

# اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن

مهدی زمستانی<sup>۱\*</sup>، احمد سهرابی<sup>۲</sup>، مریم طاهرپور<sup>۳</sup>

۱. دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران  
 ۲. دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران  
 ۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

## چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۴  
 تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۳۱

**زمینه** اختلالات تغذیه و خوردن با اختلالات پایدار در خوردن یا رفتارهای مربوط به خوردن مشخص می‌شود که به سلامت جسمی و عملکرد روانی - اجتماعی آسیب بسیاری می‌زند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس و خودکارآمدی وزن در زنان مبتلا به اختلال خوردن (طیف محدودکننده) انجام شد.

**روش کار** در یک طرح نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، تعداد ۳۰ نفر از دانشجویان دختر مشغول تحصیل دانشگاه کردستان در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ که از نقطه برش معلوم شده در مقیاس محدودیت در غذا خوردن نمرات متوسط رو به بالایی اخذ کرده بودند، پس از ارزیابی بالینی اولیه و احراز شرایط پژوهش، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان متمرکز بر شفقت، ۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جای گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس، و مقیاس سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

**یافته‌ها** نتایج درمانی روی گروه آزمایش پس از دریافت ۸ جلسه درمان متمرکز بر شفقت نشان داد که این درمان موجب کاهش معنادار علائم افسردگی ( $F = ۹۳/۱۵, p < ۰/۰۰۱$ )، اضطراب ( $F = ۴۳/۸۱, p < ۰/۰۰۱$ )، استرس ( $F = ۶۳/۱۵, p < ۰/۰۰۱$ ) و افزایش خودکارآمدی وزن ( $F = ۷۲/۹۴, p < ۰/۰۰۱$ ) در بیماران مبتلا به اختلال خوردن (طیف محدودکننده) شده است.

**نتیجه‌گیری** درمان متمرکز بر شفقت بر علائم روان‌شناختی مبتلایان به اختلال خوردن تأثیر می‌گذارد و این نتایج برای متخصصان بالینی مشغول در کلینیک‌های روان‌شناختی خصوصی و دولتی تلویحات کاربردی دارد.

## کلیدواژه‌ها:

اختلال خوردن، افسردگی، اضطراب، استرس، خودکارآمدی وزن، درمان متمرکز بر شفقت.

## ۱. مقدمه

در مصرف یا جذب غذا و آسیب فراوان به سلامت جسمی و عملکرد روانی - اجتماعی می‌شود. این اختلالات مشکلات مهمی هستند که عموماً در میان نوجوانان و زنان بزرگسال جوان شایع است. این شرایط چه بسا مزمن و عودکننده، و اغلب مرتبط با اختلالات

اختلالات تغذیه و خوردن<sup>۱</sup> با اختلالات پایدار در خوردن یا رفتارهای مربوط به خوردن مشخص می‌گردد که منجر به تغییر

## 1. eating disorders

\* نویسنده مسئول: مهدی زمستانی

نشانی: کردستان، سنندج، دانشگاه کردستان، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، گروه روان‌شناسی

دورنگار: ۰۸۷۳۳۶۲۴۰۰۵

تلفن: ۰۹۱۲۴۳۷۴۴۵۲

رایانه: m.zemestani@uok.ac.ir

شناسه ORCID: 0000-0002-2140-2434

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۶، شماره ۴، مهر و آبان ۱۳۹۸، ص ۵۰۵-۵۱۳  
 آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: [journal@medsab.ac.ir](mailto:journal@medsab.ac.ir)  
 شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

گمانه‌زنی‌هایی در مورد عوامل بروز و تداوم اختلالات‌های خوردن صورت گرفته است. هرکدام از اشکال اختلال خوردن در نتیجه تعامل پیچیده عوامل زیستی، اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی ایجاد می‌شود. درمان اختلالات تغذیه‌ای و خوردن در کاهش بیماری‌های جسمی مانند بیماری‌های قلبی - عروقی و مسائل روان‌شناختی همچون افسردگی و اضطراب و بالا بردن اعتماد به نفس و کیفیت زندگی مبتلایان مؤثر است. امروزه بیش از پیش احساس نیاز به مداخلات روان‌شناختی برای افراد دچار اختلال خوردن افزایش می‌یابد. درمان‌های قبلی تأیید شده برای اختلالات خوردن عبارت‌اند از: درمان شناختی - رفتاری، روان‌درمانی بین‌فردی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و کاهش رفتاری وزن. این رویکردهای درمانی از روش‌هایی برای تغییر دادن الگوهای رفتاری مربوطه، شناخت‌ها و حالت‌های هیجانی استفاده می‌کنند [۱۰].

از سوی دیگر اخیراً روان‌شناسان به مفهوم‌سازی‌های جایگزین برای معرفی نگرش و ارتباط سالم با خود پرداخته‌اند. یکی از این مؤلفه‌ها، مفهوم شفقت به خود<sup>۳</sup> است. اگرچه در روان‌شناسی غربی مفهوم جدیدی است، قرن‌هاست که ریشه در فلسفه شرقی دارد [۱۱]. شفقت به خود به‌عنوان سازه‌ای سه‌مؤلفه‌ای شامل مهربانی به خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در برابر انزوا و هشیاری در مقابل همانندسازی افراطی تعریف شده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط به هم، مشخصه فردی است که به خود شفقت دارد [۱۱]. در تحقیقاتی که در حوزه شفقت انجام شده است، گیلبرت به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان دست یازید و در نهایت روش درمان مبتنی بر شفقت را مطرح کرد. درمان مبتنی بر شفقت شیوه‌ای التقاطی است که از روان‌شناسی اجتماعی، تحولی، تکاملی، بودیستی و نوروساینس و همچنین از دیگر الگوهای درمانی با مداخله مؤثر در انواع مشکلات مربوط به سلامت روانی برآمده است [۱۲-۱۳]. تحقیقات نشان داده‌اند که افراد با شفقت به خود در مقایسه با افراد فاقد شفقت به خود، از سلامت روانی بهتری برخوردارند؛ برای نمونه شفقت به خود در افراد با افسردگی و اضطراب کم، بیشتر دیده می‌شود. شفقت به خود با توانایی‌های روان‌شناختی مثبت، از قبیل شادی، خوش‌بینی، خرد، کنجکاوی و کاوش و هوش هیجانی، ارتباط دارد [۱۴].

پژوهش‌های نسبتاً نادری در مورد کاربرد درمان متمرکز بر شفقت در اختلالات خوردن انجام شده است؛ ولی همین تحقیقات مختصر نیز نشان از اثربخشی این درمان بر این افراد داشته‌اند؛ به طوری که شفقت به خود به صورت کلی پاتولوژی‌های مرتبط با اختلال خوردن مانند نگرانی‌ها در مورد وزن و نگرانی از غذا خوردن

روان‌پزشکی همبود و وضعیت‌های پزشکی باشد. اختلالات خوردن که به‌عنوان سندروم‌های روان‌شناختی مرتبط با چاقی هم شناخته می‌شوند، طیف وسیعی از محدودیت و رژیم گرفتن بیش از اندازه تا سندروم کامل اختلالات خوردن را دربرمی‌گیرد [۱].

اختلالات خوردن اغلب گزارش نمی‌شوند و ممکن است زندگی افراد مبتلا را در معرض خطر قرار دهند. این اختلالات امروزه خطر مهمی برای سلامت جسمی و روانی دختران به‌شمار می‌آیند و تحقیقات انجام‌شده در سراسر جهان نیز تأیید می‌کنند که شمار نسبتاً زیادی از دختران با مشکلات خوردن مواجه‌اند [۲-۳]. در ایران در جامع‌ترین مطالعه صورت‌گرفته، مشخص شد که ۱۶/۲۴٪ از دانشجویان مورد بررسی در معرض ابتلا به اختلالات خوردن هستند [۴]. پژوهش‌های مختلف نشان داد که بیشتر دانشجویان تصویر منفی از بدن خود دارند و زنان بیشتر از مردان از تصویر بدنی منفی رنج می‌برند و بیشتر دچار بی‌اشتهایی روانی و اختلال خوردن می‌شوند [۵]. دختران در بیشتر موارد توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند و اغلب در تلاش برای مواجهه با فشارهای مرتبط با تغییرات دوره‌های بحرانی، نگرش‌های نادرستی به خوردن اتخاذ می‌کنند و این مواجهه ممکن است منجر به مشکلات رفتاری خوردن شود.

افرادی که از اختلال خوردن رنج می‌برند، شاهد آثار وخیم آن در زندگی خود هستند. این دسته از اختلالات عوارض تغذیه‌ای و روانی متعددی دارند؛ مثلاً افراد مبتلا به پراشتهایی یا بی‌اشتهایی عصبی مشکلاتی در جنبه‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند [۷]. پژوهش‌های متنوع در زمینه اختلالات خوردن نشان داد که چرخش‌های مکرر و کوتاه اختلال خوردن از نوع محدودکننده<sup>۱</sup> ممکن است منجر به بی‌اشتهایی عصبی<sup>۲</sup> در بیماران شود [۷]. شایان ذکر است کسانی که نمره‌های بالاتری در اقدامات مربوط به خوردن گزارش داده بودند، به خودباوری پایین‌تر همراه با محدودیت در رژیم غذایی، ناراضی‌تری از بدن، بداندگاری به چاقی بدن، اضطراب و نشانه‌های افسردگی تمایل داشتند [۸].

در نظریه بندورا، مفهوم خودکارآمدی<sup>۳</sup> اشاره به باور فرد از توانایی خود برای انجام دادن رفتاری خاص دارد [۹]. خودکارآمدی پایین با احتمال شکست در درمان و بازگشت به شیوه‌های ناصحیح تغذیه‌ای قبلی رابطه مثبت دارد. خودکارآمدی عامل مهمی است که باید در برنامه‌های آموزش و مشاوره‌های تغذیه‌ای کاهش وزن مورد توجه قرار گیرد؛ زیرا فقط اطلاع‌رسانی درباره رفتار سالم کافی نیست [۹].

3. self-efficacy  
4. self-compassion

1. restricted  
2. anorexia nervosa

گروه کنترل (۱۵ نفر) جای گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص بالینی اختلال خوردن (طیف محدودکننده) براساس مصاحبه بالینی طبق DSM-5، دانشجوی دانشگاه کردستان بودن، داشتن سن ۱۸ تا ۳۵ سال و رضایت کامل داوطلب برای شرکت در طرح. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: داشتن اختلال سایکوتیک یا تشخیص اختلال‌های افسردگی با خصوصیات سایکوتیک و داشتن سوءمصرف مواد. برای جمع‌آوری داده‌ها، علاوه بر پرسش‌نامه دموگرافیک جهت به‌دست آوردن اطلاعات جمعیت‌شناختی مراجعان، از پرسش‌نامه‌ها و مقیاس‌های زیر هم استفاده شد:

**مقیاس تجدیدنظرشده محدودیت خوردن (RRRS):** این مقیاس که آدامز و لیری [۱۷] آن را تهیه کردند، ۱۲ آیتم دارد که برای ارزیابی دو مؤلفه از رفتارهای غذا خوردن است. تحلیل عاملی از (۱۲ آیتم) ۲ عامل اصلی را به‌همراه داشت: ۱. محدودیت در غذا خوردن (تمایل و تلاش برای جلوگیری از خوردن برخی از انواع مواد خوراکی)؛ ۲. خوردن همراه با احساس گناه (تمایل به احساس گناه هنگام خوردن برخی مواد خوراکی). هرکدام از مقیاس‌ها همسانی درونی خوبی را نشان دادند و همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای محدودیت ۰/۸۲ و برای احساس گناه ۰/۹۲ به‌دست آمد [۱۷].

**مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS):** لویندا در سال ۱۹۹۵ این مقیاس را تهیه کرد. هریک از خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس شامل ۷ گویه است که نمره نهایی هرکدام از طریق مجموع نمرات گویه‌های مربوط به آن به‌دست می‌آید. هر گویه از صفر (اصلاً درمورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً درمورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در یک نمونه‌هنجاری ۷۱۷ نفری به این شرح به‌دست آمد: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱. روایی و اعتبار این مقیاس در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته که اعتبار بازمیابی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به‌ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷، و روایی آن نیز به‌شیوه تحلیل عاملی از نوع تأییدی است.

**مقیاس سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن (WELS):** توسط کلارک و همکاران [۱۸] تدوین شد و شامل ۵ موقعیت به این ترتیب است: هیجان منفی، دسترسی به غذا، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمانی و فعالیت‌های مثبت. این مقیاس دارای ۲۰ گویه درخصوص خودکارآمدی رفتار خوردن است که در آن آزمودنی‌ها میزان اعتماد و اطمینان خود در کنترل و جلوگیری از رفتار خوردن را در موقعیت‌های مختلف و وسوسه‌انگیز براساس طیف لیکرتی

را کاهش می‌دهد و باعث بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد دارای اختلال خوردن در مقایسه با گروه کنترل می‌شود. برای نمونه هافمن و همکاران [۱۵] در پژوهشی نشان دادند که توسعه شفقت به خود به کاهش طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی افراد دارای اختلالات خوردن از جمله افسردگی، اضطراب و استرس کمک شایان توجهی کرده است. درکل برپایه یافته‌های پژوهشی، افراد دچار اختلالات خوردن که سطح پیشرفته‌ای از شفقت به خود را دریافت کرده‌اند، درمقابل کسانی که سطح پایین‌تری از شفقت به خود را کسب کرده‌اند، زودتر بهبود می‌یابند و از تصویر بدنی مثبت‌تری در مقایسه با گروه کنترل برخوردارند [۱۶].

نتایج چنین تحقیقات مبتنی بر شواهد، کاربرد درمان متمرکز بر شفقت را درمورد اختلالات خوردن هرچه بیشتر موجه می‌کند. از آنجا که درمان مبتنی بر شفقت ممکن است نقش حفاظتی در برابر تصویر بدن و رفتارهای غذا خوردن ایفا کند، این درمان می‌تواند با توسعه شفقت به خود و کاهش خودانتقادگری بر افسردگی، اضطراب و استرس، سرکوب افکار و عواطف منفی و خودکارآمدی تأثیر بگذارد و باعث کاهش نشانه‌های اختلال خوردن در بیماران سرپایی دارای اختلال خوردن با طیف محدودکننده شود. با توجه به اثرات منفی روان‌شناختی اختلالات خوردن بر مبتلایان و اهمیت تغییر سبک زندگی و سبک مقابله‌ای این بیماران براساس مداخلات روان‌شناختی و با توجه به اینکه در داخل کشور تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بیماران مبتلا به اختلالات خوردن انجام نشده است، هدف اساسی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس و نیز خودکارآمدی وزن در میان دانشجویان دختر دارای اختلال خوردن با طیف محدودکننده بود.

## ۲. مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر بر مبنای هدف، از نوع تحقیقات کاربردی و بر مبنای شیوه جمع‌آوری داده‌ها، از نوع مطالعات نیمه‌تجربی بود که از طرح گروهی پیش‌آزمون — پس‌آزمون توأم با گروه کنترل استفاده کرد. جامعه آماری پژوهش را تمام دانشجویان مقاطع تحصیلی مختلف دانشگاه کردستان که به اختلالات تغذیه‌ای مبتلا بودند، تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از دانشجویان دختر بودند که از نقطه برش معلوم‌شده در پرسش‌نامه محدودیت در غذا خوردن نمرات متوسط رو به بالایی اخذ کرده بودند. پس از ارزیابی بالینی اولیه و احراز شرایط پژوهش، به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه درمان متمرکز بر شفقت (۱۵ نفر) و

3. weight efficacy lifestyle scale

1. revised rigid restraint scale (RRRS)

2. depression, anxiety, & stress scale (DASS)

که به صورت هفتگی و در ۶۰ دقیقه برگزار شد. درمان طبق راهنمای عملی که از پروتکل نف (۲۰۰۳) اقتباس و برای استفاده در قالب گروهی جرح و تعدیل شده بود، اجرا شد. جلسات درمانی در مرکز مشاوره خوابگاه دختران دانشگاه کردستان برگزار شد. زمان اجرای آزمون‌ها در اواخر نیم‌سال اول سال تحصیلی ۹۴-۹۵ و زمان اجرای جلسات درمانی نیز در محدوده زمانی نیم‌سال دوم بود. افراد گروه آزمایش ۸ جلسه کلاس آموزشی درمان متمرکز بر شفقت را دریافت کردند؛ اما افراد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، دوباره پرسش‌نامه‌ها برای اعضای هر دو گروه اجرا و نمرات آن‌ها در پرسش‌نامه‌ها با نمرات قبلی‌شان مقایسه شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، پس از اتمام مداخله، ۲ جلسه آموزش کلی در زمینه اختلالات خوردن به گروه کنترل ارائه شد. ساختار جلسات به شرح ذیل بود:

جدول ۱. ساختار جلسات درمانی

زمان بندی جلسات درمان	درمان متمرکز بر شفقت
جلسه ۱	عنوان و محتوای کلی جلسه: برقراری رابطه اولیه و ارزیابی شدت مشکلات مراجع و بررسی وضعیت فعلی مشکلات افراد برای شناخت بیشتر. آشنایی مراجع و درمانگر با یکدیگر، بیان انتظارات مراجع از درمان و شرح قوانین جلسات. توضیح مختصر مدل درمانی CFT و چارچوب‌های اصلی درمان مبتنی بر شفقت آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش ریتمیک انجام شد. اجرای پیش‌آزمون. تکلیف خانگی: تمرین تنفس آرامش‌بخش ریتمیک.
جلسه ۲	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: بررسی نوع برخورد مراجع با خود (سبک انتقادگر یا شفقت‌گر)، تعریف خودانتقادی و علل و پیامدهای آن، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن‌ها با هم، و تعریف شفقت. تکلیف خانگی: تمرین تنفس ریتمیک یا انواع خود، شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر.
جلسه ۳	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: شفقت به خود چیست؟ ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روحی فرد. توضیح درباره حضور ذهن و آموزش آن. بحث درباره موقعیت‌های دشوار و واکنش‌های افراد در آن شرایط. انجام تمرین تنفس با حضور ذهن در پایان جلسه. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه و پاسخ به سؤال «چقدر به خود شفقت می‌ورزید»؟
جلسه ۴	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تمرین یوگا (ریلکسیشن برای مهار اضطراب)، معرفی تصویرسازی ذهنی و آموزش آن. بررسی میزان تکانش‌پذیری مراجع در موقعیت‌های مختلف و آموزش تمرین یوگا برای مقابله و کاهش آن. انجام تمرین تصویرسازی دل‌سوزانه. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه، کامل کردن جدول مربوط به مهارت‌های شفقت.
جلسه ۵	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: پرورش خود شفقت‌ورز و معرفی مفاهیم خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت. انجام تکلیف نوشتن نامه دل‌سوزانه. انجام تمرین تنفس همراه با خرد، توانایی و گرمی. تکلیف خانگی: انجام تمرین جلسه و نوشتن نامه دل‌سوزانه.
جلسه ۶	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: نوشتن قسمت دوم نامه دل‌سوزانه. آموزش مفهوم به‌هشیاری و منطق آن. آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت. انجام تمرین اسکن دل‌سوزانه در پایان جلسه. تمرین خانگی: انجام تمرین جلسه.
جلسه ۷	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تمرکز بر خود شفقت‌ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس و رفتار). بحث درباره تفکر شفقت‌ورز و آموزش تأثیرافکار بر خشم، اضطراب و هیجان‌ها. انجام تمرین کشمش خوردن با حضور ذهن. تکلیف خانگی: تصویرپردازی ذهنی خودشفقت‌ورز.
جلسه ۸	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: یادآوری مهارت‌های شفقت و توضیح نقش شفقت در کنترل هیجان‌ها، هدایت نحوه تفکر. مرور آموزش افکار و رفتار شفقت‌گر در مقابل انتقادگر. بحث درباره حساسیت‌های بین‌فردی و واکنش به طردشدگی و به‌کار بردن مهارت‌های شفقت در کنترل و کاهش این واکنش‌ها. اجرای تمرین مانترای شخصی دل‌سوزانه. اجرای پیش‌آزمون. تمرین خانگی: کامل کردن تمرین مهارت‌های شفقت، به‌کار بستن و تداوم تکنیک‌ها در زندگی واقعی.

متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، و سپس یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش ارائه شد.

پنج‌نقطه‌ای (از عدم اعتماد و اطمینان تا بسیار مطمئن) بیان می‌کنند. همه گویه‌ها به‌طور مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمرات آن‌ها بین صفر تا حداکثر ۸۰ متغیر است. اعتبار و روایی برای نمره کل این مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است [۱۸]. اعتبار و روایی این مقیاس توسط نویدیان و همکاران (۱۳۸۸) بررسی شده است. ضریب اعتبار این ابزار به‌شیوه بازآزمایی برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۱ به‌دست آمد. به کمک تحلیل عاملی، ۵ عامل هیجان‌های منفی، دردسترس بودن مواد غذایی، فشارهای اجتماعی، ناراحتی‌های جسمانی و فعالیت‌های مثبت و سرگرم‌کننده از مقیاس اصلی استخراج و تأیید شده است. همچنین همبستگی ۵ عامل با نمره کل مقیاس، همبستگی معنادار با نمره کل مقیاس خودکارآمدی و افزایش نمره کل مقیاس طی آموزش تغذیه، همه نشان‌دهنده کفایت و کارایی این مقیاس بوده است [۱۹].

کاربندی آزمایش، اجرای ۸ جلسه درمان گروهی شفقت به خود بود

۳. یافته‌ها

در ابتدا مشخصات توصیفی و شاخص‌های آماری دو گروه در

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مقیاس	شاخص‌های آماری		گروه آزمایش		گروه کنترل
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پس‌آزمون
DASS	۲۲/۸۰	۱۲/۲۰	۲۰/۲۰	۲۰/۴۶	
(زیرمقیاس افسردگی)	انحراف معیار	۷/۲۳	۱/۵۲	۲/۲۹	
DASS	۱۶/۳۳	۱۱/۵۳	۲۰/۰۰	۱۹/۶۰	
(زیرمقیاس اضطراب)	انحراف معیار	۱/۶۷	۱/۴۰	۲/۷۹	
DASS	۲۲/۱۳	۱۲/۸۰	۲۲/۲۰	۲۱/۴۶	
(زیرمقیاس استرس)	انحراف معیار	۳/۱۵	۱/۸۵	۲/۶۹	
خودکارآمدی وزن	۳۳/۲۶	۶۲/۶۰	۳۱/۳۳	۲۸/۶۶	
	انحراف معیار	۶/۵۸	۷/۳۲	۹/۲۶	

معنادار است ( $F = ۶۴/۴۸$ ,  $p < ۰/۰۰۱$ ). بر این اساس می‌توان می‌توان گفت حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. برای بررسی تفاوت، تحلیل کوواریانس چندمتغیره روی میانگین نمره‌های پیش‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ آمده است.

از تحلیل کوواریانس چندمتغیره<sup>۱</sup> برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. بدین منظور، چهار مفروضه زیربنایی تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن<sup>۲</sup>، همخطی چندگانه<sup>۳</sup>، همگنی واریانس<sup>۴</sup>ها و همگنی شیب‌های رگرسیون<sup>۵</sup> بررسی شدند و نتایج حاکی از تأیید آن‌ها بود. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته به کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد که مقدار  $F$  لامبدای ویلکز

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره، روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	df	F	p	مجذورات
افسردگی DASS	۱۹۸/۳۷	۱	۹۳/۱۵۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲
اضطراب DASS	۱۳۳/۳۰	۱	۴۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸
استرس DASS	۲۴۷/۲۹	۱	۶۳/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵
خودکارآمدی وزن	۳۳۶۵/۸۷	۱	۷۲/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷

هیجان منفی را پس از دریافت غذاهای پرکالری کاهش می‌دهد [۲۰]. بنابراین ایجاد شفقت به خود روشی ارزشمند برای درمان اختلالات خوردن و بهبود نشانه‌های همراه با این اختلال است [۲۱]. پژوهش حاضر در همین راستا و با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شفقت به خود بر نشانگان اختلال خوردن و نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس و خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا به اختلال خوردن (طیف محدودکننده) انجام شد. نتایج آشکار کرد که درمان موجب کاهش معنادار در نشانگان اختلال خوردن و علائم افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش خودکارآمدی وزن در افراد مبتلا شده است. یافته‌های این پژوهش همخوان با مطالعاتی است که نشان می‌دهند وجود نگرش مشفقانه در افراد به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به‌واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه نمایند [۲۲]. بنابراین افرادی که

براساس نتایج جدول ۳، تفاوت در متغیرهای افسردگی ( $F = ۹۳/۱۵$  و  $p < ۰/۰۰۱$ )، اضطراب ( $F = ۴۳/۸۱$  و  $p < ۰/۰۰۱$ )، استرس ( $F = ۶۳/۱۵$  و  $p < ۰/۰۰۱$ ) و خودکارآمدی وزن ( $F = ۷۲/۹۴$  و  $p < ۰/۰۰۱$ ) معنادار است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، نسبت  $F$  در مورد تمام متغیرهای مورد بررسی معنادار است. مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد که نمرات افسردگی، اضطراب و استرس کاهش داشته و نمره خودکارآمدی وزن افزایش یافته است.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

شواهد پژوهشی نشان داد که القای شفقت به خود در افراد با محدودیت در غذا خوردن احساس گناه، خودسرزنی و

4. homogeneity of variance  
5. homogeneity of regression

1. MANCOVA  
2. linearity  
3. multicollinearity

و مهارت‌های خودتنظیمی (مانند تحمل احساسات بد) و پذیرش درمقابل تلاش برای سرکوب یا فرار فراهم می‌آورد؛ بنابراین شفقت به خود با خودنظارتی بیشتر و سازگارتر و شدت غذا خوردن کمتر سازگارتر است [۷]. لذا شفقت به خود استرس و عدم بازداری پس از مصرف غذاهای پرکالری در افراد با محدودیت غذا خوردن را کاهش می‌دهد [۳۰]. مهارت‌های بالقوه عوامل توضیحی در ارتباط بین شفقت به خود و عوامل غذا خوردن بصری است؛ هر دوی این فرایندهای خودنظارتی به‌عنوان مکانیسم‌های احتمالی برای مقابله با کاهش آگاهی آشکار در امتداد زنجیره اختلال خوردن مشخص شده‌اند [۳۱]. نگرش شفقت به بدن خود به‌نظر می‌رسد احساس پذیرش را افزایش و اجازه دهد برخی از تجارب منفی مربوط به بدن و رفتارهای غذا خوردن به‌رسمیت شناخته شود؛ بنابراین لازم نیست افراد بدن خود را کنترل کنند و از این طریق از ارزش خود و پذیرش اجتماعی محافظت نمایند [۳۲]. علاوه بر این، درمان شفقت با کاهش خودسرزندی و به‌رسمیت شناختن اینکه هرکسی می‌تواند غذاهای با ممنوعیت بالا را مصرف کند، به افراد در کنترل کردن غذا خوردن خود کمک می‌کند [۱۸]. آدامز و لیری [۱۷] نیز دریافته‌اند که افراد تحت رژیمی که خودتهدیدی را تجربه می‌کنند (برای مثال شکست در یک کار به‌ظاهر آسان) نسبت به افراد غیررژیمی عدم بازداری بیشتری در غذا خوردن نشان می‌دهند. نتایج پژوهش مذکور گویای آن است که درمان متمرکز بر شفقت با تعدیل خودتهدیدی باعث کاهش عدم بازداری در افراد رژیمی می‌شود.

شفقت به خود مؤلفه شناختی نیرومندی دارد و از نگرش‌های فرد به خود و دیگران تأثیر می‌پذیرد. از این رو با درنظر گرفتن این نظر شناختی که افسردگی با افکار و شناخت‌های مربوط به فقدان و ناکامی و نگرش‌های منفی به خود، دیگران، گذشته و آینده همراه است [۳۳]، می‌توان فرض کرد که ارتباطی بین این ویژگی‌ها و افسردگی وجود داشته باشد؛ به این صورت که دل‌سوزی پایین به خود با خودانتقادی و خودمحکوم‌سازی همراه می‌شود و عدم بخشش خود و دیگران نیز منجر به نشخوارگری ذهنی شده، علائم افسردگی را تداعی می‌کند. از بسیاری جهات شفقت به خود می‌تواند یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور مفید درنظر گرفته شود. از آنجا که شفقت به خود، نیازمند آگاهی به‌هشیارانه از هیجانات خود است [۳۴] دیگر از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود؛ بلکه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی، به آن‌ها نزدیک می‌شویم. بنابراین هیجانات منفی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شوند و به ما فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب

شفقت به خود بالاتری دارند، در تجربه وقایع ناخوشایند، خصوصاً تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، با درنظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند (مؤلفه اشتراکات انسانی). همچنین مؤلفه به‌هشیاری شفقت به خود، به فرد کمک می‌کند که از شکل‌گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای فکری به‌عنوان خصیصه محوری افسردگی پیشگیری کند [۲۳-۲۵] و از آنجا که بخش عمده‌ای از هیجان‌های منفی که افراد تجربه می‌کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به‌دنبال تجارب منفی در ذهن آن‌ها ایجاد می‌شود، می‌توان گفت مؤلفه به‌هشیاری و ذهن‌آگاه بودن با کاهش نشخوارگری افراد موجب کاهش هیجان‌های منفی در آن‌ها می‌شود [۲۶-۲۷]. درواقع شفقت به خود مانند یک ضربه-گیر درمقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افراد دارای شفقت به خود بالا از آنجا که با سخت‌گیری کمتر خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر برپایه عملکرد واقعی‌شان است؛ چراکه قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خودانتقادی اغراق‌آمیز میل می‌کند و نه به سمت یک تورم خوددفاعی. براساس یافته‌های لیری و همکاران [۲۸] شفقت به خود در سه موقعیت مواجهه با حوادث منفی واقعی، به‌یاد آوردن حوادث منفی گذشته و تصور حوادث منفی خیالی با سطوح پایین‌تر عواطف منفی در ارتباط است و منجر به تسهیل توانایی افراد در مقابله با عواطف منفی می‌شود. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت در حوادث منفی دارند و می‌توانند اتفاقات منفی را با آنچه که هستند، در ارتباط ببینند؛ اما همین حوادث منفی را کمتر نشخوار می‌کنند و درنتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجانات منفی، افسردگی، اضطراب و استرس دارند. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های کلی و همکاران [۱۵] هم‌راستاست. آن‌ها نشان دادند افراد دچار اختلالات خوردن که سطح پیشرفته‌ای از شفقت به خود را دریافت کرده‌اند، زودتر بهبود می‌یابند و نشانگان اختلال خوردن آن‌ها سریع‌تر خوب می‌شود. هرچند که مطالعات اندکی در زمینه کارایی درمان مبتنی بر شفقت در اختلالات خوردن صورت گرفته، در ارتباط با نشانگان هم‌آیند با این اختلال توانسته است در افراد مفید واقع شود [۲۹]. وب و فورمن [۷] نشان دادند که استرس درمورد شکستن رژیم غذایی ممکن است انگیزه افراد برای مقابله با عاطفه منفی و یا فرار از خودآگاهی را تحت تأثیر قرار دهد. شفقت به خود راهی منحصربه‌فرد از طریق احساسات تطبیقی

عامل مهمی است که باید در برنامه‌های آموزش و مشاوره‌های تغذیه‌ای کاهش وزن مورد توجه قرار گیرد. در نهایت پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت؛ از جمله اجرا نکردن آن در میان دانشجویان پسر، استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی و نداشتن جلسات پیگیری. مسلماً تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است. پیشنهاد می‌شود که به منظور افزایش اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، ترکیب این درمان با گروه درمانی به عنوان یک پکیج درمانی مؤثر در مراکز و مؤسسات درمانی مربوطه اجرا گردد؛ نتایج این پژوهش بر روی مردان نیز بررسی شود؛ مطالعات پیگیری به منظور بررسی درازمدت اثربخشی این قبیل مطالعات مورد توجه قرار گیرد؛ متغیرهای مختلف جسمانی و روانی بیشتری در این قبیل مطالعات بررسی شود؛ به منظور بررسی تأثیرات بومی و فرهنگی، این مطالعه در بافت‌های فرهنگی متنوع کشور ارائه شود. در نهایت می‌توان بیان کرد که نتایج این پژوهش برای متخصصان فعال در مراکز درمانی دارای تلوپحات کاربردی است. این نتایج می‌تواند اطلاعات ارزنده‌ای را در زمینه استفاده از مداخلات روان‌شناختی نوین در اختیار بیماران دچار اختلال خوردن بگذارد و متخصصان فعال را به استفاده از روش‌های مکمل برای این بیماران ترغیب کند

### تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و کسانی که به نوعی در اجرای این پژوهش نقش داشته و روند اجرای آن را تسهیل کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود. در این پژوهش، به کدهای ۳۱ گانه اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دارای آزمون‌های انسانی، مصوب در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توجه شده است.

### References

- [1]. Ozier AD, Henry BW. American Dietetic Association. Position of the nutrition intervention in the treatment of Anorexia a nervosa, bulimia, and other eating disorders. J Am Diet Assoc 2006; 106(12): 2073-82.
- [2]. Collins A. Statistics on eating disorders. from [http://www.annecollins.com/eating\\_disorders/statistics.html](http://www.annecollins.com/eating_disorders/statistics.html). Retrieved October 2005; 26.
- [3]. Engelsen BK, Laberg JC. A comparison of three questionnaires (EAT-12, EDI, and EDE-Q) for assessment of eating problems in healthy female adolescents. Nordic Journal of Psychiatry 2001; 55(2): 129-35.
- [4]. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. International Journal of Eating Disorders 2000; 28(3): 265-71. (Persian)
- [5]. Rasuli S. The relationships of perfectionism personality and body image. Tehran; Tehran university, moc, faculty of education psychology; 2008. (Persian)
- [6]. Vansteelandt K, Probst M, Pieters G. Assessing affective variability in eating disorders: Affect spins less in anorexia nervosa of the restrictive type. Eating behaviors 2013 Aug 1; 14(3): 263-68.
- [7]. Webb JB, a Forman MJ... Evaluating the indirect effect of self-compassion on binge eating severity through cognitive-affective self-regulatory pathways. Eating behaviors 2013; 14: 224-28.
- [8]. Dutoon GR, Martin PD, Rhode PC, Brantley PJ. Use of the weight lifestyle questionnaire with African American: validation and extension of previous finding. journal of Eating behavior 2004; 5: 375-84.
- [9]. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for eating disorder. Behavior Therapy 2010; 41: 106 -120.
- [10]. Neff KD, Vonk R. Self-Compassion Versus Global Self-esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. Journal of personality and social psychology 2003; 84(4): 822-48.

- [11]. Gilbert P. Compassion: Conceptualization, Research and use in Psychotherapy. New York: Routledge Publication 2005.
- [12]. Gilbert P. The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. Constable-Robinson 2009.
- [13]. Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing mediators. *Self and Identity* 2013; 12: 160-176.
- [14]. Hoffmann SG., Grossman P, Hinton DE. Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological intervention. *Clinical Psychology Review*, 13, 1126-1132. doi:10.1016/0272-7358(99)00033-9.
- [15]. Kelly AC et al. "Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility." *Body Image* 2014; 11(4): 446-53.
- [16]. Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafraz M, Sharifian M. The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. *Contemporary Psychology* 2013, 8(1): 91-102. (Persian)
- [17]. Adams CE, Leary MR. "Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters." *Journal of Social and Clinical Psychology* 2007; 26(10): 1120-44.
- [18]. Clark MM, Abrams DB, Niaura RS, Eaton CA, Rossi JS. Self-efficacy in weight management. *Journal of consulting and clinical psychology* 1991; 59(5):739.
- [19]. Navidian A, Abedi MR, Baghban I, Fatehizade MS, Poursharifi H. Reliability and validity of the weight efficacy lifestyle questionnaire in overweight and obese individuals. *International Journal of Behavioral Sciences* 2009; 3(3): 217-22.
- [20]. Lebow J, Sim LA, Kransdorf LN. Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. *Journal of Adolescent Health* 2015; 56(1): 19-24.
- [21]. Kelly AC, Vimalakanthan K, Carter IC. Understanding the roles of self-esteem, self-compassion, and fear of self-compassion in eating disorder pathology: An examination of female students and eating disorder patients. *Eating behaviors* 2014 Aug 1; 15(3): 388-91.
- [22]. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity* 2010; 9(3): 225-40.
- [23]. Zemestani M, Ottaviani C. Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention for co-occurring substance use and depression disorders. *Mindfulness* 2016; 7(6): 1347-55.
- [24]. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity* 2013; 12(2): 146-59.
- [25]. Zemestani M, Imani M, Ottaviani C. A Preliminary Investigation on the Effectiveness of Unified and Transdiagnostic Cognitive Behavior Therapy for Patients With Comorbid Depression and Anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy* 2017; 10(2): 175-85.
- [26]. Wadsworth LP, Forgeard M, Hsu KI, Kertz S, Treadway M, Björgvinsson T. Examining the Role of Repetitive Negative Thinking in Relations Between Positive and Negative Aspects of Self-compassion and Symptom Improvement During Intensive Treatment. *Cognitive Therapy and Research* 2018; 42(3): 236-49.
- [27]. Zemestani M, Davoodi I, Honarmand MM, Zargar Y, Ottaviani C. Comparative effects of group metacognitive therapy versus behavioural activation in moderately depressed students. *Journal of Mental Health* 2016; 25(6): 479-85.
- [28]. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology* 2007; 92(5): 887.
- [29]. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality* 2007; 41(1): 139-54.
- [30]. Tylka TL, Russell HL, Neal AA. Self-compassion as a moderator of thinness-related pressures' associations with thin-ideal internalization and disordered eating. *Eating behaviors* 2015; 17: 23-26.
- [31]. Schoenefeld SJ, Webb JB. Self-compassion and intuitive eating in college women: Examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating Behaviors* 2013; 14(4): 493-96.
- [32]. Ferreira C, Pinto-Gouveia J, Duarte C. Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating behaviors* 2013; 14(2): 207-10.
- [33]. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF et al. *Cognitive Therapy of Depression*. John Wiley & Sons 1979.
- [34]. Bennett-Goleman, T. *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press 2001.
- [35]. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* 2005; 263-325.
- [36]. Presnell K, Pells J, Stout A, Musante G. Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eating behaviors* 2008; 9(2): 170-80.
- [37]. Fontaine KR, Cheskin L. Self-efficacy, attendance, and weight loss in obesity treatment. *Addictive behaviors*, 1998; 22(4), (pp. 567-70). Abstract retrieved from <http://www.sciencedirect.com>.



## Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Depression, Anxiety, Stress, and Weight Self-Efficacy in Patients with Eating Disorder

Mehdi Zemestani<sup>\*1</sup>, Ahmad Sohrabi<sup>2</sup>, Maryam Taherpour<sup>3</sup>

1. Ph.D. in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran
2. Ph.D. in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran
3. M. Sc. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

### Abstract

**Background** Eating disorders are characterized by persistent eating disorders or eating behaviors that leading to significant damage on physical and psychosocial function. This study aimed to examine the efficacy of compassion-focused therapy on improving symptoms of depression, anxiety and stress and weight self-efficacy in women with eating disorders (restrictive type).

**Materials & Methods** In a quasi-experimental design pretest-posttest control group design, a total of 30 girls of University of Kurdistan at the year between 2014-2015 who had higher range at determined cut-off point in Revised Rigid Restraint Scale, after initial clinical assessment and qualifications of the study, purposive sampling method selected and randomly assigned to two experimental (Compassion-Focused Therapy,  $n = 15$ ) and control groups ( $n = 15$ ). Data collection tools were Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS), and Weight Efficacy Lifestyle Scale (WELS) that subjects before and after the intervention were assessed by this tool. In order to analyze the data, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used.

**Results** Outcome of the experimental group received 8 sessions focused therapy showed that treatment focused on compassion have effect on improving depression ( $F = 93.15, p < 0.001$ ), anxiety ( $F = 43.81, p < 0.001$ ), stress ( $F = 63.15, p < 0.001$ ), and weight self-efficacy ( $F = 72.94, p < 0.001$ ), in patients with eating disorder (restrictive type).

**Conclusion** Compassion Focused therapy have efficacy on the psychological symptoms of eating disorder, and these results have practical implications for clinicians and health care providers involved in private and public health centers.

**Received:** 2018/05/14

**Accepted:** 2018/07/22

**Keywords:** Eating disorder, depression, Anxiety, Stress, Weight self-efficacy, Compassion-focused therapy.