



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن و تکانشگری در زنان مبتلابه اختلال پر خوری افراطی

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

زهرا استادیان‌خانی 
فریبا حسنی* 
مژگان سپاه‌منصور 
فرناز کشاورزی ارشد 

hassani.fariba@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۳

دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۰۸

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۴ پیاپی ۸ | ۲۸۵-۳۰۹

زمستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(استادیان‌خانی، حسنی، سپاه‌منصور و

کشاورزی ارشد، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

استادیان‌خانی، زهرا، حسنی، فریبا، سپاه منصور، مژگان، کشاورزی ارشد، فرناز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن و تکانشگری در زنان مبتلابه اختلال پر خوری افراطی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۴ پیاپی ۸): ۲۸۵-۳۰۹.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن و تکانشگری در زنان مبتلابه پر خوری افراطی بود. **روش پژوهش:** طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلابه اختلال پر خوری افراطی بود که در سال ۱۳۹۷ به کلینیک‌های تغذیه در شهر قم مراجعه نموده و ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند. حجم نمونه ۴۵ نفر زن مبتلابه اختلال پر خوری بود که به روش هدفمند انتخاب شد و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بسته‌بسته باخ و مردان، ۲۰۱۲؛ و گروه آزمایشی طرحواره درمانی بسته‌بسته یانگ و همکاران، ۱۳۹۴؛ را در ۱۲ جلسه ۲ ساعته به صورت گروهی دریافت کردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس تشخیص اختلالات خوردن (استیک، تلج و ریزوی، ۲۰۰۰)، انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن (ساندوز، ویلسون، مروین و کیت-کلم، ۲۰۱۳) و تکانشگری (بارت، ۲۰۱۴) بود. داده‌ها با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از تأثیر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر نمره انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی ($F=4/31, P=0/020$) و تکانشگری ($F=6/73, P=0/020$) و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود؛ همچنین نتایج مقایسه دوهفته‌ای و آزمون تعقیبی توکی نشان داد که بین تأثیر دو روش درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد. **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری نسبت به طرحواره درمانی در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن، اضطراب و تکانشگری حرکتی دارد.

کلیدواژه: پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، انعطاف‌پذیری، تصویر بدنی، تکانشگری، پر خوری افراطی

مقدمه

اختلالات خوردن، شرایط مزمن و طولانی‌مدت است که مشکلات جسمی، روحی و اجتماعی زیادی را، ایجاد می‌کند (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۱۳). در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM-5)، اختلال پرخوری افراطی به‌عنوان یک اختلال خوردن مجزا معرفی شده است که شیوع آن سه درصد جمعیت عمومی تخمین زده می‌شود (هیگ، ستینگل، کالمن، شگ، گیل و زیپفل، ۲۰۱۵). مشخصه اختلال پرخوری افراطی، وجود دوره‌های پرخوری تکرارشونده است. میزان مصرف غذا در این دوره‌ها به نحوی است که فرد هیچ کنترلی بر خوردن خود ندارد و میزان مصرف غذا از مقدیری که افراد دیگر در یک دوره زمانی مشابه می‌خورند، بیشتر است (وو، گیل، سکوند، شگ، رودوفسکی و زوان، ۲۰۱۳). سایر ویژگی‌های دوره‌های پرخوری افراطی عبارت‌اند از خوردن سریع‌تر از حالت معمول، خوردن تا جایی که فرد به‌صورت ناخوشایندی احساس پری می‌کند، خوردن بدون احساس گرسنگی، خوردن در تنهایی به علت احساس خجالت و احساس گناه یا احساس تنفر پس‌از آن. علاوه بر این، دوره‌های پرخوری افراطی با پریشانی و ناراحتی همراه هستند و باید حداقل یک‌بار در هفته در بیش از یک دوره سه‌ماهه روی می‌دهند (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵/۱۳۹۴)؛ از آنجا که اختلال پرخوری افراطی فاقد رفتارهای جبرانی یا پاک‌سازی در اغلب موارد با اضافه‌وزن یا چاقی همراه است (لیهر، کروهمر، اسپچاک، درسلا، زیپفل و گیل، ۲۰۱۵). بر اساس تحقیقات، ۱۵ تا ۵۰ درصد افراد چاقی که در برنامه‌های کاهش وزن شرکت می‌کنند، ملاک تشخیص اختلال پرخوری را دارا هستند (برتولی، لیون، پونیسی، بدوگنی، بگیو و ستروپاروا، ۲۰۱۵). افراد چاقی که اختلال پرخوری افراطی دارند، از لحاظ ویژگی‌های روان‌شناختی متفاوت از افراد چاق هستند. علائمی مانند بی‌بزاری از خود، افسردگی، اضطراب و حساسیت بین فردی در افراد چاقی که پرخوری افراطی دارند بیش از سایر افراد چاق گزارش شده است (کارانل، گیلسون، بنسون، اوکانر و گلیبتر، ۲۰۱۲؛ شگ، شانالبر، تیفیل و گیل، ۲۰۱۳؛ وانگ، گیلیبتر، ولکو، تلانگ، لوگان و جین، ۲۰۱۱). با توجه به پیامدهای جسمانی و روانی اختلال پرخوری افراطی شناسایی عوامل مؤثر بر آن، امری ضروری است. یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد در اختلال پرخوری افراطی مؤثر باشد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن^۳ است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن، در واقع به توانایی تجربه نارضایتی از بدن و دیگر تجارب درونی مرتبط با نارضایتی از بدن به‌طور کامل و با ذهنی باز و بدون تلاش برای تغییر این افکار و تجارب و در عین حال دنبال کردن رفتارهای مرتبط با ارزش‌های درونی فرد اشاره دارد (ساندوز، ویلسون، مروین و کیت‌کلوم، ۲۰۱۳). در واقع انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن، پیش‌بینی‌کننده مهمی برای اختلالات خوردن می‌باشد و در افرادی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر بدنی آن‌ها پایین است، بسیاری از رفتارهای مرتبط با اختلالات خوردن را نشان می‌دهند (فریرا، پیناتو-گویا و دوآرته، ۲۰۱۳). در پژوهشی که توسط بلات، لی، سیمون، لاکهارت، توهیگ، لنزگریو-بنسون و کویشنیش-رابرت در سال ۲۰۱۶ با موضوع

1. world health organization (WHO)
2. diagnostic and statistical manual of mental disorders
3. body image psychological inflexibility

نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان اختلالات خوردن بر روی ۱۱۳ نفر زن مبتلابه اختلال خوردن شامل ۵۷ نفر مبتلابه بی‌اشتهایی عصبی، ۲۰ نفر مبتلابه پراشتهایی عصبی و ۳۶ نفر سایر اختلالات خوردن انجام شد، نتایج نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مرتبط با تصویر ذهنی از بدن در درمان همه اختلالات خوردن نقش دارد. همچنین در پژوهشی که توسط دوآرته و پیناتو-گویا در سال ۲۰۱۶ به بررسی نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مرتبط با تصویر ذهنی از بدن و احساس شرم و تجربه قربانی شدن در افراد مبتلابه اختلال پرخوری افراطی انجام شد، نتایج نشان داد که افراد مبتلابه پرخوری افراطی احساس شرم و قربانی شدن همراه با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر بدنی پایینی دارند. یکی از دلایل چاقی عدم تحمل عواطف و هیجانات منفی است. افراد دارای اضافه‌وزن با مصرف غذا عواطف منفی خود را کاهش می‌دهند و سعی می‌کنند از طریق خوردن توجه خود را از وضعیت ناخوشایند منحرف سازند (فورمن و باترین، ۲۰۱۵). وجه روان‌شناختی بارز در اختلال پرخوری افراطی، ناتوانی مبتلایان در کنترل رفتار خوردن و مصرف غذاست؛ بنابراین شناسایی مؤلفه‌های روانی مرتبط با نقص در کنترل رفتار خوردن می‌تواند گامی مهم در راستای درک بهتر این اختلال باشد. یکی از مؤلفه‌هایی که به نظر می‌رسد در کنترل رفتار غذا خوردن مؤثر باشد، تکانشگری^۱ است. تکانشگری عبارت است از گرایش به واکنش‌های سریع و نسنجیده نسبت به محرک‌های درونی و بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی آن، برای فرد تکانشگر یا دیگران است. تکانشگری بالا منجر به ناتوانی در کنترل خوردن و مصرف غذا می‌شود (ندرکرون، هابن، هافمن، رونس و جانسن، ۲۰۱۰). نتایج پژوهشی که به مقایسه تکانشگری افراد مبتلابه اختلال پرخوری با افراد سالم پرداخت، نشان داد که افراد مبتلابه اختلال پرخوری افراطی تکانشگری بالاتری نسبت به افراد سالم دارند (وو و همکاران، ۲۰۱۳). تکانشگری به‌عنوان سازه‌ای چندوجهی مورد مداخله قرار گرفته است؛ که دارای سه وجه تکانشگری شناختی^۲ که شامل ناتوانی در تمرکز یا حفظ توجه است، تکانشگری حرکتی^۳ که باعث عمل بدون فکر می‌گردد و تکانشگری بدون برنامه^۴ که فقدان دوراندیشی است. بر اساس پژوهش میلو در سال ۲۰۱۳ افراد مبتلابه اختلال پرخوری در مقایسه با افراد سالم میزان بالاتری از تکانشگری حرکتی و بدون برنامه را نشان می‌دهند. همان‌گونه که پیش‌ازاین نیز گفته شد، شیوع اختلال پرخوری مفرط ۳ درصد جمعیت عمومی است و ۱۵ تا ۵۰ درصد افراد چاق که در برنامه‌های کاهش وزن شرکت می‌کنند، واجد تشخیص ملاک‌های پرخوری هستند (سادوک، سادوک و رونیز، ۲۰۱۵/۱۳۹۴). همان‌گونه که پیش‌ازاین نیز گفته شد، شیوع اختلال پرخوری مفرط ۳ درصد جمعیت عمومی است و ۱۵ تا ۵۰ درصد افراد چاق که در برنامه‌های کاهش وزن شرکت می‌کنند، واجد تشخیص ملاک‌های پرخوری هستند. با توجه به اینکه اختلال پرخوری افراطی در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در سال ۲۰۱۳، به‌عنوان یک اختلال مجزا آمده است و پیامدهای کارکردی مختلفی از جمله اختلال در کیفیت سلامت زندگی و رضایت از زندگی، افزایش بیماری‌ها، مرگ‌ومیر و استفاده از هزینه‌های مراقبت بهداشتی بیشتر در

1. impulsivity
2. cognitive impulsivity
3. motor impulsivity
4. nonplanning impulsivity

مقایسه با افراد سالم را دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۴/۲۰۱۳). پژوهش در ارتباط با افراد مبتلابه اختلال پرخوری افراطی که درگیر اضافه‌وزن هستند محدود است. به نظر می‌رسد یکی از مداخلات روان‌شناختی در درمان افراد مبتلابه پرخوری افراطی و عوامل مرتبط با آن، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است. هدف از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمک به مراجع برای رسیدن به یک زندگی ارزشمند از طریق ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی^۲ است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). انعطاف‌پذیری شناختی به معنای توانایی فرد برای ارتباط آگاهانه با زمان حال باوجود تمام احساسات، افکار، خاطرات و احساسات بدنی‌ای که در لحظه تجربه می‌کند و انجام رفتارهایی در خدمت اهداف و ارزش‌های انتخابی فرد می‌باشد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرآیند اصلی پذیرش^۳، گسلش شناختی^۴، خود به‌عنوان زمینه^۵، ارتباط با زمان حال^۶، ارزش‌ها^۷ و عمل متعهد^۸ ایجاد می‌شود (هیز، ویلیت، لوین و هیلدبرنالت، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش فورمن، هربرت، مویترا و یمنس در سال ۲۰۰۷ نشان داد که استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ولع مصرف شکلات مؤثر است. نتایج پژوهشی که توسط هیل، مسودا، ملچر و مورگان در سال ۲۰۱۴ به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان اختلال پرخوری به‌صورت مطالعه موردی انجام شد، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود تصویر بدنی در افراد مبتلابه پرخوری افراطی می‌شود. نتایج پژوهشی نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود تصویر بدنی و کاهش علائم پراشتهایی عصبی می‌شود (عباسی، پرزور، معاضدی و اصلانی، ۱۳۹۴). نتایج پژوهشی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و افزایش ادراک مطلوب از تصویر بدنی مؤثر است (غلامحسینی، خدابخشی کولایی و تقوایی، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش فورمن و باترین در سال ۲۰۱۵ نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرایند خودتنظیمی و کاهش وزن افراد چاق تأثیر مثبت و معنادار دارد. نتایج پژوهش نوریان و آقایی در سال ۱۳۹۴ نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان چاق مؤثر است. بر اساس پژوهش‌ها افراد مبتلابه چاقی طرحواره‌های متفاوتی با سایرین دارند، اما در خصوص طرحواره‌های افراد مبتلابه اختلال پرخوری افراطی پژوهش‌ها محدود است. منظور از طرحواره‌ها^۹، الگوهای عمیق و فراگیری هستند که از خاطره، شناخت و هیجان تشکیل شده‌اند و در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در بزرگسالی تداوم می‌یابند (یانگ و کلسکو و ویشار^{۱۰}، ۱۳۹۴/۲۰۰۷). به نظر می‌رسد یکی از مداخلات مناسب برای عوامل مؤثر بر اختلال پرخوری افراطی استفاده از طرحواره درمانی است. نتایج پژوهشی که توسط ترنر، رز و کوپر در سال ۲۰۰۵ نشان داد

1. acceptance and commitment therapy
2. cognitive flexibility
3. acceptance
4. cognitive defusion
5. self as a context
6. contact with present moment
7. values
8. committed action
9. schemas
10. Young, Kolsko & Weishoar

که نوجوانان دارای اضافه‌وزن دارای طرحواره‌های محرومیت هیجانی^۱، رهاشدگی^۲، شکست^۳ و خویشتن‌داری ناکافی^۴ هستند. در پژوهشی که توسط لاز، ساینس‌بوری، های، روکینس، سوینبورن، سیلوا و اولیوریا (۲۰۱۷) با موضوع طرحواره ناسازگار اولیه و انحراف‌های شناختی در بزرگسالان مبتلابه چاقی مفرط انجام شد، نتایج این پژوهش نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد چاق با افراد معمولی تفاوت معنادار وجود دارد. در پژوهشی که توسط سیمپسون، مورو، وریسویجک و رید (۲۰۱۰) به بررسی تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر اختلالات خوردن انجام شد، نتایج نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر شدت علائم اختلالات خوردن، شرم و اضطراب مؤثر است. در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری به‌عنوان درمان پیشنهادی برای اختلالات خوردن با طرحواره درمانی در اختلال پرخوری روی ۱۱۲ زن مبتلابه پرخوری پرداخته شد، درمان شامل ۲۴ ماه جلسات هفتگی و پس‌از آن ۶ ماه جلسه به‌صورت ماهانه (در مجموع ۳۰ جلسه درمان) بود و نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین CBT سنتی، CBT متمرکز بر اشتها و طرحواره درمانی مشاهده نشد (مک‌این‌تاش، جوردن، کارتر، فرامپتون، مک‌کنزی، لاتنر و جویس، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه تشخیص اختلال پرخوری از ویراست پنجم DSM به‌عنوان تشخیصی مجزا در نظر گرفته شده است، لذا با توجه به شیوع بالای این اختلال (۳ درصد جمعیت عمومی) نسبت به سایر اختلالات خوردن، نیاز مبرمی به پژوهش در زمینه درمان و عوامل مؤثر بر اختلال پرخوری افراطی احساس می‌شود. ضمن آن که نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر افراد مبتلابه اختلال پرخوری و دارای اضافه‌وزن (BMI ۲۵ به بالا) بودند که پژوهش در این زمینه محدود بود. باوجود پژوهش‌های متعدد انجام شده در خصوص اثربخشی هرکدام از درمان‌های فوق (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی) بر اختلالات خوردن تفاوت‌های فوق منجر شد تا مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی بپردازد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان رویکردی فردمدار تأکید بر فرایندهای شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل توجه می‌شود و تمرکزی روی محتوای افکار و باورهای بیماران ندارد (هیز، لوما، بوند، مسودا و لیلیس، ۲۰۰۶). حال آن‌که در طرحواره درمانی، باورها و احساسات مهمی که افراد در مورد خود و محیط اطرافشان دارند، یعنی همان طرح‌واره‌ها، دستخوش تغییر خواهد شد (تیم، ۲۰۱۰). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اجتناب تجربی جهت ایجاد توانایی در افراد برای انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف مناسب و اصلاح شکل و فراوانی تجربیات افراد استفاده می‌کند (فورمن و همکاران، ۲۰۰۷)، درحالی‌که طرحواره درمانی ابتدا با سنجش و آموزش سعی در کمک به افراد در شناسایی طرحواره‌هایشان و یافتن ریشه‌های تحولی آن‌ها در کودکی دارد و سپس با ادغام و به‌کارگیری مداخلات و راهبردهای شناختی، رفتاری، رابطه درمانی و تجربی در تلاش است تا طرحواره‌های بیمار را بهبود بخشد و الگوهای رفتار سالمی را جایگزین سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار او کند (بریگر و یانگ، ۲۰۱۲). در راستای مطالبی که ذکر شد، پرسش اصلی تحقیق حاضر این‌گونه بود:

1. emotional deprivation
2. abandonment
3. failure
4. insufficient self-control

که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن، کنترل عواطف و تکانشگری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی که دارای اضافه‌وزن هستند، تفاوت وجود دارد

۱. آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن و تکانشگری زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟

۲. آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن و تکانشگری زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی در مرحله پیگیری پایدار است؟

۳. آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن و تکانشگری زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

طرح پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی در سال ۱۳۹۷ ساکن در شهر قم می‌باشد که جهت دریافت رژیم به مراکز تغذیه دکتر کرمانی، دکتر حق ویسی، دکتر عسگری و دکتر ستاری مراجعه نموده‌اند. در شهر قم ۱۱ کلینیک تغذیه وجود دارد که بزرگ‌ترین و پرمخاطب‌ترین آن از حیث مراجع کلینیک تغذیه دکتر کرمانی بود. از میان ۱۱ مرکز تغذیه ۴ مرکز حاضر به همکاری در ارجاع بیماران مبتلا به اختلال پرخوری شدند و مداخلات در مرکز مشاوره زندگی عاقلانه انجام شد. با توجه به شیوع بالاتر این اختلال در خانم‌ها ۱،۶ درصد در مقابل ۰،۸ درصد در آقایان (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، مطالعه حاضر تنها بر روی زنان انجام می‌شود. روش نمونه‌گیری در این تحقیق به صورت هدفمند انجام بود به این شکل که در یک بازه زمانی سه‌ماهه از میان ۵۹ نفر نمونه‌ای که از سمت مراکز تغذیه ارجاع شدند، با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج و اعلام موافقت و پر کردن فرم رضایت آگاهانه ۴۵ نفر انتخاب شدند. نمونه مورد مطالعه در روش آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است (دلاور، ۱۳۹۶). نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ نفر زن مبتلا به اختلال پرخوری مفرط است که از طریق جایگزینی تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. در جایگزینی تصادفی افراد شانس برابر برای قرار گرفتن در هر یک از عمل‌های آزمایشی را دارند، این روش بهترین شیوه حصول اطمینان از هم‌تا بودن گروه‌های مختلف عمل آزمایشی در ابتدای پژوهش است (گال، بورگ و گال، ۱۳۹۳/۱۹۹۶). مداخلات (به صورت گروه‌درمانی) در سه گروه شامل: گروه اول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (پروتکل ۱۲ جلسه‌ای) گروه دوم طرحواره درمانی (پروتکل ۱۲ جلسه‌ای) و گروه سوم، گروه کنترل خواهد بود، پس از دو ماه از اتمام مداخلات و اجرای پس‌آزمون، پیگیری جهت بررسی نتایج مداخلات انجام خواهد شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: (۱) توده

بدنی ۲۵ به بالا (ملاک برای تشخیص اضافه‌وزن) باشد. ۲) محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال (۳) تحصیلات دیپلم به بالا (۴) عدم ابتلا به اختلالات سایکوتیک و شخصیت در طی ۲ سال اخیر بر اساس شرح‌حال و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5) عدم بارداری، شیردهی یا یائسگی زودرس (۶) علاوه بر معیارهای ذکرشده برای ورود، شرکت‌کنندگان بر اساس مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن (EDDS) و ملاک‌های تشخیصی DSM-5 به‌عنوان نمونه برای اختلال پرخوری افراطی انتخاب می‌شوند. معیارهای خروج از پژوهش نیز به شرح ذیل خواهد بود: (۱) بارداری (۲) ابتلا به اختلالات سایکوتیک بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-3) ابتلا به بیماری‌های دیابت، تیروئید و اختلال متابولیسم یا سایر بیماری‌های جسمی تأثیرگذار بر وزن (دریافت آزمایش خون) توسط پزشک عدم ابتلای آزمودنی به موارد فوق را تأیید کند. (۴) استفاده از داروهای خاص (مانند داروهای کاهنده یا محرک اشتها یا داورهای روان‌گردان) (۵) اعتیاد (۶) داشتن سابقه عمل جراحی به دلیل چاقی (لیپوماتیک، لیپولیزر یا پیکرتراشی) (۷) یائسگی زودرس (۸) بیماری‌های جسمانی که منجر به بستری شدن شود.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس تشخیص اختلال خوردن**^۱. این ابزار توسط استیس و همکاران در سال ۲۰۰۰ با سه خرده مقیاس اختلال پراشتهایی عصبی، اختلال کم‌اشتهایی عصبی و اختلال پرخوری افراطی طراحی شده که با توجه به اینکه اختلال پرخوری افراطی معیار ورود به مطالعه بود از خرده مقیاس اختلال پرخوری افراطی استفاده شد (استیس و همکاران، ۲۰۰۰). این خرده مقیاس دارای ۱۲ گویه است که هشت گویه آن به‌صورت بله (نمره یک) و خیر (نمره صفر) یک گویه آن به‌صورت هشت درجه‌ای لیکرت (پاسخ‌های صفر و یک نمره صفر و پاسخ‌های دو تا هفت نمره یک) و سه گویه آن به‌صورت پانزده درجه‌ای لیکرت (پاسخ‌های صفر و یک نمره صفر و پاسخ‌های دو تا پانزده نمره یک) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین، دامنه نمرات ابزار بین صفر تا دوازده و نمره بالاتر نشان‌دهنده اختلال بیشتر است و نقطه برش اختلال پرخوری افراطی نمره ۹ است (استیس و همکاران، ۲۰۰۴). روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی خرده مقیاس پرخوری افراطی را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کردند (خبیر، محمدی و رحیمی، ۱۳۹۳).

۲. **پرسشنامه انعطاف‌پذیری تصویر بدنی**^۲. این ابزار توسط ساندوز و همکاران در سال ۲۰۱۳ طراحی شده که دارای فرم‌های متفاوت است و در این پژوهش از فرم ۱۲ گویه‌ای استفاده شد که با استفاده از مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً غلط = ۱ تا کاملاً درست = ۷) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین، دامنه نمرات ابزار بین ۱۲ تا ۸۴ و نمره بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری تصویر بدنی کمتر است. روایی صوری و محتوایی ابزار تأیید و پایایی آن با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و باز آزمایی ۰/۹۰ محاسبه شد (ساندوز و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران ایزدی و همکاران (۱۳۹۲) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند؛ در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ محاسبه شد.

1. Eating Disorder Diagnostic Scl

2. Body Image-Acceptance and Action Questionnaire=BI-AAQ

۳. پرسشنامه تکانشگری^۱. مقیاس تکانشگری بارت (۲۰۰۴) ویرایش یازدهم از ۳۰ ماده تشکیل شده است که یک نمره کل و سه زیر مقیاس را می‌سازند. زیرمقیاس‌های آن عبارت‌اند از: (۱) تکانشگری توجهی یا شناختی (۲) تکانشگری حرکتی و (۳) تکانشگری بی‌برنامگی. تکانشگری توجهی یا شناختی معرف تحمل پیچیدگی‌ها و مقاومت‌ها در شرایط تصمیم‌گیری بلافاصله است. تکانشگری حرکتی نشان‌دهنده عمل بدون تفکر است و تکانشگری مبتنی بر بی‌برنامگی، مبین عدم آینده‌نگری در رفتار و اعمال است. نمره‌گذاری به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای ۱=هرگز، ۲=گاهی اوقات، ۳=اغلب، ۴=همیشه است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳، خرده مقیاس توجهی یا شناختی ۰/۷۴، خرده مقیاس حرکتی ۰/۷۴ و خرده مقیاس بی‌برنامگی ۰/۷۳ گزارش شده است. همچنین این مقیاس با سایر پرسشنامه‌های خودگزارشی تکانشگری مانند مقیاس هیجان خواهی^۲ ذاکرمن^۳، مقیاس تکانشگری آیزنک^۴ و مقیاس بازداری^۵ و فعال‌سازی رفتاری^۶، همبستگی بالای ۰/۷۰ دارد (استنفورد، ماتیس، دورتی، لیک، اندرسون و پاتن، ۲۰۰۹). مقیاس تکانشگری بارت در ایران نیز هنجاریابی انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳ برای کل آزمون، ۰/۷۸ برای تکانشگری توجه، ۰/۶۳ برای تکانشگری حرکتی و ۰/۴۷ برای تکانشگری بی‌برنامگی گزارش شد (اختیاری، رضوان‌فرد و مکری، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نیز با احتساب حجم نمونه ۴۵ نفر آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد.

۴. پروتکل جلسات طرحواره درمانی. ساختار جلسات پروتکل طرحواره درمانی به صورت ۱۲ جلسه گروهی هفتگی، هر هفته یک جلسه ۲ ساعته می‌باشد. درمانگر در مرحله تغییر، بسته به نیازهای بیمار، راهبردهای شناختی، تجربی و رفتاری در هر جلسه را به‌گونه‌ای انعطاف‌پذیر به کار می‌گیرد و طرحواره درمانگر در طی مداخلات انعطاف‌پذیر است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۷/۱۳۹۴) که در جدول ۱ شرح این پروتکل ارائه شده است.

جدول ۱. مراحل اجرای جلسات طرحواره درمانی

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف خانگی
اول	ایجاد انگیزه برای درمان	بیان مقررات مربوط به گروه‌درمانی مروری	پر کردن پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه
دوم	شناخت طرحواره‌ها	بر ساختار جلسات، برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، اجرای پیش‌آزمون، آموزش مدل طرحواره درمانی به زبان ساده	شناسایی طرحواره‌ها و حیطه‌های آن

1. Impulsiveness Questionnaire
2. sensation seeking
3. Zukerman
4. Eysenck
5. inhibition
6. behavioral activation

سوم	شناخت عمیق‌تر طرحواره‌ها	مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش ریشه‌های تحولی، نیازها و سبک‌های مقابله‌ای	بررسی سبک‌های مقابله‌ای
چهارم	ایجاد آمادگی برای تغییر طرحواره	مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش ذهنیت طرحواره‌ای و شناسایی تجارب ذهنیت‌ها	شناسایی تجارب مرتبط با ذهنیت‌های خود
پنجم	انجام تکنیک‌های شناختی	مرور تکلیف جلسه قبل، شناسایی تحریف‌های شناختی	انجام آزمون اعتبار طرحواره
ششم	انجام تکنیک‌های شناختی	مرور تکلیف جلسه قبل، شواهد تائید کننده و رد کننده طرحواره، ارزیابی معایب و مزایای طرحواره و سبک‌های مقابله‌ای	ثبت معایب و مزایای طرحواره و سبک‌های مقابله‌ای
هفتم	انجام تکنیک‌های شناختی	مرور تکلیف جلسه قبل، گفتگو بین جنبه سالم و طرحواره، آموزش تدوین کارت آموزشی	تدوین کارت آموزشی
هشتم	تسهیل پردازش هیجانی	مرور تکلیف جلسه قبل، پی بردن به ریشه‌های تحول طرحواره در سطح هیجانی از طریق تکنیک‌های تجربی به‌منظور آماده‌سازی برای الگو شکنی رفتار، تکنیک گفتگوی خیالی	تمرین تکنیک گفتگوی خیالی
نهم	انجام تکنیک‌های تجربی و تسهیل پردازش هیجانی	مرور تکلیف جلسه قبل، تصویرسازی ذهنی به‌منظور کاهش ذهنیت‌های مقابله‌ای	تمرین تصویرسازی ذهنی
دهم	انجام تکنیک‌های تجربی و تسهیل پردازش هیجانی	مرور تکلیف جلسه قبل، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، تصویرسازی ذهنی به‌منظور الگو شکنی رفتاری.	نوشتن نامه به منبع طرحواره
یازدهم	انجام تکنیک‌های رفتاری و تغییر رفتار	مرور تکلیف جلسه قبل، ترغیب برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و جایگزینی آن با رفتارهای مقابله‌ای کارآمد به‌منظور ارضای نیازهای هیجانی اساسی، اولویت‌بندی رفتار، بررسی مزایا و معایب تغییر رفتار	اولویت‌بندی رفتارها برای الگو شکنی
دوازدهم	انجام تکنیک‌های رفتاری و تغییر رفتار	مرور تکلیف جلسه قبل، تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، تغییر رفتار، ایجاد انگیزه برای تداوم تغییرات رفتاری، مزایای و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم، جمع‌بندی جلسات و ارائه پس‌آزمون	تغییر رفتار

۵. پروتکل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. ساختار جلسات پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت ۱۲ جلسه گروهی هفتگی، هر هفته یک جلسه ۲ ساعته بود (باخ و موران، ۲۰۰۸؛ هنجاریابی خاکباز، ۱۳۹۳) که محتوای جلسات در قالب جدول ۲ ارائه شده است

جدول ۲. مراحل اجرای جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف خانگی
اول	ایجاد انگیزه برای درمان	مروری بر ساختار جلسات، بیان مقررات مربوط به گروه‌درمانی، آشنایی اعضا با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	نوشتن اهداف
دوم	ایجاد درماندگی خلاق	مرور تکلیف جلسه قبل، درک اضطراب دیدگاه ACT، استعاره گودال، فهم سیستم ناکارآمد گذشته	ثبت تجربه‌های روزانه
سوم	ایجاد پذیرش	مرور تکلیف جلسه قبل، درک اینکه اضطراب به دلیل پاسخ‌های محدود به شیوه کنترل است/ گفتگو در مورد اضطراب‌ها، استعاره دروغ‌سنج، دونات زله-ای، جنگ با هیولا	یادداشت روزانه تمایل
چهارم	ایجاد تمایل	مرور تکلیف جلسه قبل، تمایل به تجربه اضطراب به جای کنترل، ایجاد فعال‌سازی رفتاری، تمرین فرونشانی، تمرین اعداد، تمرین تمایل، استعاره جعبه پر از مسائل	ایجاد هدف رفتاری برای تمایل ناراحتی پاک در مقابل ناراحتی ناپاک
پنجم	گسلش از افکار و احساسات	مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش گسلش تغییر کلامی در جهت افزایش تمایل استعاره شیر، شیر و شیر، مسافران اتوبوس	تمرین ذهن آگاهی
ششم	تمایز خود مفهوم‌سازی شده از خود مشاهده‌گر	مرور تکلیف جلسه قبل، توضیح انواع خود در نظر گرفتن خود مشاهده‌گر به عنوان چشم‌اندازی برای گسلش و ذهن آگاهی، تمرین قطبیت روان، قیاس تخته شطرنج، تمرین مشاهده‌گر	تمرین عینیت بخشیدن
هفتم	درک اهمیت ارزش‌ها	مرور تکلیف جلسه قبل، نحوه شناسایی ارزش‌ها، ایجاد تمایل برای فعال‌سازی رفتاری، ارزش به‌عنوان رفتار نه احساسات، انتخاب ارزش‌ها، استعاره سنگ‌قبر	مسیر مبتنی بر ارزش‌ها اقدام برای شناسایی ارزش‌های تعیین‌شده

هشتم	کاهش دلیل یابی	مرور تکلیف جلسه قبل، جلوگیری از افتادن در دام تله‌های کلامی، جایگزینی " و " به جای اما و چون استعاره مهمان ناخواسته، ماهیت همه‌یاهیچ	فعال‌سازی رفتاری در راستای اهداف و ارزش‌ها
نهم	شناسایی ناهماهنگی با ارزش‌ها	مرور تکلیف جلسه قبل درک ارزش‌ها به‌عنوان منشأ تعهد و عملی کردن مفهوم تمایل در خدمت فعال‌سازی رفتاری، استعاره اسکی‌بازی	فعالیت در راستای ارزش‌ها
دهم	افزایش تمایل	مرور تکلیف جلسه قبل، کشف ارتباط بین اهداف، فعالیت‌ها و افزایش تمایل و پذیرش در راستای دستیابی به اهداف نقش انتخاب در عمل متعهدانه، استعاره باغبانی، حباب در جاده	شناسایی یک عمل ارزشی برای تکلیف در طول هفته
یازدهم	تمرکز بر ارزش‌ها	مرور تکلیف جلسه قبل، بررسی عملکرد افراد در راستای ارزش‌ها، موانع موجود اهداف و تمایل در پذیرش آن‌ها	بررسی عمل بر اساس ارزش‌ها
دوازدهم	تبدیل شدن به درمانگر خود	مرور تکلیف جلسه قبلی و مهارت‌های آموخته‌شده، انعکاس پیشرفت حاصل شده در گروه، پرداختن به نگرانی اعضا درمورد خاتمه درمان، استعاره دو کوه	مرور تکالیف جلسه قبل، شناسایی موانع، عمل متعهدانه بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد

روش اجرا. در ابتدای پژوهش از متخصصان تغذیه کلینیک‌های تغذیه انتخابی خواسته شد تا به مراجعین خود پرسشنامه تشخیص اختلال خوردن را بدهند. پس‌از آن با مراجعینی که تشخیص اختلال پرخوری را دریافت می‌کردند، با توضیح اولیه اهداف پژوهش و در صورت موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش، از وی درخواست می‌شد تا به پژوهشگر مراجعه کنند. در ادامه بیماران به پژوهشگر مراجعه نمودند و پس‌از انطباق ملاک‌های ورود و خروج، فرم رضایت آگاهانه در اختیار افراد قرار گرفت. در صورت اعلام موافقت جهت شرکت در پژوهش، به‌صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش، ۱۵ نفر (گروه طرحواره درمانی) و ۱۵ نفر (گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) و ۱۵ نفر گروه کنترل جایگزین شدند تا در پیش‌آزمون به پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری تصویر بدنی و تکانشگری پاسخ دهند. ترتیب ارائه پرسشنامه‌ها به‌صورت تصادفی انجام شد. پس‌از آن گروه آزمایش اول، تحت مداخله گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مبنای پروتکل درمانی (باخ و موران، ۲۰۰۸؛ هنجاریابی خاکباز، ۱۳۹۳) قرار گرفت. جلسات به‌صورت ۱۲ جلسه و هفته‌ای ۱ جلسه ۲ ساعته صورت پذیرفت. برای گروه دوم آزمایش، طرحواره درمانی بر مبنای پروتکل طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) ارائه شد. جلسات به‌صورت ۱۲ جلسه و هفته‌ای ۱ جلسه ۲ ساعته برگزار شد. گروه کنترل، ۴ جلسه تحت درمان‌های روتین مرکز تغذیه قرار گرفتند تا تأثیر قرار گرفتن در گروه

تعدیل شود. منظور از مداخلات روتین، آموزش‌های رفتاری مبتنی بر منظم غذا خوردن، داشتن ۳ وعده اصلی و ۳ میان وعده، استفاده از غذاهای آزاد به‌منظور پر شدن حجم معده، آموزش تاثیر خواب منظم بر متابولیسم بدن و توصیه به انجام روزی ۳۰ دقیقه پیاده‌روی، استفاده از بشقاب و قاشق کوچک‌تر، مصرف سالاد قبل از غذا، خوردن روزانه ۸ لیوان آب به‌منظور پر شدن حجم معده و جلوگیری از یبوست بود که این مداخلات به‌منظور کنترل تأثیر پژوهشگر توسط پژوهشگر انجام شد. پس از پایان جلسات درمانی، جهت پس‌آزمون، به هر سه گروه مبتلایان به اختلال پرخوری مجدداً پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر بدنی، کنترل عواطف و تکانشگری به‌صورت تصادفی ارائه شد و از آن‌ها خواسته که پرسشنامه‌ها را پاسخ دهند. پس دو ماه مجدداً پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری تصویر بدنی و تکانشگری به سه گروه به‌صورت تصادفی، جهت پیگیری داده شد و در نهایت نتایج پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویراست ۲۱ آنالیز شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی زنان گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳/۵۴) ۳۶/۷۸، زنان گروه آزمایشی طرحواره درمانی (۳/۹۴) ۳۷/۲۱ و زنان گروه گواه (۳/۶۳) ۳۶/۹۴ بود. میزان تحصیلات زنان گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳ نفر دیپلم (۲۰ درصد)، ۷ نفر لیسانس (۴۶/۶ درصد) و ۵ نفر فوق لیسانس (۳۳/۳ درصد)، میزان تحصیلات زنان گروه طرحواره درمانی ۴ نفر دیپلم (۲۶/۶ درصد)، ۷ نفر لیسانس (۴۶/۶ درصد) و ۴ نفر فوق لیسانس (۲۶/۶ درصد) و میزان تحصیلات زنان گروه ۵ نفر دیپلم (۳۳/۳ درصد)، ۷ نفر لیسانس (۴۶/۶ درصد) و ۳ نفر فوق لیسانس (۲۰ درصد) بود.

جدول ۳. شاخصه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری	پذیرش و تعهد	۶۲/۲	۱۶/۹۸	۳۴/۷۳	۱۷/۹	۳۶/۳۳	۱۷/۰۵
تصویر بدنی	طرحواره درمانی	۶۰/۶۷	۱۶/۲۵	۴۸	۱۳/۵۹	۴۹/۸	۱۴/۲۷
	گواه	۵۷/۷۳	۱۶/۰۳	۵۹/۸	۱۴/۲۸	۶۳/۰۷	۱۳/۴۱
تکانشگری	پذیرش و تعهد	۸۳/۹۳	۸/۲۵	۴۵/۵۳	۱۷/۷۱	۴۹/۷۳	۱۶/۵۵
	طرحواره درمانی	۷۹/۸	۱۷/۲۸	۶۰/۶	۱۶/۵۹	۶۷/۲	۱۴/۳۵
	گواه	۷۸/۴	۱۷/۵۲	۸۰/۱۳	۱۶/۲	۸۲/۲	۱۶/۰۵

همچنان‌که ملاحظه می‌شود میانگین در گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه طرحواره درمانی در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون در انعطاف‌پذیری تصویر بدنی و تکانشگری کاهش نشان می‌دهد.

جدول ۴ نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	آزمون کولموگراف-اسمیرنف		آزمون لوین		شیب رگرسیون
		آماره	سطح معناداری	آماره F	سطح معناداری	
انعطاف‌پذیری تصویر بدنی	پذیرش و تعهد	۰/۱۶	۰/۲۰	۲/۰۸	۰/۱۳	۱/۱۲
	طرحواره درمانی	۰/۱۷	۰/۱۷			
	گواه	۰/۲۳	۰/۱۳			
تکانشگری	پذیرش و تعهد	۰/۲۳	۰/۱۷	۱/۶۲	۰/۲۰	۱/۰۹
	طرحواره درمانی	۰/۱۷	۰/۲۰			
	گواه	۰/۱۵	۰/۲۰			

با توجه به جدول ۴، آماره Z آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای تمامی متغیرهای پژوهش در تمامی گروه‌ها معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها بهنجار است. همچنین آماره آزمون لوین در گروه‌های پژوهش برای متغیرهای وابسته معنادار نیست. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن است.

جدول ۵. تحلیل واریانس مختلط انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی و تکانشگری با معیار گرین‌هاوس‌گیسر

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	Df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۴۱۳۲/۴۶	۱/۱۱	۳۷۳۸/۵۶	۴۱/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	تعامل آزمون* گروه	۴۶۲۳/۶۳	۲/۲۱	۲۰۹۱/۴۵	۲۳/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	بین گروهی	۵۶۰۸/۹۵	۲	۲۸۰۴/۴۷	۴/۳۱	۰/۰۲	۰/۱۷
تکانشگری	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۱۵۴/۴۲	۱/۳۰	۱۱۸/۵۵	۲۴/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	تعامل آزمون* گروه	۲۴۹/۵۴	۲/۶۱	۹۵/۷۹	۱۹/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	بین گروهی	۳۳۳/۷۹	۲	۱۶۶/۹۰	۶/۷۳	۰/۰۰۳	۰/۲۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر نمره انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی ($F=۴/۳۱$, $P=۰/۰۲۰$) با اندازه اثر ۰/۱۷ و تکانشگری ($F=۶/۷۳$, $P=۰/۰۲۰$) با اندازه اثر ۰/۲۴ مؤثر بوده است.

جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه انعطاف پذیری تصویر بدنی و تکانشگری

متغیرها	مرحله (I)	گروه پذیرش و تعهد	گروه طرحواره درمانی	گروه گواه
انعطاف پذیری	پس آزمون	میانگین‌ها خطای معیار ۱/۸۰*	میانگین‌ها خطای معیار ۶/۱۰۰**	میانگین‌ها خطای معیار ۰/۲۰
تصویر بدنی	پیش آزمون	میانگین‌ها خطای معیار ۲/۳۰*	میانگین‌ها خطای معیار ۶/۲۳**	میانگین‌ها خطای معیار ۰/۶۶
تکانشگری	پس آزمون	میانگین‌ها خطای معیار ۳/۸۰**	میانگین‌ها خطای معیار ۷/۵۳**	میانگین‌ها خطای معیار ۰/۲۶
	پیش آزمون	میانگین‌ها خطای معیار ۴/۰۶**	میانگین‌ها خطای معیار ۷/۵۶**	میانگین‌ها خطای معیار ۱/۲۰
	پس آزمون	میانگین‌ها خطای معیار ۰/۲۶	میانگین‌ها خطای معیار ۰/۰۳	میانگین‌ها خطای معیار ۰/۹۳

$P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۵ مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش هیجان مدار، واقعیت درمانی و گروه گواه نشان داد که تفاوت در انعطاف پذیری کنشی و تحمل پریشانی در مراحل پس آزمون و پیگیری در قیاس با پیش آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است. در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست.

جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌های آزمایش و گواه

مرحله گروه	گروه	تفاوت	خطای انحراف
انعطاف پذیری	تعهد و پذیرش	گواه	۲/۶۰
تصویر بدنی	طرحواره درمانی	گواه	۲/۶۲
	تعهد و پذیرش	طرحواره درمانی	۲/۶۱
	تعهد و پذیرش	گواه	۱/۹۰
	طرحواره درمانی	گواه	۱/۷۰
	تعهد و پذیرش	طرحواره درمانی	۱/۹۱
تکانشگری	تعهد و پذیرش	گواه	۱/۶۹
	طرحواره درمانی	گواه	۱/۷۰
	تعهد و پذیرش	طرحواره درمانی	۱/۶۷
	تعهد و پذیرش	گواه	۱/۹۶
	طرحواره درمانی	گواه	۱/۶۴
	تعهد و پذیرش	طرحواره درمانی	۱/۵۶

$P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۵ مقایسه اثر دو رویکرد مداخله بر متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در متغیرهای انعطاف پذیری تصویر بدنی و تکانشگری معنادار نیست

($P=0/10$)؛ بنابراین در تأثیر مداخله درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در بهبود انعطاف‌پذیری تصویر بدنی و تکانشگری تفاوتی وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری تصویر بدنی و تکانشگری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری بود. به‌طور کلی بررسی یافته‌های حاصل از آزمون فرضیه اول و سؤال اول نشان داد که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن مؤثر است؛ به‌طوری‌که طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل موجب تغییر نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن شده است، با توجه به اینکه تغییر نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند تغییر نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و به‌طور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن می‌باشد. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن مؤثر بوده است. تصویر بدنی به‌عنوان تجربه فرد از خود فیزیکی دارای سه بعد ادراکی، رفتاری و ذهنی است. بعد ذهنی تصویر بدنی، رضایت یا نگرانی و اضطراب نسبت به‌ظاهر است (کش، ۲۰۰۴). اینکه فرد از نظر شناختی و در ذهن خود چه تصویری از بدن خود دارد؛ یا به‌عبارت‌دیگر، تصویر ذهنی از بدن، بعد مهمی از هویت فردی را شکل می‌دهد و یکی از مهم‌ترین ابعاد خودارزیایی به‌ویژه برای زنان است (فریرا و همکاران، ۲۰۱۳). اهمیت تصویر بدنی تا حدی است که در زنان مبتلا به اختلال خوردن که عموماً تصویر بدنی نامطلوبی از خود دارند، منجر به اضطراب اجتماعی می‌شود (تامسون، ۱۹۹۶). افراد مبتلا به اختلال پرخوری افراطی، بیش از دیگران درگیر تصویر بدنی نامطلوب از خود و در سطح کلان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن در آن‌ها پایین‌تر است (غلامحسینی و همکاران، ۱۳۹۴). تصویر بدنی نامطلوب از خود و عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن می‌تواند منجر به شکل‌گیری استرس گردد. به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلال پرخوری نیز به خاطر اینکه خودشان تصویر ذهنی مطلوبی از بدن خود ندارند و تصور می‌کنند که دیگران نیز همین تصور را از آن‌ها دارند، به خاطر احساس خجالت و شرم در تنهایی درگیر پرخوری می‌شوند و پس از آن به دلیل تصویر ذهنی نامطلوبی که از خود دارند، احساس تنفر نسبت به خود را تجربه می‌کنند (سیم و همکاران، ۲۰۱۰). از همین رو، به نظر می‌رسد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن می‌تواند منجر به کاهش پرخوری افراطی شود.

بر اساس نتایج پژوهش دوآرته و پیناتو-گویا (۲۰۱۶)، افراد مبتلا به پرخوری افراطی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر بدنی پایینی دارند، در همین راستا مداخلات درمانی روی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن می‌تواند در درمان اختلال پرخوری افراطی مؤثر باشد، یافته‌های بلات و همکارانش

(۲۰۱۶) نیز نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مرتبط با تصویر ذهنی از بدن در درمان اختلال پرخوری افراطی نقش دارد.

با توجه به اینکه هدف و جوهره اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که از طریق شش فرایند اصلی پذیرش، نا هم‌آمیزی، خود به‌عنوان محتوا، تماس با لحظه‌ی اکنون، ارزش‌ها و عمل متعهدانه حاصل می‌شود. بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن، از طریق تغییر یا حذف افکار و احساسات منفی در مورد تصویر بدنی صورت نمی‌گیرد، بلکه از طریق افزایش پذیرش شکل بدن و انعطاف‌پذیری روانی صورت می‌گیرد، در واقع در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فردی که درگیر میزان پایینی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن است کمک می‌شود تا بتواند احساسات و افکار منفی نسبت به بدن خود را بپذیرد و به‌جای چالش با این افکار و احساسات، در راستای ارزش‌های خود گام بردارد. چراکه در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، کنترل مشکل است نه راه‌حل (ساندوز و همکاران، ۲۰۱۳). به‌صورت کلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به مفهوم توانایی تماس هرچه کامل‌تر با لحظه‌لحظه‌های زندگی در راستای دستیابی به اهداف است که از طریق مهارت‌های پذیرش، ذهن آگاهی، تعهد و تغییر رفتار انجام می‌گیرد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی منجر به تغییرات مثبت در راستای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن می‌شود. در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن، یافته‌های پژوهش حاضر، همسو با نتایج هیل و همکارانش (۲۰۱۴)، غلامحسینی و همکاران (۱۳۹۴)، نوریان و آقایی (۱۳۹۴)، عباسی و همکاران (۱۳۹۴) بود. در طرحواره‌درمانی، طرح‌واره‌ها، تم‌های بادوام، ثابت و اختصاصی هستند که معمولاً در دوران کودکی و تحت تأثیر عدم ارضا یا ارضای بیش‌ازحد نیازهای اساسی ایجاد شده‌اند و فرد از طریق طرحواره‌ها تلاش می‌کند تا با رویدادهای زندگی و محیط سازگار گردد. طرحواره‌ها از طریق سه مکانسیم، سبک مقابله، الگوهای خود آسیب‌رسان و تحریف‌های شناختی تداوم‌یافته و تقویت می‌شوند (سیمپسون، ۲۰۱۲). به نظر می‌رسد عدم یا کمبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن می‌تواند ناشی از تحریف‌های شناختی به دلیل وجود طرحواره‌های ناسازگاری همچون، نقص و شرم، خود انضباطی ناکافی و معیارهای سرسختانه باشند که در افراد مبتلابه اختلال پرخوری افراطی بیش از سایرین مشاهده می‌شود. به نظر می‌رسد یکی از پیامدهای وجود طرحواره ناسازگار اولیه، تحریف شناختی و به‌تبع آن بروز مشکلاتی همچون تصویر بدنی نامطلوب است. در رویکرد طرحواره‌درمانی، تمرکز بر درمان و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه است که می‌تواند زمینه‌ساز افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی نیز همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر در خصوص اثربخشی طرحواره‌درمانی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن با یافته‌های فیشر و نوبل (۲۰۱۷)، همسو است، به‌طوری‌که طرحواره‌های ناسازگار اولیه مانع انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن

می‌شوند و از همین رو طرحواره درمانی برافزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن مؤثر است.

باوجود اثربخشی هر دو مداخله، مقایسه اثربخشی دو درمان می‌تواند در اتخاذ راهبرد مناسب‌تر و اثربخش‌تر در مواجهه با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن در افراد مبتلابه اختلال پرخوری افراطی باشد. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن، در زنان مبتلابه اختلال پرخوری افراطی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری در مقایسه با طرحواره درمانی دارد. به نظر می‌رسد تفاوت ناشی از اثربخشی این دو درمان ناشی از ریشه‌های نظری، نقاط تمرکز و هدف درمان باشد. هدف از طرحواره درمانی، تمرکز بر ترمیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه و جایگزینی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد با سبک‌های کارآمد است. بدیهی است با توجه به اینکه طرحواره‌ها با هیجان‌ها و تجارب گذشته آمیخته‌شده، طرحواره‌ها به‌شدت نسبت به تغییر مقاوم هستند (والر و همکاران، ۲۰۰۱) و طرحواره درمانی رویکردی طولانی‌مدت است، در کوتاه‌مدت اثربخشی کمتری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک درمان کوتاه‌مدت دارد و تمرکز طرحواره درمانی بیشتر بر اختلالات محور ۲ است. از سوی دیگر جوهره اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است و در این درمان به‌جای به‌چالش کشیدن افکار و احساسات یا تغییر آن‌ها، پذیرش افکار و احساسات و ایجاد گسلش شناختی است به‌نحوی که فرد بین واقعیت و افکار و احساسات تمایز قائل شود و افکار و احساسات را به‌عنوان واقعیت در نظر نگیرد و درنهایت به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دست یابد. در همین راستا نتایج پژوهش بلات و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مرتبط با تصویر ذهنی از بدن در درمان اختلال پرخوری افراطی مؤثر است؛ بنابراین با توجه به هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبنی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کوتاه‌مدت بودن و چالش کمتر با مراجع در جلسات درمان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تصویر ذهنی از بدن دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمام مؤلفه‌های تکانشگری شامل: عدم برنامه‌ریزی، شناختی و حرکتی اثرگذار بود؛ اما طرحواره درمانی تنها بر مؤلفه تکانشگری شناختی مؤثر بوده است. با توجه به اینکه تغییر نمرات مؤلفه‌های تکانشگری در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنادار بوده است، این امر نشان‌دهنده پایداری طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های کنترل عواطف می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از طرحواره درمانی بر مؤلفه تکانشگری حرکتی در زنان مبتلابه اختلال پرخوری مشاهده شد.

تکانشگری به رفتار یا اعمالی گفته می‌شود که تاندازه‌ای با آسیب همراه بوده و درعین حال امکان دستیابی به پاداش را نیز فراهم می‌کند (لین و چرک، ۲۰۱۰). تکانشگری دارای یک ساختار چندبعدی شامل ابعادی چون گرایش به زمان حال، ناتوانی در به تأخیر انداختن پاداش، مهارت‌گسیختگی رفتاری، خطرپذیری، حس جویی، حساسیت به پاداش، مستعد بودن به بی‌حوصلگی و ضعف تصمیم‌گیری لذت‌جویی می‌باشد (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۷). تکانشگری یکی از عواملی است که خوردن را تحت شعاع خود قرار می‌دهد. نتایج پژوهش بنیت و بلیست (۲۰۱۹) نشان داد که رابطه پیچیده و چندبعدی معناداری بین تکانشگری،

خوردن و چاقی وجود دارد. بر اساس یافته‌های پژوهشگران افراد مبتلابه اختلال پرخوری افراطی تکانشگری بالاتری نسبت به افراد سالم دارند (وو و همکاران، ۲۰۱۳). میلو (۲۰۱۳)، پژوهشی را به صورت مقاله مروری در خصوص ویژگی‌های روان‌شناختی افراد مبتلابه اختلال پرخوری انجام داد؛ نتایج نشان داد که افراد مبتلابه اختلال پرخوری در مقایسه با افراد سالم میزان بالاتری از تکانشگری حرکتی و بدون برنامه را نشان می‌دهند. کنی، سینگلتون و کارتر (۲۰۱۹) در پژوهش خود ارتباط بین تکانشگری و پرخوری افراطی بررسی کردند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که افراد دارای پرخوری افراطی دارای تکانشگری بیشتری نسبت به افراد بدون پرخوری افراطی هستند و این ممکن است در علائم اختلال پرخوری افراطی نقش داشته باشد.

در مطالعه‌ای باهدف بررسی، احساس برانگیختگی و شاخص تکانشگری در افراد مبتلابه اختلال خوردن در معرض خطر اختلال پرخوری افراطی انجام شد. نتایج نشان داد شرکت‌کنندگان دارای تکانشگری خطر بالاتری برای ابتلا به اختلال پرخوری افراطی داشتند (خیرالا و همکاران، ۲۰۱۹). منشأ اصلی طرحواره‌ها شامل نیازهای هیجانی بنیادین، تجربه‌های اولیه زندگی و سرشت هیجانی کودک است. به نظر می‌رسد فرد دارای تکانشگری بالا به دلیل عدم ارضا برخی از نیازهای هیجانی و سرشت پرخاشگر خود بیش از سایر افراد در معرض طرحواره‌های ناسازگار اولیه قرار می‌گیرد. تکانشگری به‌نوبه خود باعث استفاده از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار به‌جای سبک‌های کارآمد می‌شود و به همین ترتیب طرحواره‌های ناسازگار تدوام می‌یابند. همان‌طور که نتایج پژوهش‌ها نیز نشان داد افراد دارای تکانشگری خطر بالاتری برای ابتلا به اختلال پرخوری افراطی دارند و تکانشگری می‌تواند زمینه‌ساز اختلال پرخوری شود. چراکه در اختلال پرخوری افراطی نیز فرد به صورت غیرعادی و تکانشی بیش از حجمی که یک فرد در حال عادی غذا می‌خورد، غذا مصرف می‌کند و به خاطر احساس گناه و عذاب وجدان این کار را در خفا انجام می‌دهد. به این ترتیب به نظر می‌رسد طرحواره درمانی از طریق تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری به مراجع در راستای استفاده از سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه به‌منظور کاهش تکانشگری در افراد مبتلابه پرخوری مؤثر باشد. پژوهش حاضر نیز فرضیه اثربخشی طرحواره درمانی بر تکانشگری شناختی را تأیید می‌کند. نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های مک‌این‌تاش و همکاران (۲۰۱۶)، کالورت، اسمیت، بروکمن و سیمپسون (۲۰۱۸) می‌باشد.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به هدف درمان مبنی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تلاش می‌شود تا فرد مبتلابه اختلال پرخوری افراطی به‌جای کنترل کردن وقایع و عمل بر اساس افکار و احساسات در راستای ارزش‌های خود گام بردارد. فرایند پذیرش می‌تواند منجر به کاهش تکانشگری گردد. مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خصوص تکانشگری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تکانشگری حرکتی مؤثرتر است. به نظر می‌رسد اثربخشی کمتر طرحواره درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند ناشی از فلسفه طرحواره درمانی به‌عنوان درمانی عمیق و طولانی‌مدت باشد. همچنین این امر می‌تواند ناشی از تمرکز درمان ACT بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش تکانه‌ها به‌جای تکانشگری باشد. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد پس‌ازاینکه به افراد مبتلابه اختلال پرخوری در راستای پذیرش افکار و احساسات خود کمک کرد، در گام بعدی به نمونه مورد مطالعه کمک کرد تا به‌جای عمل در راستای تکانه‌ها و تکانشگری حرکتی به عمل در راستای ارزش‌ها

بپردازد. از این رو بعد از مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان تکانشگری حرکتی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیش از گروه طرحواره درمانی اثربخش بود. نتایج حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود انعطاف‌پذیری تصویر بدنی و تکانشگری در زنان مبتلابه اختلال پرخوری افراطی شد؛ این روش آموزشی به دلیل استفاده از راهبردها و استراتژی‌های مؤثر روشی مناسب برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد؛ در نتیجه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند نقش مؤثری در بهبود انعطاف‌پذیری تصویر بدنی و تکانشگری در زنان مبتلابه اختلال پرخوری افراطی داشته باشد؛ بنابراین، توصیه می‌شود که درمانگران و روانشناسان بالینی از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌ها برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی به‌ویژه بهبود انعطاف‌پذیری تصویر بدنی و تکانشگری در زنان مبتلابه اختلال پرخوری استفاده کنند. مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ابزارهای خودگزارش‌دهی و عدم روش مداخله دیگر برای مقایسه اثربخشی آن با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. مهم‌ترین قوت پژوهش حاضر استفاده از مرحله پیگیری برای بررسی تداوم اثربخشی روش مداخله بود که پژوهش‌های قبلی به آن کمتر توجه داشتند؛ همچنین در این پژوهش از سه پرسشنامه استفاده شد و آزمودنی‌ها فرصت کافی برای تکمیل کردن آن‌ها داشتند. در نتیجه، توصیه می‌گردد که پژوهشگران از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی و مصاحبه جهت جمع‌آوری داده استفاده، اثربخشی روش مداخله را در پیگیری‌های طولانی‌مدت مثلاً چهارماهه یا حتی شش‌ماهه بررسی و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر روش‌ها برگرفته از موج سوم رفتاردرمانی از جمله درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر شفقت و غیره مقایسه کنند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اختیاری، حامد، رضوان فرد، مهرناز، و مکرری، آذرخش. (۱۳۸۷). تکانشگری و ابزارهای گوناگون ارزیابی آن: بازبینی دیدگاه بررسی‌ها و انجام‌های شده. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳): ۲۵۷-۲۴۷.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا، (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-V، ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر و فرهاد شاملو. (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.
- ایزدی، راضیه، و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۱). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: انتشارات جنگل.
- ایزدی، عظیمه، کریمی، جواد، و رحمانی، محسن. (۱۳۹۲). روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن در یک نمونه از جمعیت دانشجویان ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*. ۱۹(۳): ۶۹-۵۶.
- خاکباز، حمید. (۱۳۹۳). *اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان معناداران وابسته به آفتامین*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- خبیر، لیلا، محمدی، نوراله، و رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۳). اعتبار یابی مقیاس تشخیص اختلال خوردن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۸(۲): ۱۰۷-۱۰۰.
- دلاور، علی. (۱۳۹۶). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. تهران: انتشارات ویرایش.
- سادوک، بنجامین جیمز، سادوک، ویرجینا، و رونیز، پدرو. (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.
- عباسی، مسلم، پرزور، پرویز، معاضدی، کاظم، و اصلانی، طاهره. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر مبتلا به پراشتهایی عصبی. *مجله علوم پزشکی اردبیل*. ۱۵(۱): ۲۴-۱۵.
- غلامحسینی، بهاره، خدابخشی کولایی، آناهیتا، و تقوایی، داوود. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی. *سلامت اجتماعی*. ۲(۲): ۷۹-۷۲.
- گال، مردیت، بورگ، والتر، و گال، جویس. (۱۹۹۶). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی*. ترجمه احمدرضا نصر، حمیدرضا عریضی، محمود ابوالقاسمی، خسرو باقری، محمدحسین علامت‌ساز، محمدجعفر پاک‌سرشت، علی دلاور، علیرضا کیامنش، غلامرضا خوی‌نژاد. ۱۳۹۳، چاپ هفتم. تهران: سمت.
- نوریان، لیلا، و آقایی، اصغر. (۲۰۱۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان چاق. *مجله دیابت و چاقی*. ۷(۳): ۱۳۷-۱۳۳.
- یانگ، جفری، کلوکسکو، ژانت، و ویشار، مارجوری. (۱۳۹۴). *طرحواره درمانی*. راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز، تهران: انتشارات ارجمند (انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

References

- Bach, P., Moran, D. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Bertoli, S., Leone, A., Ponissi, V., Bedogni, G., Beggio, V., Strepparava, M.G. (2015). Prevalence of and risk factors for binge eating behavior in 6930 adults starting a weight loss or maintenance program. *Public Health Nutrition*, 11: 1-7.

- Bluett, E.J., Lee, E.B., Simone, M., Lockhart, G., Twohig, M.P., Lensegrav-Benson, T., Quakenbush-Roberts, B. (2016). The role of body image psychological flexibility on the treatment of eating disorders in a residential facility. *Eating Behaviors*, 23: 150-155.
- Bricker, D. C., & Young, J. E. (2012). A client's guide to schema therapy. *Recuperadode*<http://www.davidbricker.com/clientsguideSchemaTherapy.pdf>.
- Carnell, S., Gibson, C., Benson, L., Ochner, C.N., Geliebter, A. (2012). Neuroimaging and obesity: current knowledge and future directions. *Obesity Reviews*, 13: 43-56.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, 1(1): 1-5.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. (2016). Body image flexibility mediates the effect of body image-related victimization experiences and shame on binge eating and weight. *Eating Behavior*, 23: 13-18.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C. (2013). Physical appearance as a measure of social ranking: the role of a new scale to understand the relationship between weight and dieting. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 20(1): 55-66.
- Ferreira, J. E., Veiga, G. V. (2008). Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socioeconomic level. *Appetite*, 51(2): 249-55
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*, 77-101.
- Forman, E. M., Butryn, M. L. (2015). A new look at the science of weight control: How acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite* 84, 171-180.
- Forman, E. M., Hebert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31 (6), 772-799.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Clinical Psychology*, 7: 141-168.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A, Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1): 1-25.
- Hege, M.A., Stingl, K.T., Kullmann, S., Schag, K., Giel, K. E., Zipfel, S. (2015). Attentional impulsivity in binge eating disorder modulates response inhibition performance and frontal brain networks. *International Journal Obesity*, 39: 353-360.
- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, M., Morgan, J. R., Twohig, M. P. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for Women Diagnosed with Binge Eating Disorder: A Case-Series Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3): 367-378.
- Kenny, T. E., Singleton, C., Carter, J. C. (2019). An examination of emotion-related facets of impulsivity in Bing eating disorder. *Eating Behaviors*, 32(1); 74-77.
- Lane, S. D., Cherek, D. R. (2010). Analysis of risk in adults with a history of high risk behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 65,117-179.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity – A systematic review. *Neuroscience and bio-behavioral Reviews*, 49: 125-134.
- Luz, F. D., Sainsbury, A., Hay, P., Roekenes, J. A. Swinbourne, J., Silva, D. C., Oliveira, M. D. (2017). Early Maladaptive Schemas and Cognitive Distortions in Adults with Morbid Obesity: Relationships with Mental Health Status. *Behavioral Sciences*, 7(1): 1-11.

- McIntosh, V. w., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M., McKenzie, J. M., Latner, J. D., Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for trans-diagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, appetite-focused cognitive-behavioral therapy, and schema therapy. *Psychiatry Research*, 30 (240): 412-420.
- Meule, A. (2013). Impulsivity and overeating: a closer look at the subscales of the Barratt Impulsiveness Scale. *Front Psychology*, 4(5): 177- 186.
- Nederkoorn, C., Houben, k., Hofmann, W., Roefs, A., Jansen, A. (2010). Control yourself or just eat what you like? Weight gain over a year is predicted by an interactive effect of response inhibition and implicit preference for snack foods. *Health Psychology*, 29(4): 389-393.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., Kate-Kellum, K. (2013). Assessment of body image flexibility: The body image-acceptance and action questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2(2): 39-48.
- Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder – a systematic review. *Obesity Reviews*. 14(6): 477–495.
- Sim, L. A., McAlpine, D.E., Grothe, K. B., Himes, S.M., Cockerill, R.G., Clark, M. M. (2010). Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clinic Proceedings*; 85(8): 746-751
- Simpson, S. G., Morrow, E., Michiel van Vreeswijk, M. V., Reid, C. (2010). Group Schema Therapy for Eating Disorders: A Pilot Study. *Front Psychology*, 1(4): 182-191.
- Stanford, M.S., Mathias, C.W., Dougherty, D.M., Lake, S.L., Anderson, N.A., Patton, J.H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*. 47: 385-395.
- Stice E, Telch CF, Rizvi SL. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychol Assess*. 12(2):123-31.
- Stice E, Fisher M, Martinez E. (2004). Eating Disorder Diagnostic Scale: additional evidence of reliability and validity. *Psychol Assess*. 16(1):60-71
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4): 373-380.
- Thompson, J. K. (1996). Assessing body image disturbance: Measures, methodology, and implementation. In: Thompson, J. K., editor. *Body image, eating disorders and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association. 49-81
- Turner, H. M., Rose, K. S., Cooper, M.J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and non-overweight female adolescents. *International Journal of Obesity*: 29(4): 381–387.
- Waller, G., Shah, R., Ohanian, V., Elliott, P. (2001). Core beliefs in bulimia nervosa and depression: The discriminant validity of Young's Schema Questionnaire. *Behavior Therapy*, 32(1): 139-153.
- Wang, G. J., Geliebter, A., Volkow, N. D., Telang, F.W., Logan, J., Jayne. M. C. (2011). Enhanced striatal dopamine release during food stimulation in binge eating disorder. *Obesity*, 19(8): 1601-1608.
- World Health Organization. *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Geneva: WHO Regional Office Europe; 2005.

Wu, M., Giel, K.E., Skunde, M., Schag, K., Rudofsky, G., Zwaan, M. (2013). Inhibitory control and decision making under risk in bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 46(7): 721-728.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری تصور ذهنی از بدن

ردیف	سؤال	اصلاً ندارد	خیلی بندرت صحت دارد	بندرت صحت دارد	گه‌گاهی صحت دارد	بازها صحت دارد	اغلب صحت دارد	همیشه صحت دارد
۱	نگرانی که از وزن بدنم دارم، باعث می‌شود آن‌طور که می‌خواهم نتوانم زندگی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۲	نگرانی شدید درباره وزن و شکل بدنم دارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۳	هرگاه احساس بدی در مورد وضعیت ظاهری بدن و وزنم داشته باشم، هیچ کاری انجام نمی‌دهم و ساکت‌م.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۴	افکار و احساساتم در مورد شکل و وضعیت بدنم قبل از اینکه وارد مرحله مهمی در زندگی‌ام شود باید تغییر کند.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۵	نگرانی درباره بدنم وقت زیادی از من می‌گیرد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۶	هرگاه فکرم به سمت چاقی بودنم می‌رود، سعی می‌کنم به چیز دیگری فکر کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۷	قبل از اینکه برنامه‌های اصلی زندگی‌ام را شروع کنم، باید احساس خوبی در مورد وضعیت ظاهریم پیدا کرده باشم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۸	اگر بتوانم افکار منفی خود درباره وضعیت ظاهریم را کنترل کنم، بهتر خواهم توانست زندگی‌ام را کنترل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۹	برای کنترل زندگی‌ام، نیازمند آن هستم که وزن بدنم را کنترل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۰	چاق بودنم مسبب بسیاری از مسائل در زندگی‌ام است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۱	هرگاه شروع به فکر درباره اندازه و شکل بدنم می‌کنم، به‌سختی می‌توانم کاری انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱۲	اگر وزن و ترکیب بدنم اذیت‌م نمی‌کرد، ارتباطاتم بهتر از این می‌شد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

پرسشنامه تکانشگری

ردیف	سؤال	بندرت هرگز	گاهی اوقات	اغلب	تقریباً همیشه
۱	من برای کارهایم با دقت برنامه‌ریزی می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۲	من بعضی از کارها را بدون فکر انجام می‌دهم.	۱	۲	۳	۴
۳	من سریع تصمیم می‌گیرم.	۱	۲	۳	۴
۴	به نظر می‌آید هر چه پیش‌آید خوش‌آید.	۱	۲	۳	۴
۵	من آدم کم‌توجهی هستم.	۱	۲	۳	۴

۴	۳	۲	۱	۶	افکار مختلف در ذهنم به سرعت می‌روند و می‌آیند.
۴	۳	۲	۱	۷	قبل از مسافرت‌هایم زمان مناسبی را صرف برنامه‌ریزی می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۸	من آدم خودداری هستم.
۴	۳	۲	۱	۹	من به راحتی حواسم را جمع می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۱۰	من به طور منظم پس‌انداز می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۱۱	سر نمایش یا سخنرانی‌ها بی‌تابم و دائم پیچ‌وتاب می‌خورم.
۴	۳	۲	۱	۱۲	من در مورد مسائل مختلف به دقت فکر می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۱۳	من به فکر حفظ شغل خود هستم.
۴	۳	۲	۱	۱۴	من بدون فکر حرف می‌زنم.
۴	۳	۲	۱	۱۵	دوست دارم راجع به مسائل پیچیده فکر کنم.
۴	۳	۲	۱	۱۶	من دوست دارم شغلم را مرتباً عوض کنم.
۴	۳	۲	۱	۱۷	من با کوچک‌ترین جرقه فکری یا تمایل درونی عمل می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۱۸	پرداختن به مسائل فکری مرا زود خسته می‌کند.
۴	۳	۲	۱	۱۹	من بدون فکر قبلی و در لحظه عمل می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۲۰	من افکار پیوسته و منظمی دارم.
۴	۳	۲	۱	۲۱	من دوست دارم محل زندگی‌ام را مرتباً عوض کنم.
۴	۳	۲	۱	۲۲	من بدون تأمل خرید می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۲۳	من در آن واحد فقط به یک موضوع فکر می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۲۴	من سرگرمی‌هایم را مرتباً تغییر می‌دهم.
۴	۳	۲	۱	۲۵	بیشتر از آنچه درآمد دارم خرج می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۲۶	وقتی به موضوعی فکر می‌کنم، افکار مزاحمی به ذهنم می‌آیند.
۴	۳	۲	۱	۲۷	بیشتر به حال علاقه دارم تا آینده.
۴	۳	۲	۱	۲۸	در هنگام سخنرانی احساس بی‌قراری می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۲۹	من معما حل کردن را دوست دارم.
۴	۳	۲	۱	۳۰	من برای آینده برنامه‌ریزی می‌کنم (به فکر آینده هستم).

The comparison of the efficacy of therapy based on acceptance and commitment and schema therapy on body image flexibility of the body and impulsivity among women with Binge eating disorder

Zahra Ostadian Khani¹, Fariba Hassani^{*2}, Mojgan. Sepahmansour³ & Farnaz Keshavarzi Arshadi²

Abstract

Aim: This study aimed to determine the efficacy of therapy based on acceptance and commitment and schema therapy on body image flexibility and impulsivity among women with binge eating disorder. **Methods:** The research design was quasi-experimental with a pretest-posttest design, and a two-month follow-up. The study population included all women with binge eating disorders referring to nutrition clinics in Qom in 2018 and met the inclusion criteria of the study. The sample included 45 women with binge eating disorders who were selected by purposive sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups (15 women in each group). The experimental group received Bach and Morgan's (2012) treatment package based on acceptance and commitment and the Young et al.'s schema therapy package (2015) in twelve sessions, and each session lasted two hours. The research tools included the eating disorder scale of Stice, Telch, and Rizoi (2000), the flexibility of the mental image of the body of Sandoz, Wilson, Marvin, and Kate Klum (2013), and the impulsivity of Bart (2014). The data were analyzed by repeated-measures analysis of variance. **Results:** The findings indicated the impact of treatment based on acceptance and schema therapy on the score of mental image flexibility ($F = 4.31, P = 0.020$) and impulsivity ($F = 6.73, P = 0.020$). And this effect was stable in the follow-up stage. Besides, according to the results of the two-by-two comparison and Tukey post hoc test, it was indicated that there is no significant difference between the effects of the two therapies. **Conclusions:** The therapy based on acceptance and commitment is more effective than schema therapy in psychological flexibility of mental body image, anxiety, and motor impulsivity.

Keywords: Acceptance and Commitment, Schema Therapy, Flexibility, Body Image, Impulsivity, Binge eating

1. PhD Student, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: hassani.fariba@gmail.com

3. Associate Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran