

The Effectiveness of Emotion-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Body Compassion and Reduce the Symptoms of Binge Eating in Patients with Binge Eating Disorders: A Case Study

Saadatmand, Kh., Bassak Nejad, *S., Hashemi, E.

Abstract

Introduction: Binge eating disorder leads to changes in food intake and absorption and impairs the health function and quality of life of the affected person. The aim of this study was to investigate the effectiveness of emotion-based cognitive behavioral therapy on body compassion and reduction of symptoms of binge eating in women with binge eating disorder.

Method: In this study, a single-case research design of multiple baseline type was selected. First, the participants entered the baseline and randomly entered the stage of emotion-based cognitive behavioral therapy stage, respectively. The statistical population included all people with binge eating disorder in the year 2022 in Isfahan. Snowball method was used for sampling and 4 people with this disorder who had inclusion criteria were selected as the research sample. Binge eating and body compassion questionnaires were used as evaluation tools in pre-test and follow-up stages. Emotion-based cognitive behavioral therapy sessions were conducted in 14 sessions of 60 minutes.

Results: The plotted graph, percentage improvement formula, and the reliable change index showed that after emotion-based cognitive behavioral therapy 60.22 percent improvement in body compassion and 40.66 percent improvement in binge eating symptoms, and this improvement rate shows a high level of treatment effect.

Conclusion: Therefore, it can be said that the emotion-based cognitive-behavioral therapy protocol has been effective in increasing the scores of body compassion and reducing the symptoms of binge eating in the participants.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Emotion-based, Body compassion, Binge eating.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر شفقت‌ورزی بدنی و کاهش علائم پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری: یک مطالعه موردی

خدیجه سعادت‌مند^۱، سودابه بساک‌نژاد^۲، سید اسماعیل هاشمی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۱

چکیده

مقدمه: اختلال پرخوری منجر به تغییر در مصرف و جذب غذا می‌شود و سلامت، عملکرد و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می‌کند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر شفقت‌ورزی بدنی و کاهش علائم پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری بود.

روش: در این پژوهش طرح پژوهش تک موردی از نوع خط پایه چندگانه انتخاب گردید. ابتدا آزمودنی‌ها به صورت همزمان وارد مرحله خط پایه و به ترتیب به صورت تصادفی وارد مرحله درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان شدند. جامعه آماری در این پژوهش را کلیه افراد دارای اختلال پرخوری در سال ۱۴۰۱ در شهر اصفهان تشکیل دادند و برای نمونه‌گیری از روش گلوله برفی استفاده شد و تعداد ۴ نفر از افراد دارای این اختلال که دارای ملاک‌های ورود بودند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب گردید. پرسشنامه‌های پرخوری و شفقت‌ورزی بدنی به عنوان ابزارهای ارزشیابی در مراحل پیش‌آزمون، درمان و پیگیری به کار گرفته شد و جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان در ۱۴ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای اجرا گردید.

یافته‌ها: رسم نمودار، فرمول درصد بهبودی، شاخص تغییر پایا داده‌ها نشان داد پس از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان ۶۰/۲۲ درصد بهبودی در شفقت‌ورزی بدنی و ۴۰/۶۶ درصد بهبودی در علائم پرخوری ایجاد شده است و این میزان بهبودی سطح بالایی از تأثیر درمان را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان گفت پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان در افزایش نمرات شفقت‌ورزی بدنی و کاهش علائم پرخوری آزمودنی‌ها مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، هیجان محور، شفقت‌ورزی بدنی، پرخوری.

مقدمه

اختلال پرخوری شایع‌ترین اختلال خوردن در میان بزرگسالان است و می‌تواند زمینه‌ساز بیماری‌های مختلف جسمی از مشکلات گوارشی تا بیماری‌های قلبی و عروقی شود (۱). اختلال پرخوری با تغییر در مصرف و جذب غذا سلامت، عملکرد و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می‌کند (۲) و اشتغال ذهنی فزاینده درباره تغذیه و وزن منجر به اختلال رفتار متعادل تغذیه‌ای و بروز افکار و تصورات منفی نسبت به غذا و وزن گردد (۳).

افراد مبتلا کنترلی بر مقدار خوردن خود ندارند و نمی‌توانند از خوردن دست بکشند. این اختلال همانند اختلال پرخوری عصبی^۱ است با این تفاوت که در اختلال پرخوری عصبی، فرد از افزایش وزن و چاق شدن می‌ترسد و رفتارهای جبرانی (مانند استفراغ، ورزش‌های شدید و سنگین) را انجام می‌دهد تا بتواند وزنش را کاهش دهد؛ اما کسی که دچار اختلال پرخوری می‌شود رفتارهای جبرانی را انجام نمی‌دهد. افراد مبتلا به اختلال پرخوری معمولاً از چاقی رنج می‌برند. آن‌ها بارها تصمیم می‌گیرند رژیم بگیرند یا ورزش کنند تا وزنشان را کاهش دهند اما پس از مدتی با شکست مواجه می‌شوند. هنگامی که احساس می‌کنند روی خودشان کنترلی ندارند اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهند (۴). در مطالعه‌ای شیوع اختلال پرخوری زنان در طول عمر را در آمریکا و جوامع غربی ۳/۵ درصد و در مردان ۲ درصد گزارش کرده است، و علاوه بر این ۷ تا ۱۲ درصد در افرادی که دنبال درمان چاقی هستند، این اختلال به چشم می‌خورد. در ایران نیز گزارش شده که ۱۶/۵ درصد از زنان جوان به اختلال خوردن مبتلا هستند (۵).

در واقع افراد مبتلا به اختلال پرخوری در مواقعی که تعادل نظام هیجانی آن‌ها بر هم بریزد، پراشتها شده و تمایل زیادی به خوردن غذا پیدا می‌کنند و هنگامی که دچار پراشتهایی می‌شوند، به سراغ خوراکی‌های پرکالری می‌روند که این کار باعث افزایش وزن آن‌ها می‌شود (۶). این افراد مبتلا مهارت‌های لازم برای مقابله با هیجانات منفی را ندارند و خوردن راهکاری است که به وسیله آن می‌توانند برای مدتی هر چند کوتاه از این احساسات ناخوشایند فاصله بگیرند. در واقع اختلال پرخوری توسط انگیختگی هیجانی

به منظور کاهش سطح انگیختگی رخ می‌دهد و توجه به بعد هیجانی این اختلال و استفاده از درمان‌های هیجان محور برای درمان علائم افراد مبتلا به اختلال پرخوری را نشان می‌دهد (۷).

اختلال پرخوری ممکن است به عنوان واکنشی آگاهانه برای اعمال کنترل بر جنبه‌ای از زندگی فرد که از آن ناراضی است ایجاد شود. در واقع فرد وقتی نمی‌تواند در مواجهه با اضطراب، نگرانی و استرس یک سبک سالم برای ارتباط با خود و بدن خود پیدا کند، به مرور زمان از بدن خود ناراضیتی عمیقی پیدا می‌کند و ارزیابی منفی از ظاهر خود پیدا می‌کنند. در واقع این افراد درگیر افکار تکراری در خصوص نقص ظاهری و جسمانی خود می‌شوند و بدن خود را دوست ندارند، و احساس منفی نسبت به تصویر بدنی خود پیدا می‌کنند (۸). آن‌ها از شفقت به خود^۲ و همچنین شفقت ورزی بدنی^۳ پابینی برخوردار خواهند بود. شفقت به معنای مهربانی نسبت به خود و دیگران است و موجب ایجاد حس مراقبت از خود، نگرش بدون قضاوت از خود و پذیرش تجربیات روزمره می‌گردد. بنابراین با پذیرش شفقت به خود، فرد می‌تواند رنج‌ها و ناپسندی‌های خود را بپذیرد و همه انسان‌ها از جمله خود را مستحق مهربانی و شفقت بدانند. آشنایی با شفقت به خود، مسیر شناخت شفقت‌ورزی بدنی را هموارتر می‌کند. شفقت ورزی بدنی مفهومی است که از آن به عنوان پل ارتباطی خود شفقت ورزی و تصویر بدن یاد می‌شود (۹). شفقت‌ورزی بدنی از سه عامل گسلش (به معنای نامیدی از توانایی بدنی و دست کشیدن از فعالیت‌های بدنی)، حس اشتراک انسانی (داشتن احساس بد از تصویر بدنی توسط همه‌ی افراد، احساس مشترک از ناراضی‌تبی بدنی)، و پذیرش (فضا دادن و جا باز کردن برای افکار و احساسات دردناک مربوط به بدن بدون این که آن‌ها را قضاوت کنیم) تشکیل شده است (۱۰). پژوهش‌های جدید حاکی از آن است که شفقت‌ورزی بدنی با داشتن خاصیت انطباقی همانند یک سپر محافظتی در برابر شرم از تصویر بدنی و اختلال خوردن است (۱۱). رفتار همراه با شفقت و مهرورزی با خود و بدن خود، سبب افزایش استفاده از روش‌های مناسب در برخورد با اضطراب و نگرانی می‌شود و

2. self - compassion
3. body self - compassion

1. bulimia

عصبی را کاهش می‌دهد (۱۸، ۱۹) و نتایج پژوهش‌های دیگری به اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش اختلال خوردن و به خصوص اختلال پرخوری اشاره دارد (۲۰-۲۲). نقص اصلی و کمبودی که درمان‌های گذشته مشهود است، تک بعدی بودن آن‌ها و همچنین توجه خیلی محدود و یا عدم توجه به بعد هیجان در این اختلال است، چرا که در پژوهش‌ها نشان داده شده است که افراد مبتلا به پرخوری از خوردن به عنوان راهبردی به شدت ناسازگارانه برای کنترل هیجانات و عواطف منفی استفاده می‌کنند و در مواقعی که درگیر هیجانات منفی می‌شوند، از راهبردهای ناسازگار مانند پرخوری برای حذف هیجان منفی استفاده می‌کنند (۲۳). پس یکی از ابعاد اصلی درمان اختلال پرخوری باید متمرکز بر هیجان باشد. هنگامی که درمانی تک بعدی مورد استفاده قرار گیرد، صرفاً موجب می‌شود از بین تمام علائم اختلال که شامل علائم رفتاری، شناختی و هیجانی است، تنها همان بعدی که درمان روی آن تمرکز دارد بهبود می‌یابد. بنابراین می‌توان گفت چند بعدی بودن اختلال پرخوری، تلاش برای رسیدن به فهم درست این بیماری و راه‌های پیشگیری و درمان آن را بسیار ارزشمند کرده است. در واقع با توجه به اینکه نقش باورهای منفی عمیق و نواقص شناختی، در اختلال پرخوری مورد تأیید قرار گرفته است، این اختلال شامل افکار و رفتارهای کنترل نشده‌ای می‌باشد که الگوهای بیمارگون غذا خوردن را القاء می‌کنند و تأثیر ذهن بر افزایش علائم این اختلال را نشان می‌دهد (۲۴). بنابراین اهمیت درمان‌های تأثیرگذار بر افکار افراد مبتلا به اختلال پرخوری مانند درمان‌های شناختی مشخص می‌گردد. ولی نقص درمان‌های شناختی - رفتاری این است که زمانی که فرد با اختلال پرخوری با شدت بالاتر و پیچیده‌تر مواجه باشد، مشکلات هیجانی به عنوان عامل نگه‌دارنده‌ی بیماری مطرح می‌شوند. پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر شفقت‌ورزی بدنی و کاهش علائم پرخوری در افراد دارای اختلال پرخوری اثربخش می‌باشد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نظر ماهیت داده‌های جمع‌آوری شده، جزء مطالعات کمی و از حیث هدف جزء مطالعات کاربردی است. در مطالعه حاضر از طرح پژوهشی

طول عمر، سلامتی و نشاط را در افراد بالا می‌برد. در واقع شفقت‌ورزی بر بدن باعث کاهش اضطراب، توجه به جنبه‌ی زیبایی شناسی جسم و خود دوست داری می‌شود، و اختلال پرخوری را کاهش و سلامتی جسمی و روحی را افزایش می‌دهد (۱۲).

در پژوهشی گزارش شده است که خودشفقتی و شفقت ورزی بدنی می‌تواند منجر به کاهش هم‌جوشی شناختی مربوط به تصویر بدنی گردد. در این شرایط افراد هر رویدادی را به وزن و تصویر بدنی خود نسبت نمی‌دهند، احساس دلسوزانه‌تری نسبت به بدن خود دارند، و تلاش می‌کنند تا بپذیرند برخی شرایط جسمانی از جمله رویداد طبیعی جسمانی محسوب می‌شوند. در واقع فرد خود را همان‌طور که هست، بدون قضاوت می‌پذیرد و توانمندی‌های خود را بهبود می‌بخشد (۹، ۱۱). نتایج حاکی از آن است که شفقت ورزی بدنی در قالب یک راهبرد سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در درمان اختلال خوردن به کار گرفته می‌شود (۱۳). همچنین شفقت داشتن به خود، احساسات و بدن خود می‌تواند نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی داشته باشد (۱۵) و باعث کاهش علائم روانشناختی اختلال پرخوری شود.

شفقت‌ورزی بدنی پایین در افراد مبتلا به پرخوری منجر می‌شود مشغولیت و نگرانی بالایی در خصوص ظاهر جسمانی خود داشته باشند، از اطلاعات مرتبط با بدن خود اجتناب کنند و با داشتن احساس شرم و نگرش منفی نسبت به بدن خود، بیشتر احتمال دارد سعی کنند ظاهرشان را تغییر دهند (۱۴). در صورتی که فردی که سطح خودشفقتی بالایی دارد، کمتر درگیر افکار منفی درباره خود و ظاهر بدنی خود می‌شود و در عوض کمبودهای خود را می‌پذیرد و آرامش بیشتری را تجربه می‌کند، بنابراین کمتر به دنبال استفاده از راهبردهای منفی مانند اختلال پرخوری برای تنظیم هیجان‌اتش خواهد بود (۱۵).

تاکنون در پژوهش‌های گذشته درمان‌های مختلفی و هرکدام از این درمان‌ها اثربخشی‌های مختلفی بر اختلال پرخوری نشان داده‌اند. مطالعاتی اثربخشی شفقت درمانی بر اختلال پرخوری با مشکلات روانشناختی همراه آن را نشان دادند (۵، ۱۶، ۱۷). نتایج برخی مطالعات نشان داد درمان پذیرش و تعهد پرخوری هیجانی و نشانه‌های پراشتهایی

گرفت، همچنین حساسیت این مقیاس ۰/۸۵ درصد و پایایی آزمون بازآزمون ۰/۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد (۲۶). پایایی نمره کل این پرسشنامه در پژوهش حاضر به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

۲. شفقت‌ورزی بدنی: مقیاس شفقت‌ورزی بدنی یک ابزار خودگزارشی ۲۳ گویه‌ای است که توسط آلتمن و همکاران (۱۰) به منظور ارزیابی میزان گرایش به شفقت و ترحم شخص نسبت به بدن خود ساخته شد. این مقیاس شامل ۳ زیرمقیاس؛ گسلس، حس اشتراک انسانی و پذیرش است و با استفاده از یک طیف لیکرتی پنج‌درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های بالا میزان شفقت‌ورزی بدنی بالا و نمره‌های پایین شفقت‌ورزی بدنی پایین شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس و ۳ زیرمقیاس؛ گسلس، حس اشتراک انسانی و پذیرش به ترتیب برابر ۰/۹۲، ۰/۹۲ و ۰/۸۷ گزارش کردند (۱۰). آن‌ها همچنین روایی این مقیاس را از طریق اجرای هم‌زمان آن با فرم کوتاه مقیاس شفقت‌خود، عاطفه مثبت و پرسشنامه بررسی نگرش‌های خوردن به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۳۵ و ۰/۵۵ گزارش نمودند (۱۰). در پژوهش دیگری ضریب آلفای کرونباخ نسخه پرتغالی این مقیاس را ۰/۹۱ گزارش شد (۱۱). برای نخستین بار در ایران ویژگی‌های روانسنجی آن روی نمونه‌ای از جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گرفت و پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و روایی همگرای آن از طریق اجرای هم‌زمان آن با فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود ۰/۵۵ گزارش کردند (۹). پایایی نمره کل این پرسشنامه در پژوهش حاضر به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: روش اجرا به این صورت بود که افراد گروه نمونه براساس ملاک‌های ورود انتخاب و قبل از شروع برنامه درمانی، پرسشنامه‌های شفقت‌ورزی بدنی و پرخوری بین افراد حاضر در پژوهش توزیع شد. از آنجایی که طرح پژوهش مطالعه موردی بود، پس از گرفتن خط پایه اول و توزیع پرسشنامه‌ها، ۴ نفر مبتلا به پرخوری به ترتیب وارد جلسات درمان شدند و پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان (به صورت ۱۴ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک بار) اجرا شد و در جلسات مشخص شده بین درمان (جلسه‌ی چهارم، شش، هشت، دوازده و چهارده) مجدد

تجربی تک موردی مورد استفاده قرار گرفت. از بین طرح‌های تجربی تک موردی، طرح قبل - بعد A-B پیگیری (طرح خط پایه چندگانه) انتخاب شده است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری در این پژوهش را کلیه افراد دارای اختلال پرخوری در سال ۱۴۰۱ در شهر اصفهان تشکیل می‌دهند. در پژوهش حاضر برای نمونه‌گیری از روش گلوله برفی استفاده شد. در نهایت تعداد ۴ نفر از افراد دارای این اختلال که برای همکاری با پژوهشگر رضایت داشتند و دارای ملاک‌های ورود بودند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارتند از: نداشتن بیماری که بر خوردن و اشتهای آن‌ها تأثیر داشته باشد، عدم مصرف داروهای تأثیرگذار بر اشتها و خوردن، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، جنسیت زن و دریافت نمره ۱۷ و بالاتر در آزمون اختلال پرخوری گورمالی و همکاران (۱۹۸۲). ملاک خروج از پژوهش عدم اجرای تکالیف در دو جلسه پیاپی و عدم حضور در جلسات به مدت بیش از دو جلسه بود. بنابراین جهت انتخاب نمونه به زنان مبتلا به پرخوری مایل به شرکت در پژوهش که در محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بودند ابتدا پرسشنامه‌ی اختلال پرخوری داده شد و افرادی که نمره‌ی پرخوری آن‌ها ۱۷ و بالاتر بود، وارد مصاحبه تشخیصی شدند و پس از اطمینان داشتن ملاک ورود به پژوهش جهت شرکت در جلسات درمانی انتخاب و دعوت می‌شدند.

ابزار

۱. پرسشنامه پرخوری گورمالی و همکاران: پرسشنامه پرخوری^۱ توسط گورمالی و همکاران (۲۵) برای سنجش شدت پرخوری طراحی شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴ و بعد از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم ۴ گزینه‌ای و ۲ آیتم ۳ گزینه‌ای بوده است. که دامنه آن از خیلی موافق نمره ۴ تا کاملاً مخالف نمره صفر گسترده است. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۴۶ است که کسب نمره ۱۶ وجود اختلال پرخوری و کسب نمره بالاتر از آن شدت بیشتر پرخوری را نشان می‌دهد. فرم ایرانی این مقیاس توسط مولودی و همکاران روی ۶۰ آزمودنی اجرا شد، و روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از منحنی نمودار مشخصه‌ی عملکرد مورد تأیید قرار

1. binge eating scale

می‌باشد. پس از آن با مقایسه این دو مرحله و بر مبنای میزان توافق دیدگاه متخصصان با پژوهشگر، ضریب پایایی نیز با استفاده از روش هولستی محاسبه گردید. مقدار ضریب هولستی محاسبه شده در روش تحلیل مضمون حاضر عبارت است از:

ضریب هولستی شبه مضامین $= 0.96 = (26+28) \div 2 \times 25$
 بنابراین مقدار ضریب هولستی (0/96) نشان می‌دهد که نتایج تحلیل مذکور از قابلیت اعتماد بالایی برخوردار است. پس از محاسبه اعتبار و پایایی قالب مضامین ایجاد شده و بازنگری نهایی در مورد قالب مضامین طبق نظرات 5 نفر متخصصین، تکالیفی در سطوح مختلف جهت تدوین بسته درمانی در نظر گرفته شد و جهت سنجش اعتبار پروتکل درمان به صورت پایلوت با دو نفر مبتلا به اختلال پرخوری اجرا شد و در نهایت پس از رفع تمام نواقص و تکمیل اعتبار سنجی، پروتکل درمان جهت اجرا آماده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از معناداری بالینی استفاده شد. معناداری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌گردد. و از بین رویکردهای آن، دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معنی‌داری بالینی که عبارت از رویکرد شاخص تغییر پایا و رویکرد مقایسه هنجارین هستند استفاده شده است. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، بهبود تشخیصی استفاده گردید. ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان برای اختلال پرخوری در جدول زیر ارائه شده است.

پرسشنامه‌های به آزمودنی‌ها ارائه شد تا روال تغییر آن‌ها در طول جلسات بررسی شود.

این پژوهش با تأیید کمیته معاونت پژوهشی دانشگاه شهید چمران اهواز تأیید و اجرا گردید. در این پژوهش تمامی ملاحظات اخلاقی در پژوهش از جمله، برخورد با احترام صادقانه بدون ایجاد رنجش برای شرکت‌کنندگان، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای و کسب اعتماد دیگران، احترام به حقوق افراد و نگاه‌داشتن کرامت انسانی آن‌ها و احترام به تنوع عقاید و باورها، رازداری، عدم استثمار افراد شرکت‌کننده، اجتناب از آسیب‌رساندن به دیگران و عدم تحریف اطلاعات رعایت شدند.

لازم به ذکر است که پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان محقق ساخته است که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت. جهت تدوین و اعتباریابی این پروتکل، ابتدا بر اساس روش تحلیل مضمون، از منابع مرتبط با موضوع درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان که شامل مقالات معتبر علمی پژوهشی، کتاب و پایان‌نامه‌های مقاطع تحصیلی کارشناسی ارشد و دکتری، به صورت آنلاین و ثبت شده در سایت‌ها و مراجع اینترنتی رسمی علمی پژوهشی در محدوده‌ی ده سال اخیر استفاده گردید. پس از جمع‌آوری مضامین، برای تدوین پروتکل درمانی، روایی محتوایی آن بررسی شد. ارزیابی روایی محتوایی از دیدگاه موافق یا مخالف 5 نفر متخصص در مورد میزان هماهنگی محتوای قالب مضامین مشخص شده، استفاده شده است. شاخص روایی محتوایی کلی قالب مضامین 0/87 به دست آمد. بنابراین ضریب روایی محتوایی به دست آمده مورد تأیید

جدول (1) خلاصه محتوای جلسات درمانی

عنوان جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	خوش‌آمدگویی، مشخص نمودن اهداف درمانی، بیان انتظارات از درمان، اهمیت انجام تکالیف روزانه ارائه توضیحاتی کلی در خصوص چگونگی ارتباط بین هیجان و پرخوری با استفاده از کارت خاطرات روزانه، ابزارهای مورد نیاز برای رسیدن به این هدف و مقایسه مزایا و معایب پرخوری و تصویرسازی آینده در صورت توقف پرخوری. تعهد درمانی و ایجاد پیمان‌نامه برای توقف پرخوری
جلسه دوم	خودکنترلی (نظاره‌گری ماهر)، آموزش مدیریت نشانه‌های تغذیه و بهنجارسازی خوردن
جلسه سوم	آموزش مهارت بنیادی توجه آگاهی به وسیله ذهن خردمند و تنفس شکمی
جلسه چهارم	پیگیری جلسات قبل با کارت خاطرات روزانه و مرور پیمان‌نامه و مزایا و معایب عملیاتی کردن توجه آگاهی: ادامه تمرین مهارت توجه آگاهی به جهت تمرکز بر هدف کنونی درمان و در لحظه بودن، آموزش بی‌قضاوتی، موج سواری بر هیجانات به سبب کاهش رفتارهای تکانشی بر اساس هیجانات، مدیریت رفتار غذایی (خوردن توجه آگاهانه و جست و جوی علل ولع)
جلسه پنجم	تجزیه و تحلیل زنجیره‌ای رفتار

عنوان جلسات	محتوای جلسات
جلسه ششم	ذهن ما می‌تواند در نحوه‌ی تلقی ما از بدن مان تغییری اساسی ایجاد کند: بازی با افکار برای جداسازی، کنترل افکار ایده‌آل‌گرا و بی‌نقص بودن، کنترل قضاوتگری ذهن و آموزش پرهیز از هرگونه باید و اجبار در سبک زندگی.
جلسه هفتم	بررسی کژاندیشی‌های رایج، شناسایی افکار مشکل آفرین و تغییر افکار مشکل آفرین (دیده‌بانی و رصد افکار).
جلسه هشتم	بررسی افکار باقی مانده قضاوتی و مشکل آفرین شناخت وارونگی روانشناختی که ناشی از افکار منفی خودشکانه است و اذعان کردن به آن، پاکسازی وارونگی روانشناختی
جلسه نهم	تاب‌آوری و مدیریت بحران: لبخند نیمه ژکوند، توجه برگردانی، خودآرام‌بخشی ایجاد مقدمه‌ای شروع مبحث جلسه‌ی بعد و درگیر کردن ذهن مراجع با انواع راهبردهای مقابله‌ای
جلسه دهم	آموزش راهبردهای مقابله‌ای (راهبردهای مدیریت خشم، اضطراب و ناراحتی)
جلسه یازدهم	ایجاد جعبه ابزار خود تسکینی: تمرین مجدد خودآرام‌بخشی (آرام‌سازی جسم، ذهن و هیجان)، مراقبه به عنوان تمرین آرمیدگی، ایجاد تجربیات مثبت ایجاد خودانگیختگی در خوراک و احساس نیاز به خوردن: تمرین شهودی غذا خوردن، رابطه غذایی طبیعی، اعتماد و اطمینان به سیگنال‌های طبیعی بدن (یعنی گرسنگی و سیری). برقراری ارتباط اجتماعی حول غذا خوردن: ایجاد اعتماد به نفس در غذا خوردن اجتماعی. اجتماعی غذا خوردن
جلسه دوازدهم	آموزش‌های مرتبط با روابط و کنترل هیجانات منفی در روابط: آموزش رفتارهای جرأت‌مندانه، حل مسأله و راه‌های مدیریت تعارض بین فردی
جلسه سیزدهم	ارتباط ذهن و بدن تأثیر کلام و خودگویی‌ها بر ظاهر سلول‌های بدن و رابطه‌ی آن با چاقی برخورد مشفقانه با بدن، خودشناسی، ارزشمندی و کاهش تلقین‌پذیری، شناسایی رفتارهای جذاب من
جلسه چهاردهم	مرور کلی جلسات. و نگاه کلی به وضعیت کنونی (اکنون کجا هستیم؟). در مسیر باقی ماندن مدیریت پسرقت و آشنایی با موضوعات عودکننده تداوم انگیزش با جشن پایان درمان

یافته‌ها

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل نتایج از نمودار، شاخص درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا استفاده شد. بهبودی آزمودنی‌ها در صورتی به لحاظ بالینی معنی‌دار تلقی می‌شود که اگر درمان بتواند آماج‌های درمانی را به حد افراد عادی برساند، می‌توان نتیجه گرفت که درمان از نظر بالینی معنادار بوده است. به عبارتی دیگر معناداری بالینی زمانی حاصل می‌شود که نمره‌ی افراد پس از درمان از نقطه برش پرسشنامه‌ها پایین‌تر بیاید یعنی نمره فرد در اثر مداخله به حد نمره‌ی افراد سالم برسد. برای عینی‌سازی میزان بهبودی در آماج‌های درمانی از فرمول درصد بهبودی استفاده شد.

نمره‌ی پس آزمون - نمره‌ی پیش آزمون

$$\times 100 = \text{درصد بهبودی}$$

بر طبق این فرمول، ۵۰٪ کاهش در علائم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵٪ تا ۴۹٪ به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵٪

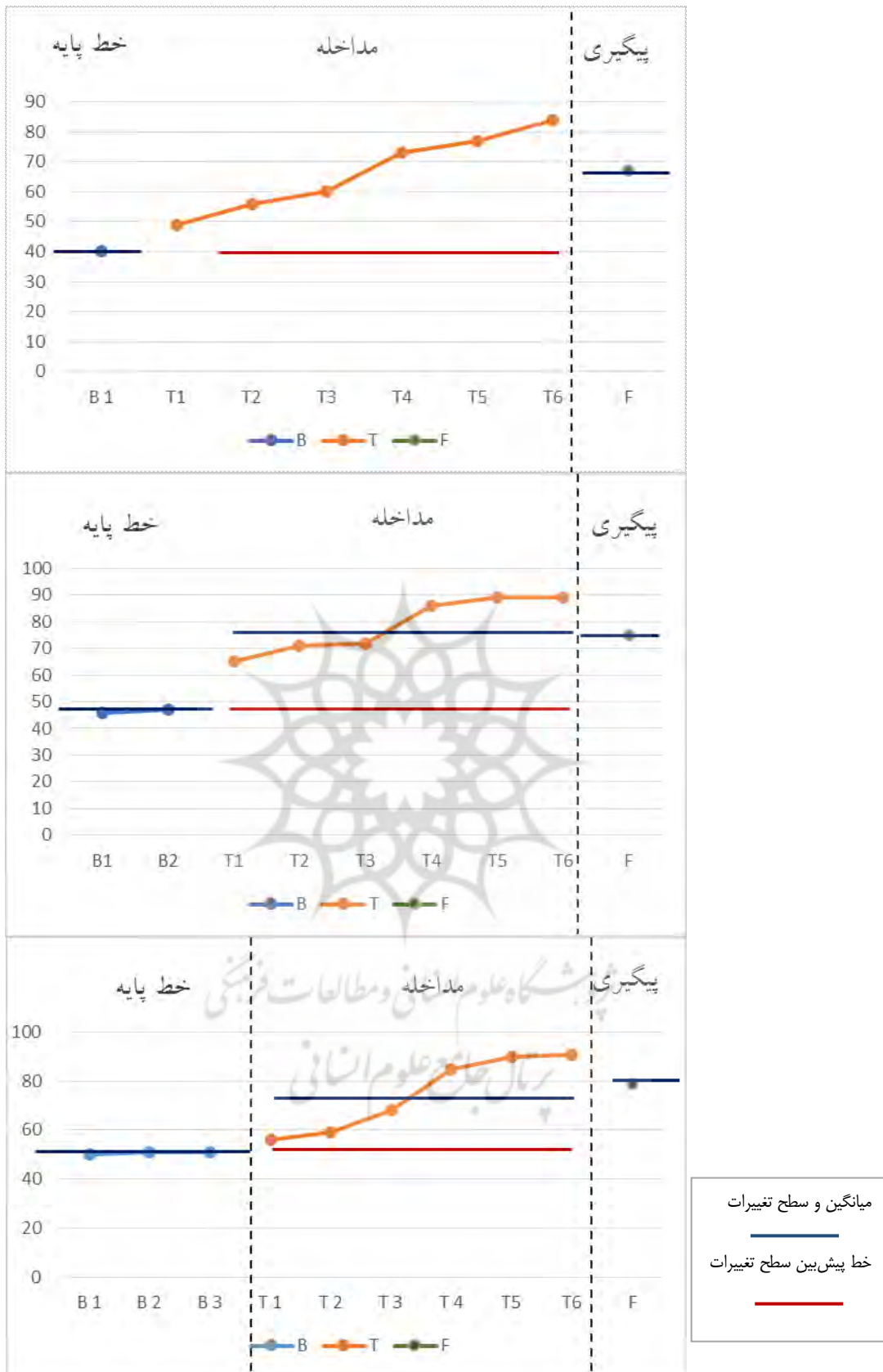
به عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود (۲۷). در جدول ۲، نمرات چهار مراجع در شدت شفقت‌ورزی بدنی در مراحل خط پایه، جلسات درمانی و پیگیری بیان شده است. در جدول ۲ مشاهده می‌شود که نمره‌های شفقت‌ورزی بدنی هر چهار فرد مبتلا به پرخوری، در پایان درمان افزایش یافته است. شاخص تغییر پایا بعد از ۱۴ جلسه درمان در نمرات اول تا چهارم به ترتیب ۷/۹۷، ۹/۶۷، ۷/۲۷ و ۷/۳۴ است که از نظر آماری معنادار است ($Z = 1/96$). دومین شاخصی که در تحلیل خط پایه که معناداری درمان را نشان می‌دهد، درصد بهبودی پس از درمان بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹؛ به نقل از حمیدپور) است. درصد بهبودی در این افراد به ترتیب ۶۶/۲۵، ۶۹/۱۶، ۴۷/۷۱ و ۵۷/۷۷ است که در نمرات اول و دوم و چهارم میزان بهبودی بالاتر از ۵۰ درصد یعنی در سطح بهبودی خوب است ولی نفر سوم با وجود معنادار بودن درمان، میزان تغییر بین ۲۵ تا ۵۰ درصد است یعنی بهبودی متوسطی در شفقت‌ورزی بدنی کسب کرده است. به طور کلی هر ۴ نفر پس از درمان ۶۰/۲۲ درصد

پیگیری در همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش به ۶۴/۹۶ رسیده است. بنابراین براساس یافته‌های به دست آمده نشان داده شد که نمره‌های شفقت‌ورزی بدنی در هر چهار فرد مبتلا به پرخوری تا پایان درمان افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است. این افزایش به جز فرد دوم مبتلا به پرخوری، در بقیه‌ی افراد در مرحله‌ی پیگیری نیز ادامه داشته است. در این صورت می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر افزایش شفقت‌ورزی بدنی افراد مؤثر است.

بهبودی در سطح شفقت‌ورزی بدنی کسب کرده‌اند. در این پژوهش پس از دو ماه میزان تغییرات افراد پیگیری شده است. شاخص تغییر پایا در این افراد پس از دو ماه به ترتیب ۸/۱۲، ۸/۵۷، ۸/۵۲ و ۹/۵۵ می‌باشد که از نظر آماری معنادار است ($Z = 1/96$). همان طور که مشاهده می‌شود درصد بهبودی پس از دوره پیگیری در افراد به ۶۷/۵، ۶۱/۲۹، ۵۵/۹۴ و ۷۵/۱۴ رسیده است و بیانگر آن است که درصد بهبودی نفرات اول، سوم و چهارم پس از پیگیری دو ماهه افزایش یافته است. درصد بهبودی کلی پس از دوران

جدول ۲) روند تغییر مراحل درمان چهار فرد مبتلا به پرخوری در متغیر شفقت‌ورزی بدنی

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان				
فرد اول مبتلا به پرخوری	فرد دوم مبتلا به پرخوری	فرد سوم مبتلا به پرخوری	فرد چهارم مبتلا به پرخوری	مراحل درمان
۴۰	۴۶	۵۰	۴۲	خط پایه‌ی اول
-	۴۷	۵۱	۴۲	خط پایه‌ی دوم
-	-	۵۱	۴۳	خط پایه‌ی سوم
-	-	-	۴۲	خط پایه‌ی چهارم
۴۰	۴۶/۵	۵۰/۶۶	۴۲/۲۵	میانگین مراحل خط پایه
۴۹	۶۵	۵۶	۴۹	جلسه چهارم درمان
۵۶	۷۱	۵۹	۵۸	جلسه‌ی ششم درمان
۶۰	۷۲	۶۸	۶۳	جلسه‌ی هشتم درمان
۷۳	۸۶	۸۵	۶۷	جلسه‌ی دهم درمان
۷۷	۸۹	۹۰	۸۰	جلسه‌ی دوازدهم درمان
۸۴	۸۹	۹۱	۸۳	جلسه‌ی چهاردهم درمان
۶۶/۵	۷۸/۶۶	۷۴/۸۳	۶۶/۶۶	میانگین جلسات درمان
۷/۹۷	۹/۶۷	۷/۲۷	۷/۳۴	شاخص تغییر پایا (درمان)
۶۶/۲۵	۶۹/۱۶	۴۷/۷۱	۵۷/۷۷	درصد بهبودی پس از درمان
۶۰/۲۲				درصد بهبودی کلی پس از درمان
پیگیری				
۶۷	۷۵	۷۹	۷۴	پیگیری دو ماهه
۸/۱۲	۸/۵۷	۸/۵۲	۹/۵۵	شاخص تغییر پایا (درمان)
۶۷/۵	۶۱/۲۹	۵۵/۹۴	۷۵/۱۴	درصد بهبودی پس از درمان
۶۴/۹۶				درصد بهبودی کلی پس از درمان





نمودار ۱) روند تغییر نمره‌های پرسشنامه شفقت‌ورزی بدنی افراد در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان

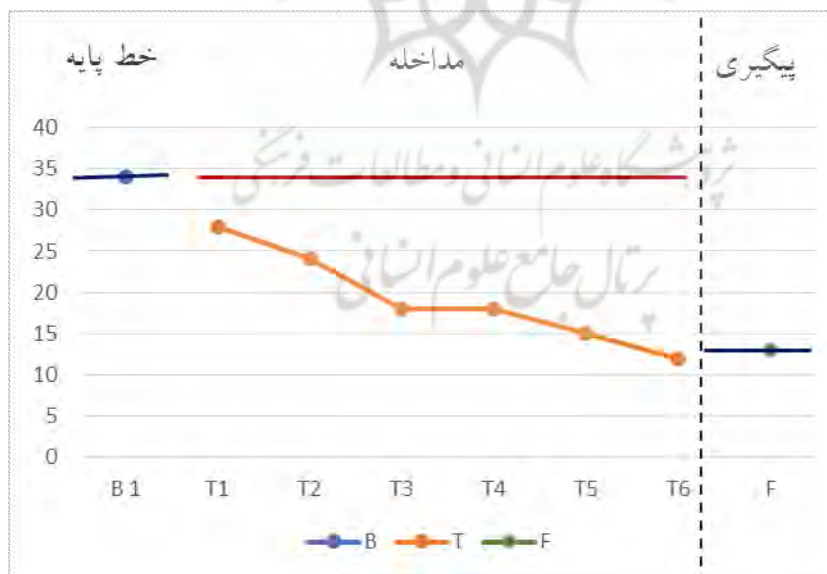
ثابت شدم درمان پس از دوره‌ی پیگیری، منجر به معناداری درمان در هر ۴ نفر شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود درصد بهبودی پس از دوره پیگیری در افراد به ۶۱/۷۶، ۶۱/۱۱، ۴۶/۷۵ و ۴۴/۹۵ رسیده است و بیانگر آن است که درصد بهبودی در همه افراد حاضر در پژوهش پس از پیگیری دو ماهه افزایش یافته است. درصد بهبودی کلی پس از دوران پیگیری در همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش به ۵۳/۶۴ رسیده است. این درصد بهبودی کلی پس از دوران پیگیری، بهبودی خوب را نشان می‌دهد. بنابراین براساس یافته‌های به دست آمده نشان داده شد که علائم پرخوری در هر چهار فرد مبتلا به پرخوری تا پایان درمان کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. این کاهش در همه افراد در مرحله‌ی پیگیری نیز ادامه داشته است. در این صورت می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر کاهش علائم پرخوری افراد مؤثر است.

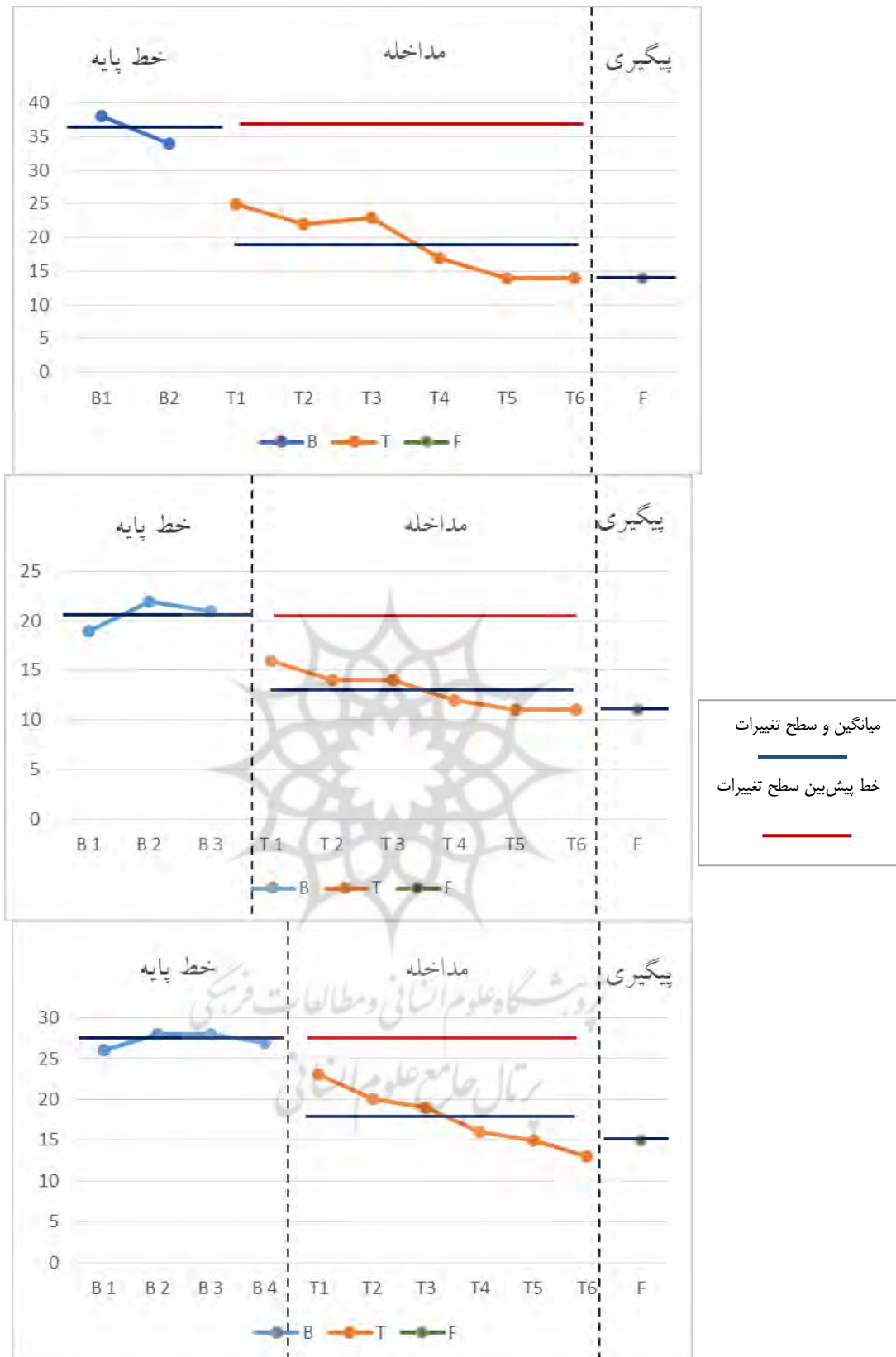
نمودار ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات شفقت‌ورزی بدنی در هر چهار مراجع در طول درمان نسبت به مرحله‌ی خط پایه افزایش یافته است و این افزایش در مرحله‌ی پیگیری نیز ادامه داشته است.

در جدول ۳، نمرات چهار مراجع در کاهش علائم پرخوری در مراحل خط پایه، جلسات درمانی و پیگیری بیان شده است. جدول ۳ نشان می‌دهد که علائم پرخوری هر چهار فرد مبتلا به پرخوری، در پایان درمان کاهش یافته است. شاخص تغییر پایا بعد از ۱۴ جلسه درمان در نفرت اول تا چهارم به ترتیب ۳/۹-، ۳/۸۴-، ۱/۷۵- و ۲/۱۹- است که از نظر آماری برای نفر اول و دوم و چهارم معنادار است ($Z = ۱/۹۶$) ولی میزان تغییر نفر سوم در مرحله‌ی پایانی درمانی معنادار نیست. دومین شاخصی که در تحلیل خط پایه که معناداری درمان را نشان می‌دهد، درصد بهبودی پس از درمان بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاین، ۱۹۸۹؛ به نقل از حمیدپور) است. درصد بهبودی در این افراد به ترتیب ۴۳/۶۴، ۴۶/۷۷، ۳۷/۰۷ و ۳۵/۱۹ است که همه افراد میزان تغییر بین ۲۵ تا ۵۰ درصد است یعنی بهبودی متوسطی در کاهش علائم پرخوری کسب کرده‌اند. به طور کلی پس از درمان در هر ۴ نفر ۴۰/۶۶ درصد بهبودی پرخوری حاصل شده است. در این پژوهش پس از دو ماه میزان تغییرات افراد پیگیری شده است. شاخص تغییر پایا در این افراد پس از دو ماه به ترتیب ۴/۷۹-، ۵/۰۲-، ۲/۲- و ۲/۷۹- می‌باشد که از نظر آماری معنادار است ($Z = ۱/۹۶$) با توجه به افزایش و

جدول ۳) روند تغییر مراحل درمان چهار فرد مبتلا به پرخوری در کاهش علائم پرخوری

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان				مراحل درمان
فرد اول مبتلا به پرخوری	فرد دوم مبتلا به پرخوری	فرد سوم مبتلا به پرخوری	فرد چهارم مبتلا به پرخوری	
۳۴	۳۸	۱۹	۲۶	خط پایه اول
-	۳۴	۲۲	۲۸	خط پایه دوم
-	-	۲۱	۲۸	خط پایه سوم
-	-	-	۲۷	خط پایه چهارم
۳۴	۳۶	۲۰/۶۶	۲۷/۲۵	میانگین مراحل خط پایه
۲۸	۲۵	۱۶	۲۳	جلسه چهارم درمان
۲۴	۲۲	۱۴	۲۰	جلسه ششم درمان
۱۸	۲۳	۱۴	۱۹	جلسه هشتم درمان
۱۸	۱۷	۱۲	۱۶	جلسه دهم درمان
۱۵	۱۴	۱۱	۱۵	جلسه دوازدهم درمان
۱۲	۱۴	۱۱	۱۳	جلسه چهاردهم درمان
۱۹/۱۶	۱۹/۱۶	۱۳	۱۷/۶۶	میانگین جلسات درمان
-۳/۹	-۳/۸۴	-۱/۷۵	-۲/۱۹	شاخص تغییر پایا (درمان)
۴۳/۶۴	۴۶/۷۷	۳۷/۰۷	۳۵/۱۹	درصد بهبودی پس از درمان
۴۰/۶۶				درصد بهبودی کلی پس از درمان
پیگیری				
۱۳	۱۴	۱۱	۱۵	پیگیری دو ماهه
-۴/۷۹	-۵/۰۲	-۲/۲	-۲/۷۹	شاخص تغییر پایا (درمان)
۶۱/۷۶	۶۱/۱۱	۴۶/۷۵	۴۴/۹۵	درصد بهبودی پس از درمان
۵۳/۶۴				درصد بهبودی کلی پس از درمان





نمودار ۲) روند تغییر نمره‌های کاهش علائم پر خوری افراد در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان

تنظیم هیجانات به فرد کمک می‌کند تا افکار و رفتارهایش را تغییر دهد. بنابراین در جلسات مداخله برای تغییر رفتار افراد مبتلا به پرخوری افراطی از تکنیک‌هایی چون آموزش مهارت‌های اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش یا آموزش مهارت‌های حل مسئله و برای تغییر شناختی در آن‌ها از تکنیک‌هایی مثل تعیین هدف و نظارت بر پیشرفت در رسیدن به هدف، شناسایی تحریف‌های شناختی و فرمول‌بندی افکار واقع بینانه برای مقابله با شناخت‌های نادرست و ناکارآمد استفاده می‌گردد (۳۱). همچنین هم‌زمان با کار کردن بر روی افکار و هیجانات در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان، درمانگر سعی می‌کند تا برنامه‌ای تحت عنوان فعال‌سازی رفتاری را نیز برای درمان مشکلات فرد اجرا نماید. در این برنامه مراجع به کمک درمانگر خود فعالیت‌های روزانه را بررسی کرده و برنامه زمانی مشخصی برای انجام فعالیت‌های ثمربخش بیشتر تعیین می‌کند. هرچقدر این فعالیت‌ها بیشتر می‌شود انرژی روانی فرد نیز بیشتر شده و در نتیجه او در یک چرخه مثبت و سالم قرار می‌گیرد. علاوه بر این از آنجایی که افراد مبتلا به پرخوری اشتغال ذهنی مدامی درباره ظاهر جسمانی خویش دارند، از وضعیت ظاهری خود ناراضی هستند و احساس نقص در بدن خود دارند (۳۲)، اما قرار گرفتن در چرخه‌ی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان، با تمرکز بر پذیرش و مهربانی بر بدن و آموزش تنظیم هیجان موجب بهبود افکار منفی و مخرب در مورد خود و تصویر فرد از بدنش خواهد شد (۳۳).

آموزش‌های این درمان در نهایت منجر به توجه فرد به بدن خود، از نظر ظاهری، شایستگی و سلامتی، همراه با ذهن آگاهی، مهربانی و آگاهی از احساسات مشترک انسانی می‌شود. لذا آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی همراه با تکنیک‌های شناختی رفتاری به زنان مبتلا به پرخوری افراطی کمک کرده تا از طریق تمرین‌های مختلف، راهبردهای هیجانی مثبت را یاد بگیرند و پس از آگاهی از افکار، احساسات و رفتار خود، به طور موفق‌تری به شناخت، کنترل و تنظیم هیجانات بپردازند. در واقع آموزش‌های شناختی رفتاری مبتنی بر تنظیم هیجان، توانسته به جای درگیر شدن با افکار منفی و راه‌حل‌های ناکارآمد، به دنبال جایگزین کردن افکار مثبت و راهکارهای کارآمد باشند و به افراد مبتلا به پرخوری افراطی کمک کند درصد افزایش نگرش مثبت

نمودار ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات پرخوری در هر چهار مراجع در طول درمان نسب به مرحله‌ی خط پایه کاهش یافته است و این کاهش در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر شفقت‌ورزی بدنی و کاهش علائم پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری بود. نتایج این مطالعه مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر شفقت‌ورزی بدنی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری تأثیر دارد، نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر افزایش شفقت‌ورزی بدنی افراد مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های آگراس (۲۸) که در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر الگوی تفکر در مورد وزن و بدن و افزایش عزت‌نفس نشان دادند درمان شناختی رفتاری می‌تواند تفکرات منفی و خطاهای شناختی در خصوص وزن و ظاهر جسمانی را تغییر دهد و فرد نگاه مشفقانه‌تری نسبت به بدن خود پیدا می‌کند و در نهایت عزت‌نفس آن‌ها نیز بهبود پیدا می‌کند و مطالعه هافمن و همکاران (۱۶) که در پژوهش خود با عنوان تأثیر توسعه شفقت به خود بر کاهش طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی افراد دارای اختلالات خوردن نشان دادند شفقت به خود می‌تواند اختلال خوردن را کاهش دهد همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان به فرد کمک می‌شود تا نگرش‌ها و افکار منفی و رفتارهایی که ممکن است در روند اختلال سهم داشته باشند را شناسایی و اصلاح کند. علاوه بر این به فرد آموخته می‌شود بر مشکلات غلبه کند و بر موقعیت‌هایی که قبلاً آن‌ها را حل نشدنی می‌انگاشت، فایق آید (۲۹). در واقع تنظیم شناختی هیجان با فرآیندهایی مشخص می‌شود که از طریق آن افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن‌ها را ابراز کنند، کنترل داشته باشند. تنظیم شناختی هیجان، مخزن پاسخ فرد در مواقع مواجهه با عوامل استرس‌زا است و تمام فرآیندهای درونی و بیرونی را که مسئول کنترل ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی است، در بر می‌گیرد (۳۰). همچنین آموزش‌های شناختی - رفتاری در کنار

افراطی به احتمال زیاد از استراتژی‌های معیوب تنظیم هیجانی مانند نشخوار فکری و سرکوب در پاسخ به احساسات ناخوشایند استفاده می‌کنند (۳۹). در حقیقت، پرخوری نوعی مکانیسم مقابله‌ای است و در حالات هیجانی شدید، این رفتارها یک شکل ناسازگارانه از تنظیم هیجان هستند به طوری که در این افراد پرخوری به مراتب آسان‌تر از مقابله با افکار و احساسات پریشان‌کننده و ناخوشایند است (۴۰). بنابراین درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تنظیم هیجان با افزایش کنترل هیجانی در فرد سبب کاهش بروز احساسات منفی در مورد خود و بدن خود می‌شود و سپس راهکارهای سازگارانه‌ای را به فرد هنگام تجربه هیجانی و پاسخ به حالات هیجانی نشان می‌دهد. لذا در مورد مکانیسم تأثیرگذاری تنظیم هیجان بر نشانه‌های پرخوری افراطی می‌توان چنین مفهوم‌سازی کرد که توانایی تنظیم هیجان‌ها به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر رشد بهنجار می‌تواند تعامل بین فردی مؤثر، تصمیم‌گیری و رفتارهای سازگارانه را موجب شود و از طریق افزایش خودتنظیمی بر کنترل رفتارهای خوردن تأثیر می‌گذارد (۴۱). در ضمن بر اساس درمان شناختی - رفتاری به موازات آشکار شدن باورهای مرتبط با معنای موقعیت‌ها، با استفاده از راهبردهای مشابهی باورهای مشکل‌آفرین و خودتخریب‌گرایانه کشف می‌شوند و برای تغییر آن‌ها تلاش می‌شود (۴۲). در مرحله بعد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان افراد ترغیب می‌شوند تا مشخص کنند زندگی‌شان چه معنایی دارد و چگونه افکار و احساسات ناخوشایند و ابتلا به پرخوری افراطی آن‌ها را عقب‌نگه می‌دارد و در نتیجه این افراد تشویق می‌شوند تا فعالانه معنی و ارزش زندگی خویش را رشد دهند و کمتر به دنبال انجام رفتارهایی هستند که آن‌ها را از اهداف واقعی زندگی عقب‌نگه می‌دارد. همچنین افراد مبتلا به پرخوری افراطی، به دلیل رفتارهای خوردن غیرذهن‌آگاهانه، احساس مثبتی از خوردن غذای خود تجربه نمی‌کنند و در عین حال از پیامدهای منفی حاصل از این الگوها و عادت‌های غذایی نادرست رنج می‌برند که این چرخه به تداوم پرخوری کمک می‌کند. آموزش خوردن ذهن‌آگاهانه که یکی از تکنیک‌های اساسی در این درمان است به فرد کمک می‌کند خوردن بر اساس نشانه‌های فیزیکی گرسنگی را تجربه کند و خوردن او بر اساس فشارهای اجتماعی و بیرونی و هیجانی نباشد (۴۳).

نسبت به بدن فیزیکی و ظرفیت‌های عملکردی خود و ارتقاء قابلیت‌های خود برای انتخاب راه‌کارهای مناسب جهت حل مسائل و مشکلاتشان برآیند، زیرا درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تنظیم هیجانی به عنوان روش درمانی در تعدیل هیجان‌ها به ارائه واکنش مناسب به موقعیت‌های استرس‌زا منجر می‌شود. علاوه بر موقعیتی‌هایی که برای فرد استرس‌زا هستند، افرادی نیز که فرد مبتلا به پرخوری با آن‌ها در ارتباط نزدیکی قرار دارند، مانند خانواده و یا گروه همسالان نفوذ زیادی بر فرد دارند و منجر به سرزنش در خصوص تصویر بدن و نارضایتی از بدن می‌شود (۳۴)، و فرد با انجام تکنیک‌ها در این درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار باعث کاهش سرزنش کردن خود می‌گردد، پردازش و ابراز هیجانی انطباقی را به همراه دارد، منجر به تصحیح افکار، احساسات و تجارت هیجانی می‌شود و رابطه فرد با بدن خود را تغییر داده و شفقت و مهربانی با بدن را افزایش می‌دهد.

همچنین نتایج این مطالعه مبنی بر اینکه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر کاهش علائم پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری تأثیر دارد، نشان داد که علائم پرخوری در هر چهار فرد مبتلا به پرخوری تا پایان درمان کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. این کاهش در همه افراد در مرحله‌ی پیگیری نیز ادامه داشته است. در این صورت می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر کاهش پرخوری افراد مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های والندا و همکاران (۳۵) و دینگمنس و همکاران (۳۶) که در پژوهش خود با عنوان تأثیر درمان هیجان‌مدار بر اختلال پرخوری نشان دادند بیماران مبتلا به اختلال پرخوری به طور قابل‌توجهی بیشتر از استراتژی‌های ناسازگار (نشخوار فکری و سرزنش خود) و کمتر از استراتژی‌های انطباقی (تمرکز مجدد مثبت و چشم‌انداز) استفاده می‌کنند، بنابراین استفاده از درمان هیجان‌مدار می‌تواند بر کاهش علائم اختلال پرخوری افراطی مؤثر باشد، و هیلبرت و همکاران (۳۷) و آگراس (۲۸) که نشان دادند درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش علائم پرخوری می‌شوند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت هیجان‌های منفی و عدم توانایی جهت تنظیم این هیجان‌ها باعث راه‌اندازی رفتارهای پرخوری می‌گردد جهت تسکین هیجان‌ها منفی می‌گردد (۳۸). افراد مبتلا به اختلال پرخوری

از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت اختلال پرخوری نیازمند درمانی چند بعدی است که علاوه بر ابعاد رفتاری و شناختی، همزمان بر هیجانات فرد نیز تأثیرگذار باشد و با آموزش مدیریت هیجان و خودکنترلی، هنگامی که فرد با هیجانات منفی درگیر می‌شود، از راهبردهای ناسازگار مانند پرخوری برای حذف هیجان منفی استفاده نمی‌کند. از این رو این پروتکل نقص درمان‌های تک بعدی قبلی را برطرف کرده است. نتایج این پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان برای افزایش شفقت‌ورزی بدنی و کاهش پرخوری زنان مبتلا به اختلال پرخوری می‌توان استفاده نمود.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد. در پایان از تمامی عزیزان شرکت‌کننده در پژوهش کمال تشکر را می‌نماید.

منابع

1. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *International Journal of Eating Disorders*. 2019;52(1):42-50.
2. Smith AR, Zuromski KL, Dodd DR. Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current opinion in psychology*. 2018;22:63-7.
3. Fortesa K, Ajete K. Family influence on disordered eating behaviour. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014;159:314-8.
4. Hübel C, Abdulkadir M, Herle M, Loos RJ, Breen G, Bulik CM, et al. One size does not fit all. Genomics differentiates among anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2021;54(5):785-93.
5. Nasehi N, Moeini F, Rahnejat A, Taheri N, Roustaei M, Nazemi M, et al. Effectiveness of Group Compassion Therapy on Improving Symptoms and Quality of Life in Bulimia Nervosa. *Paramedical Sciences and Military Health*. 2020;15(1):35-42.
6. Smith KE, Mason TB, Schaefer LM, Anderson LM, Critchley K, Crosby RD, et al. Dynamic stress responses and real-time symptoms in binge-eating disorder. *Annals of Behavioral Medicine*. 2021;55(8):758-68.
7. Bagheri Sheykhgafshe F, Sadeghi Chookami E, Hossienkhanzadeh AA. Eating Disorders during Coronavirus 2019 (COVID-19): A Letter to the Editor.. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2019;19(7):765-70.

بنابراین در نتیجه‌ی تغییر نگرش و الگوهای رفتاری خوردن می‌تواند بر انتخاب و میزان مواد مصرفی تأثیر داشته باشد و به این طریق بین فرد با تجربه خوردن و لذت بردن از غذا ارتباط برقرار کند. به طوری که تمرکز بیشتر در درمان هیجان‌مدار بر این است که فرد به منظور پاسخ به فشارهای روانی درونی، خلقیات منفی و رویدادهای تنش‌زای بیرونی به خوردن مبادرت نرزد و با رشد و تقویت هوش هیجانی بتواند به شیوه‌های سازگارانه و سالم به موقعیت‌های محیطی پاسخ دهد. در کل تغییر در شناخت‌های منفی زنان مبتلا به پرخوری افراطی که در هر دو درمان شناختی رفتاری و هیجان‌مدار مدنظر قرار دارد، باعث هدف‌گذاری بر شناسایی رفتارها، افکار و هیجانات منفی به صورت مرحله به مرحله و تغییر آن‌ها همراه با تأثیرگذاری بر برانگیختگی بدن ناشی از موقعیت‌های استرس‌آور، منجر به کاهش علائم پرخوری افراطی می‌گردد.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت. با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به پرخوری افراطی بود، تعمیم‌یافته‌ها به سایر افراد و انواع دیگر اختلالات خوردن را با احتیاط مواجه می‌کند. حجم نمونه کم منجر می‌شود تعمیم نمونه با احتیاط بیشتری انجام شود. علاوه بر این پژوهش در شهر اصفهان انجام شده است و به دلیل تنوع فرهنگی موجود در کشور و استان، نتایج قابلیت تعمیم با دیگر نقاط کشور یا استان را ندارد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که مطالعه در کوتاه مدت اجرا و بررسی شده است و اثرات آن در طولانی مدت مورد بررسی قرار نگرفته است. همچنین در پژوهش حاضر نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت شناختی در نظر گرفته نشده است که این یکی از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در صورت امکان مطالعات طولی در زمینه تأثیر آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر مسائل و مشکلات مختلف زنان مبتلا به پرخوری افراطی اجرا گردد و علاوه بر این در پژوهش‌های آتی نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت شناختی در نظر گرفته شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در بین سایر افراد و انواع دیگر اختلالات خوردن اجرا شده و نتایج آن با تحقیق حاضر مقایسه گردد.

21. McIntosh VV, Jordan J, Carter JD, Frampton CM, McKenzie JM, Latner JD, et al. Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry research*. 2016;240:412-20.
22. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*. 2015;39:30-41.
23. Bassak Nejad S, Aarefi N, Arshadi N. Testing a model of Emotional Eating, Emotional Dysregulation, Self-Esteem, and Impulsivity in Food Addiction among students. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2018;7(26):132-45.
24. Martinez-Ferran M, de la Guía-Galipienso F, Sanchis-Gomar F, Pareja-Galeano H. Metabolic impacts of confinement during the COVID-19 pandemic due to modified diet and physical activity habits. *Nutrients*. 2020;12(6):1549.
25. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*. 1982;7(1):47-55.
26. Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the binge eating scale among Iranian obese population. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2009;4(4):143-6.
27. Hassanabadi HR. Data analysis in single case experimental design studies. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2019;7(12):291-306.
28. Agras WS. Cognitive behavior therapy for the eating disorders. *Psychiatric Clinics*. 2019;42(2):169-79.
29. Rith-Najarian LR, Mesri B, Park AL, Sun M, Chavira DA, Chorpita BF. Durability of cognitive behavioral therapy effects for youth and adolescents with anxiety, depression, or traumatic stress: A meta-analysis on long-term follow-ups. *Behavior therapy*. 2019;50(1):225-40.
30. Yousefi F. Investigating emotion regulation strategies of language teachers according to gender differences: Payam Noor University of Gilan; 2019.
31. Wu Q, Li J, Parrott S, López-López JA, Davies SR, Caldwell DM, et al. Cost-effectiveness of different formats for delivery of cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review based economic model. *Value in Health*. 2020;23(12):1662-70.
32. Basak Nejad S, Ghafari M. Relation between body dysmorphic concern and psychological disorders in students of university. *J Behav Sci Res Cent*. 2007;1(2):179-87.
33. Azizi A, Dastbaaz A, Hosseini S, Abedi MR. Comparing the Effectiveness of Meta-cognitive therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Depression, Resilience and Quality of life in a Depressed divorced Women. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2020;15(57):203-17.
8. Bassak Nejad S. The relationships between selected psychological antecedents and body image concern among women seeking plastic surgery. *International Journal of Psychology (IPA)*. 2007;1(2).
9. Mehrabaninasab M, Bassak Nejad S, Mehrabzadeh Honarmand M. Effectiveness of Self-Compassion Training on Body Image Concern, Thought-Shape Fusion, and Body Compassion in Female Students with Body Image Concern. *Journal of health psychology*. 2023;12(45):63-82.
10. Altman JK, Linfield K, Salmon PG, Beacham AO. The body compassion scale: Development and initial validation. *Journal of health psychology*. 2020;25(4):439-49.
11. Barata-Santos M, Marta-Simões J, Ferreira C. Body compassion safeguards against the impact of major life events on binge eating. *Appetite*. 2019;134:34-9.
12. 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):493-6.
13. Turk F, Waller G. Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2020;79:101856.
14. Senfín-Calderón C, Rodríguez-Testal JF, Perona-Garcelán S, Perpiñá C. Body image and adolescence: A behavioral impairment model. *Psychiatry research*. 2017;248:121-6.
15. Breines J, Toole A, Tu C, Chen S. Self-compassion, body image, and self-reported disordered eating. *Self and Identity*. 2014;13(4):432-48.
16. Hofmann SG, Grossman P, Hinton DE. Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical psychology review*. 2011;31(7):1126-32.
17. Taher Pour M, Sohrabi A, Zemestani M. Effectiveness of compassion-focused therapy on depression, anxiety, stress, and weight self-efficacy in patients with eating disorder. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2019;26(4):505-13.
18. Abbasi M, Porzoor P, Moazedi K, Aslani T. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Improving Body Image of Female Students with Bulimia Nervosa. *Journal of Ardabil university of medical sciences*. 2015;15(1):15-24.
19. Mohammadi K, Vafai Moghaddam M. Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Overeating and Stress in Women with Eating Disorders. *Journal of Disability Studies*. 2018;10(10):1-7.
20. Calvert F, Smith E, Brockman R, Simpson S. Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Journal of eating disorders*. 2018;6:1-7.

34. Hosseini E, Talepasand S, Rahimian Boogar I. Body image and eating problems: Testing a tripartite model. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2017;23(2):192-207.
35. Walenda A, Kostecka B, Santangelo PS, Kucharska K. Examining emotion regulation in binge-eating disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 2021;8(1):1-10.
36. Dingemans AE, van Son GE, Vanhaelen CB, van Furth EF. Depressive symptoms rather than executive functioning predict group cognitive behavioural therapy outcome in binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*. 2020;28(6):620-32.
37. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2019;87(1):91.
38. Mohammadzadeh A. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy, cognitive behavioral therapy and Transcranial Direct Current Stimulation on cognitive regulation of emotion, self-efficacy, body image and emotional eating in obese and overweight people: Shahid Chamran University of Ahvaz; 2018.
39. Linardon J, Wade TD, De la Piedad Garcia X, Brennan L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2017;85(11):1080.
40. Kalantari F, Davoudi I, Bassak Nejad S, Mehrabizadeh Honarmand M, Karandish M. The Effectiveness of Rational-Emotive Behavioral Therapy on Body Mass Index, Irrational Food Beliefs and Self-Acceptance among Overweight Teenage Girls. *Achievements of Clinical Psychology*. 2015;1(3):81-98.
41. MacNamara A, Joyner K, Klawohn J. Event-related potential studies of emotion regulation: A review of recent progress and future directions. *International Journal of Psychophysiology*. 2022;176:73-88.
42. Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. *Cognitive-behavioral therapy in groups*. Tehran: University of Tehran; 2014.
43. Eftekhari T, Rahimian Boogar I, Nouhi S, Ghorbani R. Effectiveness of Mindfulness Training on Physical Self-Efficacy and Emotional Eating in Overweight Children. *Journal of Clinical Psychology*. 2023;14(4).