردن هیجانی به تمایل فرد برای مصرف مواد غذایی در پاسخ به حالت های هیجانی، به ویژه هیجان های ناخوشایند، اشاره دارد. در چنین شرایطی، فرد ممکن است به جای پاسخ گویی به گرسنگی جسمانی، از خوردن به عنوان راهی برای کاهش موقت ناراحتی های هیجانی استفاده کند (مادلی و همکاران، ۲۰۲۰).

خوردن هیجانی با فعال کردن نظام پاداش می تواند به طور موقت از شدت هیجان های منفی بکاهد و احساس خوشایندی در فرد ایجاد کند (گودت و همکاران، ۲۰۲۲)؛ اما این پیامد معمولاً موقتی است و فرد ممکن است پس

از خوردن، هیجان هایی مانند احساس گناه، شرم، خودسرزنشگری و نارضایتی از ظاهر جسمانی را تجربه کند (راحمه و همکاران، ۲۰۲۱). در نتیجه، چرخه ای شکل می گیرد که در آن هیجان های منفی به خوردن منجر می شوند و پیامدهای خوردن نیز مجدداً هیجان های منفی را تشدید می کنند (کلاتزکین و همکاران، ۲۰۲۲). تداوم این چرخه می تواند کنترل رفتار خوردن را دشوار سازد و احتمال افزایش وزن یا ماندگاری اضافه وزن را افزایش دهد. از این رو، چگونگی مواجهه افراد دارای اضافه وزن با هیجان های ناخوشایند، یکی از عوامل روان شناختی مهم در شناخت و اصلاح رفتارهای مرتبط با خوردن محسوب می شود (داوانپورت و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از سازه های مهم در تبیین ارتباط میان هیجان های منفی و رفتار خوردن، تنظیم شناختی هیجان^۴ است (کلاتزکین و همکاران، ۲۰۲۱). شناختی هیجان به مجموعه راهبردهای آگاهانه و شناختی گفته می شود که فرد پس از مواجهه با رویدادهای هیجان برانگیز، برای حفظ، کاهش، افزایش یا تعدیل تجربه هیجانی خود به کار می گیرد (ویلاوبوس و همکاران، ۲۰۲۱). این راهبردها می توانند سازگارانه یا ناسازگارانه باشند. راهبردهایی مانند پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری، معمولاً راهبردهای سازگارانه محسوب می شوند؛ درحالی که خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، نشخوار فکری و فاجعه سازی در گروه راهبردهای ناسازگارانه قرار می گیرند (رهم و استایگر، ۲۰۱۸). استفاده از راهبردهای سازگارانه به فرد کمک می کند هیجان های خود را بهتر درک و تعدیل کند و در موقعیت های هیجان برانگیز رفتارهای مناسب تری نشان دهد (کوزوبال و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، استفاده مداوم از راهبردهای ناسازگارانه می تواند به تداوم هیجان های منفی و شکل گیری رفتارهای ناکارآمد منجر شود (بیات و همکاران، ۱۴۰۴؛ یراقچی و همکاران، ۱۳۹۸).

ضعف در تنظیم شناختی هیجان می تواند احتمال استفاده از خوردن به عنوان روشی برای تسکین هیجان های ناخوشایند را افزایش دهد (ها و لیم، ۲۰۲۳). هنگامی که فرد نتواند تجربه های هیجانی خود را به شیوه ای سازگارانه پردازش کند، ممکن است برای دستیابی به آرامش موقت به خوردن روی

3. emotional eating

4. cognitive emotion regulation

1. overweight

2. obesity

آورد. شواهد پژوهشی نیز نشان داده‌اند که ناکارآمدی در تنظیم هیجان با افزایش احتمال پرخوری ارتباط دارد (آرکسیس و همکاران، ۲۰۲۳). به‌طور کلی، برخورداری از تنظیم شناختی هیجان مناسب به فرد کمک می‌کند هیجان‌های خود را درک و تعدیل کند، آن‌ها را به شیوه‌ای مناسب ابراز نماید و به جای توسل به رفتارهای ناسازگارانه، پاسخ‌های سازنده‌تری برگزیند. در مقابل، ضعف در این توانایی می‌تواند زمینه پناه‌بردن به پرخوری به‌عنوان روشی موقت برای آرام‌سازی هیجانی را فراهم سازد (یراچی و همکاران، ۱۳۹۸).

بر این اساس، مداخلاتی که صرفاً بر کاهش دریافت مواد غذایی یا محدودیت کالری تأکید می‌کنند، ممکن است برای افرادی که رفتار خوردن آنان با هیجان‌های منفی ارتباط دارد، کافی نباشد (پاور و همکاران، ۲۰۲۵). چنین افرادی ممکن است از الگوی غذایی مناسب آگاهی داشته باشند، اما هنگام مواجهه با تجربه‌های هیجانی ناخوشایند، به دلیل ضعف در تنظیم هیجان، نتوانند رفتار خوردن خود را به‌طور مؤثر مدیریت کنند (رایشنبرگر و همکاران، ۲۰۲۰). موریلو و همکاران (۲۰۲۳) نیز تأکید کرده‌اند که مداخلات مربوط به اضافه‌وزن و چاقی همراه با خوردن هیجانی، افزون بر اصلاح الگوی تغذیه، باید بر ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان متمرکز باشند. ازاین‌رو، استفاده از مداخلات روان‌شناختی‌ای که بتوانند شیوه مواجهه فرد با افکار، هیجان‌ها و تکانه‌های مرتبط با خوردن را اصلاح کنند، ضروری به نظر می‌رسد.

یکی از مداخلات روان‌شناختی مناسب در این زمینه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است (مروین و همکاران، ۲۰۲۵). این درمان یکی از رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی است که هدف اصلی آن افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۲ از طریق شش فرایند پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه است (ایتوربه، ۲۰۲۲). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد برای برقراری تماس آگاهانه با تجربه‌های زمان حال و انتخاب یا تداوم رفتارهایی اشاره دارد که با اهداف و ارزش‌های شخصی او هماهنگ‌اند (قاسمی و همکاران، ۱۴۰۴). در این درمان، هدف اصلی حذف یا کنترل افکار و احساسات ناخوشایند نیست؛ بلکه فرد می‌آموزد بدون قضاوت و

اجتناب با تجربه‌های درونی خود مواجه شود و در عین حضور این تجربه‌ها، رفتارهای مؤثر و ارزش‌محور را انتخاب کند (وطن‌پناه و همکاران، ۱۴۰۳؛ یوان و همکاران، ۲۰۲۴).

در افراد دارای اضافه‌وزن، تلاش مداوم برای سرکوب افکار و احساسات ناخوشایند یا اجتناب از آن‌ها ممکن است به افزایش آشفتگی هیجانی و تداوم رفتارهای ناسالم مرتبط با خوردن منجر شود. (داکانالیس و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به این افراد کمک کند میل به خوردن، افکار مرتبط با وزن، نارضایتی از بدن و سایر تجربه‌های ناخوشایند را بدون واکنش فوری مشاهده کنند و رفتارهایی هماهنگ با ارزش‌های مرتبط با سلامت برگزینند (ایتوربه و همکاران، ۲۰۲۴). از آنجا که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مرتبط با تصویر بدن، یکی از عوامل مهم در تبیین رفتارهای مرتبط با اختلال خوردن است، پایین‌بودن آن می‌تواند با افزایش رفتارهای ناسازگارانه خوردن همراه باشد (استادیان و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی دو دهه گذشته برای تسهیل تغییر رفتار، مدیریت وزن و کاهش مشکلات روان‌شناختی مرتبط با چاقی به کار گرفته شده است (شوماخر و همکاران، ۲۰۲۵).

در پژوهش بریکر و همکاران (۲۰۲۱)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان رفتاری استاندارد هر دو با کاهش وزن افراد دارای چاقی همراه بودند، اما میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر گزارش شد. علاوه بر این، یافته‌ها نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند در بهبود تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش داشته باشد (باقری و همکاران، ۱۴۰۵). توجه آگاهانه به تجربه‌های درونی نیز ممکن است از طریق کاهش واکنش‌پذیری هیجانی و تقویت ارتباط کارکردی میان آمیگدال و نواحی پیش‌پیشانی، به تنظیم مؤثرتر هیجان‌ها کمک کند (دال و همکاران، ۲۰۱۶). درمان هیجان‌مدار^۳ رویکردی است که به‌طور مستقیم بر شناسایی، تجربه، پذیرش، پردازش و تغییر هیجان‌ها تمرکز دارد. این درمان که ریشه در رویکردهای انسان‌گرایانه، تجربه‌نگر و گشتالت دارد، هیجان را یکی از منابع اصلی معنا، انگیزش و سازمان‌دهی رفتار انسان می‌داند (مارن و همکاران، ۲۰۲۲). در این رویکرد، هدف صرفاً کنترل یا سرکوب هیجان‌ها

3. emotion-focused therapy (EFT)

1. acceptance and commitment therapy (ACT)

2. psychological flexibility

اضافه وزن، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بررسی این موضوع از آن جهت ضروری است که دوره دانشجویی با تغییرات سبک زندگی، کاهش فعالیت جسمانی، بی نظمی در الگوی خواب و تغذیه و افزایش استقلال در انتخاب مواد غذایی همراه است و این شرایط می توانند مدیریت وزن را دشوارتر سازند. از سوی دیگر، اضافه وزن وضعیتی است که می تواند احتمال ابتلا به چاقی و پیامدهای جسمانی و روان شناختی بعدی را افزایش دهد؛ بنابراین، مداخله روان شناختی در این مرحله از ارزش پیشگیرانه برخوردار است. یافته های پژوهش حاضر می تواند به متخصصان در انتخاب مداخله مناسب تر و طراحی برنامه های روان شناختی در مراکز مشاوره دانشگاهی، کلینیک های تغذیه، مراکز کنترل وزن و مراکز روان درمانی کمک کند. بر این اساس، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار بر تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دارای اضافه وزن تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان

پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون، گروه گواه و پیگیری دوماهه انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویان دارای اضافه وزن دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت در سال ۱۴۰۱ بود که از میان آنان، ۴۵ نفر به روش نمونه گیری هدفمند و بر اساس ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان هیجان مدار و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک های ورود شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، برخورداری از شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۲۹/۹ کیلوگرم بر مترمربع، نداشتن بیماری جسمانی حاد یا مزمن مؤثر بر نتایج پژوهش، باردار نبودن، نداشتن سابقه دریافت مداخلات روان شناختی یا روان پزشکی طی یک سال گذشته و دریافت نکردن هم زمان سایر درمان های روان شناختی در طول اجرای پژوهش بود. عدم تمایل به ادامه مشارکت، غیبت در بیش از دو جلسه درمانی نیز به عنوان ملاک های خروج در نظر گرفته شد.

ب) ابزار

وزن سنج و قد سنج: برای اندازه گیری وزن و قد شرکت کنندگان به ترتیب از وزن سنج و قد سنج استاندارد استفاده شد. وزن افراد با حداقل

نیست؛ بلکه به فرد کمک می شود هیجان های خود را شناسایی و تحمل کند، نیازها و معانی نهفته در آن ها را دریابد و هیجان های ناسازگار را با فعال سازی هیجان های سازگارانه تر تغییر دهد (استایگلر و همکاران، ۲۰۲۵). به عبارت دیگر، در درمان هیجان مدار، تغییر پایدار زمانی رخ می دهد که فرد بتواند هیجان ناسازگار را نه فقط از طریق استدلال شناختی، بلکه به کمک تجربه یک هیجان سازگارانه جدید دگرگون سازد (اوسورو و همکاران، ۲۰۲۲). در افراد دارای اضافه وزن، هیجان هایی مانند شرم، اضطراب، ناامیدی، خودسرزنشگری و نارضایتی از بدن ممکن است زمینه شکل گیری یا تداوم رفتارهای ناسالم مرتبط با خوردن را فراهم کنند (سعیدی و همکاران، ۱۴۰۴). درمان هیجان مدار می تواند با کمک به فرد برای شناسایی محرک های هیجانی خوردن، افزایش آگاهی هیجانی، کاهش خودانتقادگری و پردازش تجربه های عاطفی زیربنایی، توانایی او را برای تنظیم هیجان و انتخاب رفتارهای سالم تر افزایش دهد (ذریعه و همکاران، ۱۴۰۰؛ اسمری و همکاران، ۱۴۰۰؛ اتفاقی و همکاران، ۱۳۹۹). شواهد نشان می دهند که پرخوری ممکن است در واکنش به تجربه های عاطفی تحمل ناپذیر و در غیاب راهبردهای مقابله ای سازگارانه تر رخ دهد (گلیستی و همکاران، ۲۰۲۱).

اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار هر دو می توانند به بهبود مواجهه فرد با هیجان های ناخوشایند کمک کنند، مبانی و سازوکارهای تغییر در آن ها یکسان نیست. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بر تغییر رابطه فرد با افکار و هیجان ها، پذیرش تجربه های درونی، کاهش اجتناب تجربه ای، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و انجام رفتارهای مبتنی بر ارزش ها تأکید دارد. در مقابل، درمان هیجان مدار بر دسترسی به هیجان های زیربنایی، افزایش آگاهی و تمایز هیجانی، پردازش تجربه های عاطفی و تبدیل هیجان های ناسازگار به هیجان های سازگارانه تر متمرکز است. بنابراین، هر دو درمان از ظرفیت نظری مناسبی برای بهبود تنظیم شناختی هیجان برخوردارند، اما ممکن است از نظر میزان و پایداری اثربخشی با یکدیگر متفاوت باشند. با این حال، بخش عمده این مطالعات تنها یکی از این رویکردها را بررسی کرده یا پیامدهای جسمانی مانند کاهش وزن و پیامدهای رفتاری مانند خوردن هیجانی را در نظر گرفته اند. در مقابل، مقایسه مستقیم اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار بر تنظیم شناختی هیجان، به ویژه در دانشجویان دارای

دادند. در ایران، حسنی (۱۳۹۰) ساختار عاملی و روایی سازه نسخه فارسی را مطلوب گزارش کرد و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۹۲ و ضرایب خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ به دست آورد. در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۳ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی قابل قبول ابزار در نمونه پژوهش بود.

ج) روش اجرا

پس از تصویب پروپوزال و دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، فراخوان شرکت در پژوهش به صورت برخط منتشر شد و اهداف و مراحل اجرای مطالعه در هر مرحله برای داوطلبان توضیح داده شد؛ سپس رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنان دریافت گردید. پس از تشکیل گروه‌ها، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در مرحله پیش‌آزمون به صورت برخط اجرا شد. گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخله تدوین شده بر اساس پروتکل هیز و استروسال (۲۰۱۰) و گروه درمان هیجان‌مدار، مداخله مبتنی بر پروتکل گرینبرگ و همکاران (۲۰۱۰) را به طور جداگانه در محیط کلینیک دریافت کردند؛ در همین مدت، گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. محتوای جلسات و تکالیف هر مداخله در جدول‌های ۱ و ۲ ارائه شده است. بلافاصله پس از پایان مداخلات، پس‌آزمون و دو ماه پس از آخرین جلسه، مرحله پیگیری با اجرای مجدد پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به صورت برخط انجام شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

پوشش و بدون کفش برحسب کیلوگرم و قد آنان در حالت ایستاده، بدون کفش و برحسب متر اندازه‌گیری شد. سپس شاخص توده بدنی از طریق تقسیم وزن بر مجذور قد ($BMI = kg/m^2$) محاسبه شد. براساس ملاک‌های پژوهش، شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۲۹/۹ کیلوگرم بر مترمربع به عنوان اضافه وزن در نظر گرفته شد. دستگاه‌ها پیش از اندازه‌گیری کالیبره شدند و اندازه‌گیری‌ها توسط پژوهشگر و تحت شرایط یکسان انجام گرفت.

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان^۱ (CERQ): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ برای ارزیابی راهبردهای شناختی افراد در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند تدوین شده است. این ابزار خودگزارشی دارای ۳۶ ماده و ۹ خرده‌مقیاس چهارماده‌ای شامل ملامت خویش، پذیرش، نشخوار ذهنی، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از «هرگز=۱» تا «همیشه=۵» نمره‌گذاری می‌شوند و نمره هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ متغیر است؛ به گونه‌ای که نمره بیشتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر از راهبرد مربوط است. در پژوهش حاضر، خرده‌مقیاس‌های تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه و پذیرش به عنوان راهبردهای سازش‌یافته و خرده‌مقیاس‌های ملامت خویش، نشخوار ذهنی، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران به عنوان راهبردهای سازش‌نیافته در نظر گرفته شدند. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) ساختار عاملی و روایی سازه این پرسشنامه را تأیید کردند و ضرایب آلفای کرونباخ راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته را به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ گزارش

جدول ۱. برنامه مداخله‌ای مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰)

عنوان جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تکالیف ارائه شده
جلسه ۱	آشنایی اعضا، ایجاد اتحاد گروهی، معرفی ACT	معرفی اعضای گروه و درمانگر، توضیح قوانین جلسات گروهی، معرفی کلی اهداف درمان ACT و فلسفه آن (پذیرش، آگاهی، تعهد)	نوشتن انتظارات شخصی از درمان و اهداف فردی
جلسه ۲	ارزیابی اولیه و ایجاد انگیزه برای تغییر	گفت‌وگو درباره مشکلات اعضا، معرفی مفهوم 'نامیدی خلاق' برای گشودن مسیر تغییر، بررسی چرخه تلاش‌های کنترل‌گرایانه ناکارآمد	ثبت رفتارهای تکراری برای کنترل احساسات که ناکارآمد بوده‌اند
جلسه ۳	شناخت رابطه افکار، احساسات و رفتارها	تمرین تشخیص تعامل میان فکر، احساس و رفتار؛ استفاده از نمونه‌های واقعی شرکت‌کنندگان	جدول ثبت رویداد-فکر-احساس-رفتار برای یک هفته
جلسه ۴	روشن‌سازی ارزش‌ها	معرفی مفهوم ارزش‌ها در ACT، تفاوت ارزش با هدف، تمرین شناسایی ارزش‌های زندگی در حوزه‌های مختلف	تکمیل تمرین 'قطب‌نمای ارزش‌ها' و نوشتن ارزش‌های شخصی

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

عنوان جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تکالیف ارائه شده
جلسه ۵	تمرین ذهن آگاهی و کاربرد آن در رفتار خوردن	آموزش مهارت‌های پایه ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه، معرفی 'خوردن آگاهانه' و تمرین عملی	تمرین خوردن آگاهانه با توجه کامل به مزه، بو، بافت غذا
جلسه ۶	آشنایی با گسلش شناختی	معرفی مفهوم گسلش، تمرینات جدا کردن خود از افکار، تمرین جملاتی مانند 'من این فکر را دارم که...'	تمرین نوشتاری برای گسلش از افکار ناکارآمد تکراری
جلسه ۷	آشنایی با مفهوم خود به عنوان زمینه	تمرین مشاهده گری خود بدون قضاوت، معرفی ذهن ناظر، تمرین تمرکز بر آگاهی لحظه‌ای	تمرین‌های توجه غیرقضاوتی به افکار و احساسات روزانه
جلسه ۸	بررسی نقش اجتناب ذهنی در پرخوری یا کم تحرکی	معرفی مفهوم اجتناب تجربه‌ای، بررسی چگونگی اجتناب از هیجان‌ها و نقش آن در اختلالات خوردن و رفتارهای ناسالم	تمرین شناسایی موقعیت‌هایی که فرد از تجربه اجتناب کرده است
جلسه ۹	تقویت تمایل به پذیرش تجارب ذهنی	آموزش پذیرش احساسات ناخوشایند بدون جنگیدن با آن‌ها، تمرین تمایل آگاهانه	تمرین مواجهه ذهنی با احساسات ناراحت کننده همراه با پذیرش
جلسه ۱۰	تعهد رفتاری و پیوند با ارزش‌ها	مرور ارزش‌ها و طراحی برنامه رفتاری متعهدانه، ارزیابی پیشرفت فردی، اختتام درمان	نوشتن تعهدات شخصی در راستای ارزش‌ها برای ادامه مسیر زندگی

جدول ۱، محتوای ۱۰ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با تمرکز بر پذیرش، ذهن آگاهی، گسلش شناختی، روشن سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه نشان می‌دهد. همچنین، در جدول ۲ برنامه درمان هیجان‌مدار

(گرنبرگ و همکاران، ۲۰۱۰) شامل اهداف، محتوای جلسات و تکالیف مرتبط با شناسایی، پردازش و تنظیم هیجان‌ها ارائه شده است.

جدول ۲. ساختار درمان هیجان مدار (گرنبرگ و همکاران، ۲۰۱۰)

عنوان جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تکالیف ارائه شده
اول	آشنایی با هیجان‌ها و مشکلات هیجانی فرد	آموزش هیجانی، ارائه برگ ثبت هیجانی، برگه هدف هیجانی، برگه تقویت هیجانی، برقراری راپورت، تصدیق همدلانه، شناسایی چرخه تعاملی معیوب و هیجان‌های اساسی	تکمیل برگه ثبت هیجانی روزانه، تمرین تشخیص هیجان‌های پایه
دوم	شناخت هیجان‌ات مثبت و منفی و نحوه تنظیم آنها	آموزش هیجان‌ات مثبت و منفی، بحث در مورد متغیر تنظیم هیجان، انواع هیجان‌ها از نظر کارکردی، کنترل و تنظیم هیجان‌ات	نوشتن رویدادهایی که در آن هیجان‌ات مثبت یا منفی تجربه شده‌اند و نحوه پاسخ به آن‌ها
سوم	پذیرش خود و افزایش آگاهی هیجانی	آموزش ذهن آگاهی هیجانی، تقویت پذیرش جنبه‌های انکار شده خود، بخشش خود با تکنیک دو صندلی، کار روی وقفه‌های تجربه‌ای	تمرین ذهن آگاهی با تمرکز بر هیجان، تکمیل تمرین دو صندلی برای پذیرش جنبه‌های انکار شده
چهارم	تسهیل ابراز هیجان و کاهش بازداري هیجانی	توضیح نقش زبان در ابراز و یا بازداري هیجانی، معرفی فن گشایی خاطره‌انگیز	نوشتن خاطرات هیجانی سرکوب شده و تمرین بازگویی با تمرکز بر احساسات
پنجم	توسعه شفقت به خود و پذیرش خود	تمرین دو صندلی برای شفقت به خود و خودتسکینی، بیان جنبه‌های متضاد شناسایی شده، افزایش آگاهی از پیامدهای تاخیر در پذیرش خود	تمرین گفت‌وگوی درونی با خود ناایمن و پذیرش آن
ششم	حل تجارب هیجانی حل نشده گذشته	تکنیک صندلی خالی برای حل تجارب هیجانی حل نشده، گفت‌وگوی دو صندلی بین خود شرمزده و خود ایمن	تمرین نامه‌نگاری با فرد یا بخش درونی حل نشده برای تخلیه هیجانی
هفتم	بازسازی روایت زندگی و ایجاد معنا	کار بر روی احساسات منفی، جایگزینی با بخشش خود، کشف معنای جدید و ایجاد روایت جدید از تجارب هیجانی	نوشتن روایت جدیدی از یک تجربه سخت زندگی با تأکید بر رشد شخصی و بخشش

جدول ۲، ساختار هفت جلسه درمان هیجان‌مدار را با تأکید بر شناسایی، پذیرش، ابراز و تنظیم هیجان‌ها، افزایش شفقت به خود، حل تجارب هیجانی گذشته و بازسازی روایت زندگی نشان می‌دهد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۴۵ نفر شامل ۱۵ نفر در گروه گواه، ۱۵ نفر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر در گروه آزمایش درمان هیجان مدار شرکت کردند. با احتساب ریزش سه نفر (یک نفر از گروه گواه و دو نفر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، تعداد نهایی

شرکت کنندگان به ۴۲ نفر کاهش یافت. در گروه گواه، ۷ نفر مرد (۵۰ درصد) و ۷ نفر زن (۵۰ درصد) بودند. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۶ نفر مرد (۴۶ درصد) و ۷ نفر زن (۵۴ درصد) و در گروه درمان هیجان مدار، ۶ نفر مرد (۴۰ درصد) و ۹ نفر زن (۶۰ درصد) بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۳. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	نوبت اجرا	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد				درمان هیجان مدار				گروه گواه			
			میانگین	انحراف معیار	کجی	کشدگی	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشدگی	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشدگی
سازش یافته	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۳۱/۹۲	۸/۵۲	-۰/۱۶۹	-۱/۲۹	۲۹/۸۷	۷/۰۳	-۰/۴۶۸	۰/۸۰۴	۲۹/۶۴	۳/۹۱	۰/۷۰۱	-۰/۴۸۳
		پس‌آزمون	۳۶/۶۹	۸/۴۲	۰/۰۵۱	۱/۳۴	۳۵/۳۳	۸/۳۸	-۰/۴۴۶	-۰/۹۵۳	۲۹/۵۰	۴/۸۵	۰/۰۵۳	-۱/۳۵
		پیگیری	۳۵/۰۰	۷/۸۵	-۰/۳۸۳	۱/۰۶	۳۲/۶۰	۸/۸۵	۰/۴۸۸	۱/۰۹	۳۰/۲۹	۴/۲۹	-۰/۱۴۶	-۰/۲۲۴
سازش نیافته	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۲۳/۳۱	۶/۶۴	۰/۰۲۲	-۰/۱۴۸	۱۹/۳۳	۴/۳۹	۰/۱۹۶	-۰/۵۱۹	۲۴/۱۴	۵/۹۱	-۰/۴۲۴	۰/۵۰۷
		پس‌آزمون	۱۸/۵۴	۴/۸۲	۰/۳۴۱	۰/۹۷۸	۱۴/۶۰	۳/۹۴	۰/۸۱۹	۰/۲۴۲	۲۵/۵۰	۶/۳۵	۰/۹۰۴	-۰/۰۹۶
		پیگیری	۱۹/۹۲	۵/۵۴	۰/۵۹۳	-۰/۲۱۴	۱۴/۸۰	۴/۲۰	۰/۴۵۶	-۰/۹۳۹	۲۵/۲۹	۶/۵۱	۰/۰۷۷	۱/۳۴

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به متغیر وابسته‌ی پژوهش تنظیم شناختی هیجان، در سه گروه مورد بررسی شامل گروه درمان پذیرش و تعهد، گروه درمان هیجان مدار و گروه گواه در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری محاسبه شد بر اساس نتایج، در دو گروه درمانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، در تنظیم شناختی هیجان به ترتیب در مؤلفه سازش یافته افزایش و در مؤلفه سازش نیافته کاهش مشاهده شد در حالیکه در گروه گواه تغییری نداشته است. پیش از اجرای تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در هر سه گروه و هر سه مرحله اندازه‌گیری معنادار نبود ($p > 0/05$) و بهنجاری توزیع نمره‌ها تأیید شد. همچنین، مقادیر آزمون لوین در مراحل اندازه‌گیری معنادار نبود ($p > 0/05$)

و همگنی واریانس‌ها برقرار بود. آزمون ام‌باکس نیز معنادار نشد ($p > 0/05$) و همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را نشان داد. مفروضه کرویت با آزمون موچلی بررسی شد و با توجه به معناداری آن، از تصحیح گرین‌هاوس-گایزر استفاده شد. علاوه‌براین، مقادیر F مشاهده‌شده در پیش‌آزمون از مقدار بحرانی ۳/۲۴ با درجات آزادی ۲ و ۳۹ کمتر بود؛ بنابراین، گروه‌ها در پیش‌آزمون همگن بودند. مقدار خی دو مشاهده‌شده نیز برابر با ۲/۲۴۵ و کمتر از مقدار بحرانی ۵/۹۹۱ با درجه آزادی ۲ بود و همگنی گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی تأیید شد. استقلال مشاهدات نیز به دلیل عضویت هر شرکت‌کننده در یک گروه رعایت شد و داده پرت شدید و اثرگذاری مشاهده نشد.

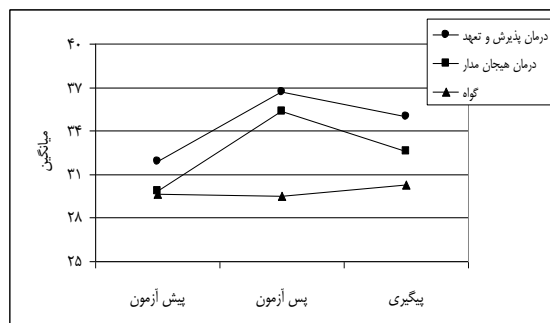
جدول ۴. خلاصه تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری‌های مکرر روی یک عامل

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر
بین آزمودنی‌ها	R (سطرها: پذیرش و تعهد، هیجان مدار، گواه)	۴۵۹/۸۵۷	۲	۲۲۹/۹۲۸	۱/۶۸۷	-----
	S/R (خطا ۱)	۵۳۱۴/۳۰۲	۳۹	۱۳۶/۲۶۴		
	درون آزمودنی‌ها					
C (ستون‌ها: پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری)	C*R (کنش متقابل سطر و ستون)	۱۳۵/۲۶۰	۴	۳۳/۵۱۸	***۳/۹۸۶	۰/۱۷۰
	C*S/R (خطا ۲)	۶۶۱/۶۲۹	۷۸	۸/۴۸۲		
					**۱۴/۳۲۵	۰/۲۶۹

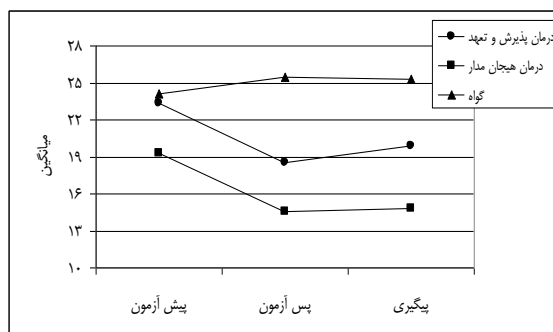
متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
تنظیم هیجان سازش یافته	بین آزمودنی ها					
	R (سطرها: پذیرش و تعهد، هیجان مدار، گواه)	۱۶۵۶/۷۷۷	۲	۸۲۸/۳۸۸	۱۰/۸۱۷**	۰/۳۵۷
	S/R (خطا ۱)	۲۹۸۶/۷۲۳	۳۹	۷۶/۵۸۳		
	درون آزمودنی ها					
	C (ستون ها: پیش آزمون- پس آزمون - پیگیری)	۱۷۶/۹۲۷	۱/۲۷	۱۳۹/۳۲۹	۱۵/۲۷۹**	۰/۲۸۱
	C*R (کنش متقابل سطر و ستون)	۲۰۷/۵۳۸	۲/۵۴	۸۱/۷۱۸	۸/۹۶۱**	۰/۳۱۵
	C*S/R (خطا ۲)	۴۵۱/۶۰۵	۴۹/۵۲	۹/۱۱۹		

بود. بنابراین، الگوی تغییرات مؤلفه‌های سازش یافته و سازش نایافته در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان هیجان مدار و گواه متفاوت بوده است. برای بررسی دقیق تر الگوی تغییرات مؤلفه‌های تنظیم هیجان در گروه‌های پژوهش طی مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، روند میانگین نمرات در شکل‌های ۱ و ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ نشان داد که در مؤلفه تنظیم هیجان سازش یافته، اثر اصلی زمان با مقدار $F(۲,۷۸)=۱۴/۳۲۵$ و اندازه اثر $۰/۲۶۹$ و اثر تعاملی زمان × گروه با مقدار $F(۴,۷۸)=۳/۹۸۶$ و اندازه اثر $۰/۱۷۰$ در سطح $۰/۰۱$ معنادار بود؛ باین حال، اثر اصلی گروه معنادار نبود. در مؤلفه تنظیم هیجان سازش نایافته نیز اثر اصلی گروه $F(۲,۳۹۷۸)=۱۰/۸۱۷$ و اندازه اثر $۰/۳۵۷$ اثر اصلی زمان $F(۱,۲۷)=۱۵/۲۷۹$ و اندازه اثر $۰/۲۸۱$ و اثر تعاملی زمان × گروه $F(۲/۵۴,۴۹/۵۲)=۸/۹۶۱$ و اندازه اثر $۰/۳۱۵$ در سطح $۰/۰۱$ معنادار



شکل ۱. کنش متقابل گروه‌های پژوهشی و نوبت‌های اجرا (تنظیم هیجان-سازش یافته)



شکل ۲. کنش متقابل گروه‌های پژوهشی و نوبت‌های اجرا (تنظیم هیجان-سازش نا یافته)

همان گونه که در شکل های ۱ و ۲ مشاهده می شود، الگوی تغییرات نمرات تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نایافته در گروه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان هیجان مدار و گواه طی نوبت های اندازه گیری متفاوت است؛ از این رو، اثر تعاملی گروه و زمان در هر دو مؤلفه تنظیم هیجان معنادار بود. در ادامه، به منظور بررسی اثربخشی و مقایسه دو روش

درمانی، میانگین نمرات تفاضلی پیش آزمون و پس آزمون در سه گروه با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی به صورت زوجی مقایسه شد. میانگین نمرات تفاضلی، نتایج مقایسه های زوجی بنفرونی و زیرگروه های همگن برای مؤلفه های تنظیم هیجان سازش یافته و سازش نایافته، به تفکیک در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول 3 مقایسه میانگین دو به دو نمره های افتراقی پیش آزمون و پس آزمون در سه گروه پژوهشی

مؤلفه	گروه	میانگین نمره های افتراقی	پذیرش و تعهد	هیجان مدار	گواه	زیرگروه های همگن	
						۱	۲
سازش یافته	پذیرش و تعهد	-۴/۷۷	-----	۰/۷۰	**۴/۹۱	هیجان مدار	-۵/۴۷
	هیجان مدار	-۵/۴۷	-۰/۷۰	-----	**۵/۶۱	پذیرش و تعهد	۰/۱۴
	گواه	۰/۱۴	**۴/۹۱	**۵/۶۱	-----	گواه	-۴/۷۷
سازش نایافته	پذیرش و تعهد	۴/۷۷	-----	۰/۰۴	**۶/۱۳	پذیرش و تعهد	۴/۷۷
	هیجان مدار	۴/۷۳	-۰/۰۴	-----	**۶/۰۹	هیجان مدار	۴/۷۳
	گواه	-۱/۳۶	**۶/۱۳	**۶/۰۹	-----	گواه	-۱/۳۶

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۵، مقایسه اثربخشی دو رویکرد مداخله ای بر تنظیم شناختی هیجان نشان داد که بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان هیجان مدار تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار بر تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دارای اضافه وزن انجام شد. نتایج نشان داد هر دو رویکرد درمانی موجب افزایش راهبردهای سازش یافته و کاهش راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان شدند. همچنین، تفاوت میان هر دو گروه مداخله و گروه گواه معنادار بود و آثار حاصل از مداخلات در مرحله پیگیری دوماهه نیز تداوم یافت. با این حال، بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ بنابراین، می توان گفت هر دو رویکرد از اثربخشی نسبتاً مشابهی در بهبود تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دارای اضافه وزن برخوردارند.

نخستین یافته پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دارای اضافه وزن می شود. این یافته با نتایج پژوهش های شوماخر و همکاران (۲۰۲۵)، یوان و همکاران (۲۰۲۴)،

وطن پناه و همکاران (۱۴۰۳)، و یراقچی و همکاران (۱۳۹۸) همسو است. در پژوهش های مذکور نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود تنظیم هیجان تأیید شده است. همچنین، موریلو و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که خوردن آگاهانه می تواند خوردن هیجانی و خوردن برانگیخته شده از محرک های بیرونی را کاهش دهد؛ یافته ای که به طور غیرمستقیم از نقش فرایندهای مبتنی بر ذهن آگاهی در مدیریت هیجان ها و رفتارهای مرتبط با خوردن حمایت می کند.

در تبیین این یافته می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش انعطاف پذیری روان شناختی، پذیرش تجربه های هیجانی، گسلش شناختی، توجه آگاهانه به زمان حال، روشن سازی ارزش ها و عمل متعهدانه، رابطه فرد را با افکار و هیجان های ناخوشایند تغییر می دهد. در این رویکرد، افراد می آموزند به جای اجتناب، سرکوب یا کنترل افراطی افکار و هیجان های مرتبط با اضافه وزن، آن ها را به عنوان تجربه هایی گذرا بپذیرند و رفتار خود را بر اساس ارزش های شخصی، از جمله حفظ سلامت، سازمان دهی کنند. روشن سازی ارزش ها و اقدام در جهت آن ها نیز می تواند احساس معنا و رضایت از زندگی را افزایش دهد (ایتوربه و همکاران، ۲۰۲۲). افزون بر این، مفهوم «خود به عنوان زمینه» به افراد کمک می کند

بدون همانندسازی با افکار و هیجان‌های منفی، آن‌ها را مشاهده کنند. در نتیجه، واکنش‌پذیری هیجانی و راهبردهای ناسازگارانه کاهش یافته و آگاهی هیجانی و خودتنظیمی افزایش می‌یابد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار نیز در بهبود تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دارای اضافه‌وزن مؤثر است. این نتیجه با یافته‌های سعیدی و همکاران (۱۴۰۴)، اوسورو و همکاران (۲۰۲۲)، اسمری و همکاران (۱۴۰۰) و گلیستی و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. این مطالعات نشان داده‌اند که درمان هیجان‌مدار می‌تواند از طریق افزایش راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و کاهش واکنش‌های هیجانی ناکارآمد، به بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی افراد کمک کند. با این حال، یافته حاضر با نتایج پژوهش ذریعه و همکاران (۱۴۰۲) تا اندازه‌ای ناهمسو است؛ زیرا در آن پژوهش، درمان هیجان‌مدار موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان مثبت شد، اما تأثیر آن بر تنظیم شناختی هیجان منفی معنادار نبود. تفاوت در ویژگی‌های نمونه، تعداد جلسات، محتوای مداخله، ابزار اندازه‌گیری و شرایط اجرای پژوهش می‌تواند در تبیین این ناهمسوئی مؤثر باشد. اثربخشی درمان هیجان‌مدار را می‌توان بر اساس تأکید این رویکرد بر شناسایی، پذیرش، تجربه و بازسازی هیجان‌ها تبیین کرد. در این درمان، افراد می‌آموزند هیجان‌های اولیه و ثانویه خود را تشخیص دهند، به تجربه‌های هیجانی خود معنا ببخشند و پاسخ‌های هیجانی ناسازگار را با پاسخ‌های سالم‌تر جایگزین کنند. باز تجربه هیجان‌ها در یک فضای درمانی ایمن و اصلاح طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد، زمینه تبدیل هیجان‌های ناسازگار به تجربه‌های هیجانی سازگار را فراهم می‌کند. در نتیجه، فرد به جای سرکوب یا اجتناب از هیجان‌ها، آن‌ها را پردازش و مدیریت می‌کند و توانایی بیشتری برای انتخاب راهبردهای شناختی سازش‌یافته به دست می‌آورد. نتایج پژوهش دولهانتی درباره افراد مبتلا به اختلالات خوردن نیز نشان داد درمان هیجان‌مدار می‌تواند تنظیم هیجان را بهبود بخشد و توانایی افراد را برای مدیریت پریشانی هیجانی افزایش دهد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش، تداوم اثربخشی هر دو مداخله در مرحله پیگیری دوماهه بود. به عبارت دیگر، افزایش راهبردهای سازش‌یافته و کاهش راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم شناختی هیجان پس از پایان جلسات درمانی نیز حفظ شد. پایداری اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را می‌توان ناشی از آموزش مهارت‌هایی دانست که افراد می‌توانند آن‌ها را در

موقعیت‌های روزمره به کار گیرند؛ مهارت‌هایی مانند پذیرش، ذهن‌آگاهی، گسلش شناختی و اقدام مبتنی بر ارزش‌ها. در درمان هیجان‌مدار نیز تجربه و بازسازی هیجان‌های اساسی و اصلاح الگوهای هیجانی می‌تواند تغییراتی نسبتاً پایدار در شیوه پردازش و تنظیم هیجان ایجاد کند. این نتیجه با یافته‌های ذریعه و همکاران (۱۴۰۲) درباره پایداری اثر درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان همسو است. ناهمسوئی احتمالی با نتایج اتفاقی و همکاران (۱۳۹۹)، به‌ویژه در زمینه تداوم‌نیافتن اثر درمان در دوره پیگیری، ممکن است از تفاوت در جامعه پژوهش، مدت پیگیری، تعداد جلسات یا نحوه اجرای مداخله ناشی شده باشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر، نبود تفاوت معنادار بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار بود. این نتیجه با یافته‌ها اتفاقی و همکاران (۱۳۹۹) درباره نبود تفاوت معنادار میان آموزش تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود تنظیم هیجان همسو است. همچنین، گونگور (۲۰۲۶) تفاوت معناداری میان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار گزارش نکرده است. با وجود تفاوت در مبانی نظری و فنون این دو رویکرد، هر دو درمان در نهایت به افزایش آگاهی از هیجان‌ها، کاهش اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند و بهبود شیوه مواجهه با افکار و احساسات منجر می‌شوند؛ از این رو، مشابه بودن اثربخشی آن‌ها قابل تبیین است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توجه آگاهانه و پذیرش تجربه‌های درونی، واکنش‌پذیری نسبت به افکار و هیجان‌های منفی را کاهش می‌دهد. شواهد نشان داده‌اند که توجه ذهن آگاهانه می‌تواند فعالیت آمیگدال را کاهش داده و ارتباط عملکردی میان آمیگدال و قشر پیش‌پیشانی پشتی را افزایش دهد؛ فرایندی که در تنظیم بهتر هیجان‌ها نقش دارد (دال و همکاران، ۲۰۱۶). در مقابل، درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر پردازش و اصلاح تجربه‌های هیجانی، به فرد کمک می‌کند هیجان‌های ناسازگار را شناسایی و دگرگون کند و از طریق مدیریت مناسب‌تر هیجان‌ها، سازگاری و سلامت روان‌شناختی خود را ارتقا دهد (اسمري و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین، اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بر پذیرش، ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و درمان هیجان‌مدار بیشتر بر تجربه، پردازش و بازسازی هیجان‌ها تأکید دارد، هر دو از مسیرهای متفاوت به پیامد مشترک بهبود تنظیم شناختی هیجان منتهی می‌شوند. البته

محدود بودن پژوهش‌های مقایسه‌ای مستقیم در این زمینه، ضرورت انجام مطالعات بیشتر را نشان می‌دهد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است پاسخ‌ها را تحت تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی، دقت یادآوری یا تمایل شرکت‌کنندگان به ارائه تصویری مطلوب از خود قرار داده باشد. همچنین، سهم بیشتر زنان در نمونه و محدود بودن جامعه آماری به دانشجویان دارای اضافه‌وزن، تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی، جمعیت‌های غیردانشجویی و افراد دارای اختلالات بالینی را با احتیاط مواجه می‌کند. کوتاه‌بودن دوره پیگیری نیز امکان اظهارنظر درباره ماندگاری بلندمدت آثار درمان را محدود می‌سازد. افزون بر این، کنترل‌نشدن کامل برخی عوامل مرتبط با اضافه‌وزن، مانند الگوی تغذیه، میزان فعالیت بدنی و دریافت هم‌زمان خدمات کاهش وزن، می‌تواند بر نتایج تأثیر گذاشته باشد. پیشنهاد می‌شود متخصصان سلامت روان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار در کنار مداخلات تغذیه‌ای و فعالیت بدنی برای دانشجویان دارای اضافه‌وزن استفاده کنند. به‌کارگیری این درمان‌ها می‌تواند با بهبود تنظیم شناختی هیجان، احتمال استفاده از راهبردهای ناسازگارانه و رفتارهای خوردن هیجانی را کاهش دهد و اثربخشی برنامه‌های مدیریت وزن را افزایش دهد. همچنین، بررسی اثربخشی رویکرد تلفیقی مبتنی بر مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار پیشنهاد می‌شود؛ زیرا ترکیب پذیرش و ذهن‌آگاهی با پردازش عمیق تجربه‌های هیجانی ممکن است آثار هم‌افزایی ایجاد کند. در پژوهش‌های آینده بهتر است از دوره‌های پیگیری طولانی‌تر، ابزارهای چندروشی، نمونه‌های متوازن از نظر جنسیت و گروه‌های سنی و بالینی متفاوت استفاده شود. کنترل متغیرهایی مانند فعالیت بدنی، رژیم غذایی و دریافت مداخلات هم‌زمان نیز می‌تواند به افزایش اعتبار نتایج کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی سلامت در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج 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 زارداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و سوم و مشاوره نویسنده چهارم و پنجم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از دانشجویانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

اتفاقی، مهناز؛ ثابت، مهرداد و میرهاشمی، مالک. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیص بارلو، هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی، بر شاخص توده بدنی افراد بزرگسال مبتلا به چاقی شهر تهران. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱۱(۴۰)، ۱۰۳-۱۳۱. doi:10.22054/jcps.2021.57332.2481

استادیان خانی، زهرا؛ حسنی، فریبا؛ سپاه منصور، مژگان و کشاورزی، فرناز. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری تصویر بدن و کنترل عواطف در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی. *مجله تحقیقات توانبخشی در پرستاری ایران*، ۶(۳)، ۹۴-۱۰۲. <http://ijm.ir/article-1-538-fa.html>

اسمری برده زرد، یوسف؛ خانجانی، سجاد؛ موسوی، اسماعیل و دولت‌شاهی، بهروز. (۱۴۰۰). تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر اضطراب، افسردگی و دشواری تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷(۱)، ۲-۱۵. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3119-fa.html>

باقری اول طاهری، سمیه؛ سلیمانی، اسماعیل و زینالی، شیرین. (۱۴۰۵). اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معنوی - اجتماعی و تنظیم هیجان زنان بزه‌کار. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۵(۱۵۹)، ۱. doi:10.61186/jps.25.159.10

بیات، محسن؛ بشرپور، سجاد؛ آقاجانی، سیف‌الله و میکائیلی، نیلوفر. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پذیری و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۴(۱۵۰)، ۵۹-۸۱. doi:10.61186/jps.24.150.59

سعیدی مهشید، مخلص آبادی فراهانی مهتاب، محمدی فاطمه، نامی فاطمه، محمدیان مینا. اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر احساس شرم و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*. doi: 10.22034/IJRN.12.1.6. ۵۳-۶۳، ۱۲(۱)، ۱۲-۶۳

References

Abdoli, M., Schiechtel, E., Rosato, M. S., Mangweth-Matzek, B., Cotrufo, P., & Hüfner, K. (2025). Body image, self-esteem, emotion regulation, and eating disorders in adults: a systematic review. *Neuropsychiatrie*, 39(3), 118-132. doi: 10.1007/s40211-025-00544-4

Abiri, B., Ahmadi, A. R., Amini, S., Akbari, M., Hosseinpanah, F., Madinehzad, S. A., ... & Valizadeh, M. (2023). Prevalence of overweight and obesity among Iranian population: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 42(1), 70. DOI: 10.1186/s41043-023-00419-w

Ahmed, S. K., & Mohammed, R. A. (2025). Obesity: Prevalence, causes, consequences, management, preventive strategies and future research directions. *Metabolism open*, 27, 100375. <https://doi.org/10.1016/j.metop.2025.100375>

Arexis, M., Feron, G., Brindisi, M. C., Billot, P. É., & Chambaron, S. (2023). A scoping review of emotion regulation and inhibition in emotional eating and binge-eating disorder: what about a continuum? *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 197. DOI: 10.1186/s40337-023-00916-7

Asmari Bardezard Y, Khanjani S, Mousavi Asl E, Dolatshahi B. (2021). Effect of Emotion-focused Therapy on Anxiety, Depression and Difficulty in Emotion Regulation in Women With Binge Eating Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*; 27 (1) :2-15 (in persian). <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3119-fa.html>

Bagheri Avval Taheri S, Soleimani E, Zeinali S. (2026). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) group training on spiritual-social health and emotion regulation of delinquent women. *Journal of Psychological Science*. 25(159), : 10. (in persian). doi:10.61186/jps.25.159.10

حسینی، جعفر. (۱۳۸۹). خصوصیات روانسنجی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. *مجله روانشناسی بالینی: نوآوری ها در پژوهش و عمل*. ۲(۳)، ۸۴-۷۳. doi: 10.22075/jcp.2017.2031

ذریعه، سارا؛ نادری، فرح؛ عسگری، پرویز و بختیارپور، سعید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری روانشناختی و احساس انسجام در بیماران قلبی - عروقی مبتلا به چاقی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۱۲(۳)، ۳۳۶۳-۳۳۷۴. doi: 10.22038/mjms.2021.19942

قاسمی، پوریا؛ مرادی، آسیه و جبرائیلی، هاشم (۱۴۰۴). بررسی نقش میانجی گر انعطاف پذیری روانشناختی در رابطه بین ویژگی های شخصیتی و فرسودگی شغلی معلمان دوره ابتدایی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۴(۱۵۲)، ۱۱۷-۱۳۳. doi:10.61186/jps.24.152.117

وطن پناه، شیوا؛ خلعتبری، جواد؛ طیبی، افشین؛ ثابت، مهرداد. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار خوردن هیجانی، اختلال در تنظیم هیجان، استرس ادراک شده و نشخوار فکری در زنان مبتلا به چاقی مزمن. *مجله خانواده درمانی کاربردی*، ۴(۲)، ۱۱۵-۱۲۸. DOI: <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.7>

یراقچی، آزاده؛ جمهری، فرهاد؛ صیرفی، محمدرضا، کراسکیان موجمباری، آدیس و محمدی فارسانی، غلامرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی. *آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایران*، ۷(۲)، ۱۹۲-۲۰۱. <http://doi.org/10.30699/ijhehp/7.2.192>

- Bayat M, Basharpour S, Aghajani S, Mikaeili N. (2025). Comparing the effectiveness of emotional schema therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance and emotion regulation difficulty in people with major depressive disorder. *Journal of Psychological Science*. 24(150), 59-81. (in persian). doi:10.61186/jps.24.150.59
- Bricker, J. B., Mull, K. E., Sullivan, B. M., & Forman, E. M. (2021). Efficacy of telehealth acceptance and commitment therapy for weight loss: a pilot randomized clinical trial. *Translational behavioral medicine*, 11(8), 1527-1536. doi: 10.1093/tbm/ibab012.
- Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S. K., Papandreou, D., Spanoudaki, M., Vasios, G. K., ... & Giaginis, C. (2023). The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: a review of the current clinical evidence. *Nutrients*, 15(5), 1173. DOI: 10.3390/nu15051173
- Danesh Doost, H., Jounaghani, M. N., Riahi, R., Heidari-Beni, M., Hosseini, M., Sharifianjazi, F., & Kelishadi, R. (2025). Association of genetic, environmental, and nutritional factors with metabolic phenotypes of obesity: a scoping review. *Journal of Obesity*, 2025(1), 8472196. doi: 10.1155/job/8472196
- Dehghani, A., Molani-Gol, R., Mohammadi-Narab, M., Norouzy, A., Abolhassani, M. H., Tabatabaee Jabali, S. M., ... & Mohammadi-Nasrabadi, F. (2024). The prevalence of obesity and overweight among Iranian population: an umbrella systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 24(1), 3377. doi: 10.1186/s12889-024-20860-8
- Devonport, T. J., Nicholls, W., & Fullerton, C. (2019). A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. *Journal of health psychology*, 24(1), 3-24. DOI: 10.1177/1359105317697813
- Doll, A., Hölzel, B. K., Bratec, S. M., Boucard, C. C., Xie, X., Wohlschläger, A. M., & Sorg, C. (2016). Mindful attention to breath regulates emotions via increased amygdala–prefrontal cortex connectivity. *Neuroimage*, 134, 305-313. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2016.03.041
- Etefaghi, M., Sabet, M., & Mirhashemi, M. (2020). Compare the effectiveness of Barlows unified transdiagnostic treatment, Emotion-focused therapy and mindfulness on the body mass index of adults with obesity in tehran. *Clinical Psychology Studies*, 11(40), 103-131. (in persian). doi: 10.22054/jcps.2021.57332.2481
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Ghasemi P, Moradi A, Jebraeili H. (2025). The Mediating Role of Psychological Flexibility in the Relationship between Personality Traits and Burnout among Elementary School Teachers. *Journal of Psychological Science*. 24(152), 117-133. (in persian). doi:10.61186/jps.24.152.117
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of eating disorders*, 9(1), 2. DOI: 10.1186/s40337-020-00358-5
- Godet, A., Fortier, A., Bannier, E., Coquery, N., & Val-Laillet, D. (2022). Interactions between emotions and eating behaviors: Main issues, neuroimaging contributions, and innovative preventive or corrective strategies. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 23(4), 807-831. DOI: 10.1007/s11154-021-09700-x
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: An overview. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 4(33), 1-12. https://doi.org/10.17066/pdrr.42956

- Güngör, S. (2026). A comparative interventional study on the effectiveness of acceptance and commitment therapy, emotion-focused therapy, and attachment-based therapy in improving emotion regulation among adolescents with digital game addiction. *Frontiers in Psychology*, 17, 1780192. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1780192>
- Ha, O. R., & Lim, S. L. (2023). The role of emotion in eating behavior and decisions. *Frontiers in Psychology*, 14, 1265074. doi: [10.3389/fpsyg.2023.1265074](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1265074)
- Hasani, J. (2010). The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 2(3), 73-84. (in persian). doi: [10.22075/jcp.2017.2031](https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2031)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Strosahl, K. (Eds.). (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media.
- Iturbe, I., Echeburúa, E., & Maiz, E. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy upon weight management and psychological well-being of adults with overweight or obesity: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(3), 837-856. DOI: [10.1002/cpp.2695](https://doi.org/10.1002/cpp.2695)
- Iturbe, I., Urkia-Susin, I., Echeburúa, E., Barbón, A. M., & Maiz, E. (2024). An acceptance and commitment therapy and mindfulness group intervention for the psychological and physical well-being of adults with body mass indexes in the overweight or obese range: The Mind&Life randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 34, 100827. doi: [10.1016/j.jcbs.2024.100827](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100827)
- Klatzkin, R. R., Nolan, L. J., & Kissileff, H. R. (2022). Self-reported emotional eaters consume more food under stress if they experience heightened stress reactivity and emotional relief from stress upon eating. *Physiology & behavior*, 243, 113638. DOI: [10.1016/j.physbeh.2021.113638](https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2021.113638)
- Klatzkin, R. R., Nolan, L. J., Chaudhry, R., Geliebter, A., & Kissileff, H. R. (2021). Measures of emotions as influences on eating and weight control. In *Emotion measurement* (pp. 871-906). Woodhead Publishing. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-821124-3.00027-2>
- Kozubal, M., Szuster, A., & Wielgopalan, A. (2023). Emotional regulation strategies in daily life: the intensity of emotions and regulation choice. *Frontiers in psychology*, 14, 1218694. doi: [10.3389/fpsyg.2023.1218694](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1218694)
- Madalı, B., Alkan, Ş. B., Örs, E. D., Ayrancı, M., Taşkın, H., & Kara, H. H. (2021). Emotional eating behaviors during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Clinical nutrition ESPEN*, 46, 264-270. DOI: [10.1016/j.clnesp.2021.09.745](https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.09.745)
- Marren, C., Mikoška, P., O'Brien, S., & Timulak, L. (2022). A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1611-1625. DOI: [10.1002/cpp.2745](https://doi.org/10.1002/cpp.2745)
- Merwin, R. M., Moskovich, A. A., & Scheiber, F. (2025). Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders. *Psychiatric Clinics*, 48(3), 521-535. DOI: [10.1016/j.psc.2025.02.007](https://doi.org/10.1016/j.psc.2025.02.007)
- Morillo-Sarto, H., López-del-Hoyo, Y., Pérez-Aranda, A., Modrego-Alarcón, M., Barceló-Soler, A., Borao, L., ... & Montero-Marin, J. (2023). 'Mindful eating' for reducing emotional eating in patients with overweight or obesity in primary care settings: A randomized controlled trial. *European Eating Disorders Review*, 31(2), 303-319. DOI: [10.1002/erv.2958](https://doi.org/10.1002/erv.2958)
- Organization, W. H. (2024). Obesity and Overweight. Retrieved October 29 from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Osoro, A., Villalobos, D., & Tamayo, J. A. (2022). Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(3), 815-836. DOI: [10.1002/cpp.2690](https://doi.org/10.1002/cpp.2690)

- Ostadian Khani Z, Hasani F, Sepahmansour M, Keshavarzi Arshadi F.(2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Image Flexibility and Affect Control in Women with Binge Eating Disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*; 6 (3) :94-102. (in persian). <http://ijrn.ir/article-1-538-fa.html>
- Power, D., Jones, A., Keyworth, C., Dhir, P., Griffiths, A., Shepherd, K., ... & Ells, L. (2025). Emotional eating interventions for adults living with overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of behaviour change techniques. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 38(1), e13410. doi: 10.1111/jhn.13410
- Rahme, C., Obeid, S., Sacre, H., Haddad, C., Hallit, R., Salameh, P., & Hallit, S. (2021). Emotional eating among Lebanese adults: scale validation, prevalence and correlates. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(4), 1069-1078. DOI: 10.1007/s40519-020-01001-7
- Rehm, I. C., & Staiger, P. K. (2018). Emotion regulation and psychopathology: Current understanding and new directions. *Clinical Psychologist*, 22(2), 109–111. <https://doi.org/10.1111/cp.12164>
- Reichenberger, J., Schnepfer, R., Arend, A. K., & Blechert, J. (2020). Emotional eating in healthy individuals and patients with an eating disorder: evidence from psychometric, experimental and naturalistic studies. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(3), 290-299. doi: 10.1017/S0029665120007004
- Saeedi M, Mokhlesabadi Farahani M, mohammadi F, nami F, mohamadiyan M. (2025). The Effectiveness of Emotion-focused Therapy on Feelings of Shame and Body Image Concerns in Obese Women. *IJRN* 2025; 12 (1) :53-63. (in persian). doi:10.22034/IJRN.12.1.6
- Schumacher, L. M., Miller, N., Jennings, E. L., Chabria, R., & Butryn, M. L. (2025). Acceptance and commitment therapy for obesity. *Current obesity reports*, 14(1), 41. DOI: 10.1007/s13679-025-00634-y
- Stiegler, J. R., Schanche, E., Danielsen, Y. S., & Hjeltnes, A. (2025). Growth in challenging situations: A qualitative investigation of therapists' experience of delivering emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research*, 35(8), 1313-1325. DOI: 10.1080/10503307.2024.2432680
- Vatanpanah, S., Khalatbari, J., Tayyebi, A., & Sabet, M. (2023). The effectiveness of compassion-focused therapy on emotional eating behavior, emotional dysregulation, perceived stress, and rumination in women with chronic obesity. *Applied Family Therapy Journal*, 4(2), 115–128. (in persian). <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.7>
- Villalobos, D., Pacios, J., & Vázquez, C. (2021). Cognitive control, cognitive biases and emotion regulation in depression: A new proposal for an integrative interplay model. *Frontiers in psychology*, 12, 628416. doi: 10.3389/fpsyg.2021.628416
- Yaraghchi A, Jomehri F, Seyrafi M, Kraskian Mujembari A, Mohammadi Farsani G. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Loss and Cognitive Emotion Regulation in Obese Individuals. *Iran J Health Educ Health Promot*; 7 (2) :192-201. (in persian). doi:10.30699/ijhehp.7.2.192
- Yuan, J., Zheng, M., Liu, D., & Wang, L. (2024). Effect of acceptance and commitment therapy on emotion regulation in adolescent patients with nonsuicidal self-injury. *Alpha psychiatry*, 25(1), 47. DOI: 10.5152/alphapsychiatry.2024.231324
- Zarieh, S., Naderi, F., Asgari, P., & Bakhtiarpoor, S. (2021). The effectiveness of emotion-focused therapy in psychological flexibility and internal cohesion among cardiovascular patients with obesity. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences*, 64(3), 3363-3374. (in persian). doi: 10.22038/mjms.2021.19942