

## مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیص بارلو، هیجان مدار و ذهن آگاهی، بر شاخص توده بدنی افراد بزرگسال مبتلا به چاقی شهر تهران

مهناز اتفاقی<sup>۱</sup>، مهرداد ثابت<sup>۲\*</sup>، مالک میرهاشمی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۳۱

تاریخ وصول: ۹۹/۰۹/۱۲

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی سه روش درمان فراتشخیص بارلو، درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر شاخص توده بدنی افراد مبتلا به چاقی بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به چاقی شهر تهران بود که از بین آن‌ها با توجه به جدول کوهن ۶۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه درمان فراتشخیص بارلو، درمان هیجان مدار، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل گمارده شدند. شاخص توده بدنی شرکت‌کنندگان در سه مرحله زمانی قبل از شروع درمان، بعد از درمان و سه ماه بعد از درمان به‌عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS، نسخه ۲۱ و آزمون تحلیل واریانس مختلط مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد در متغیر شاخص توده بدنی بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در چهار گروه و بین اثر گروه آزمایشی ذهن آگاهی با گروه‌های فراتشخیص بارلو و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). همچنین

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن (نویسنده مسئول\*)  
Mehrdadsabet@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

بین گروه ذهن آگاهی و گروه هیجان مدار و بین گروه فراتشخیص بارلو و هیجان مدار با یکدیگر و هر کدام از این دو با گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ). مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان داد نمرات این متغیر در گروه آزمایشی ذهن آگاهی، در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به سه گروه دیگر کاهش داشته است. همچنین با توجه به تفاوت در مرحله پیش آزمون نسبت به پیگیری، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، پایداری داشته است؛ بنابراین بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند منجر به کاهش شاخص توده بدنی افراد بزرگسال مبتلا به چاقی شود.

**واژگان کلیدی:** درمان فراتشخیص بارلو، درمان هیجان مدار، درمان ذهن آگاهی، شاخص توده بدنی، چاقی.

## مقدمه

سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، چاقی<sup>۲</sup> را به عنوان تجمع بیش از حد و یا غیرطبیعی چربی که ممکن است به سلامتی صدمه بزند تعریف می‌کند (وبسایت سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). شاخص توده بدنی<sup>۳</sup> (BMI)، اولین قدم در تعیین درجه چاقی محسوب می‌شود که عبارت است از تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر. در این شاخص، افراد دارای BMI مساوی یا بالاتر از ۳۰، مبتلا به چاقی به شمار می‌روند (فولادوند و همکاران، ۱۳۹۱). چاقی مشکل جدی و جهانی در حوزه سلامتی به شمار می‌رود و به ویژه با بیماری‌های جسمی مانند دیابت، فشارخون و کلسترول بالا، ناراحتی‌های قلبی و کبدی، درد مفاصل، آپنه و اختلال روان‌شناختی ارتباط دارد (فورمن و باترین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). با در نظر داشتن چاقی به عنوان مسئله‌ای چندبعدی و عوارض ناشی از آن، روش‌های مختلفی برای کاهشش پیشنهاد شده

---

1. World Health Organization

2. Obesity

3. Body Mass Index

4. Forman, & Butyrin

است. از جمله مهم‌ترین این روش‌ها می‌توان به درمان‌های مبتنی بر جراحی<sup>۱</sup>، دارودرمانی<sup>۲</sup>، رژیم‌های غذایی<sup>۳</sup> و درمان‌های روان‌شناختی<sup>۴</sup> اشاره کرد. درمان مبتنی بر جراحی، ممکن است عوارضی نظیر آمبولی، مرگ‌ومیر کمتر از ۰/۵ در هنگام عمل، استفراغ، عدم توازن الکترولیت و بازگشت وزن را داشته باشد. استفاده از دارو در درمان چاقی می‌تواند مفید واقع شود، چراکه اشتها را سرکوب می‌کند، اما بعد از چند هفته ممکن است فرد نسبت به دارو تحمل<sup>۵</sup> پیدا کند و عوارض جانبی مانند خشکی دهان، عوض شدن مزه دهان، افزایش ضربان قلب، انواع سردرد، تهوع، یبوست یا مدفوع روغنی، نفخ به همراه ترشح مایعات همراه با مدفوع و مشکلات روانی مانند افسردگی<sup>۶</sup>، افکار انتحاری<sup>۷</sup>، مشکلات حافظه و کاهش حواس رخ دهد (سادوک، سادوک و روئیز<sup>۸</sup>، ۱۳۹۸). همچنین درمان‌های چاقی که به‌طور ویژه، محدود به رژیم‌های غذایی محدودکننده و نسخه‌های فعالیت‌های ورزشی است، فقط به مدت کوتاهی در کاهش وزن مؤثر هستند و شمار بسیاری از افراد دوباره به وزن اولیه خود در طی پنج سال برمی‌گردند (لازیکویز، مایریسا، هایلند و لاونتون<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴). از آنجایی که درمان چاقی به‌واسطه روش‌های ذکر شده، با عوارض و برگشت وزن قابل توجهی همراه است، کاربرد مداخلات روان‌شناختی جهت کاهش وزن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (فولادوند و همکاران، ۱۳۹۱).

- 
1. Surgical Therapy
  2. Pharmacological Therapy
  3. Nutrition & Diet Therapy
  4. Psychological Therapy
  5. Tolerance
  6. Depression
  7. Suicidal Thoughts
  8. Sadock, Sadock, & Ruiz
  9. Lasikiewicz, Myrissa, Hoyland, & Lawton

یکی از راهبردهای روان‌شناختی در کنترل یا درمان چاقی، ذهن‌آگاهی<sup>۱</sup> است (هنسن و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). ذهن‌آگاهی را به عنوان تجربه لحظه حال بدون قضاوت<sup>۳</sup>، با دور کردن خود از الگوهای تکراری تفسیر افکار، هیجانات و رفتارها تعریف کرده‌اند که منجر به افزایش پاسخ‌هایی با سطوح بالاتری از سازگاری<sup>۴</sup> می‌شود (کابات زین<sup>۵</sup>، ۱۳۹۷). ذهن‌آگاهی، خودتنظیمی انطباقی<sup>۶</sup> را ارتقا می‌دهد که این ویژگی برای تداوم عادات خوردن<sup>۷</sup> در بلندمدت، به‌ویژه هنگام رویارویی با نشانه‌های خوردن و هیجانات مهم است و از این طریق توانایی فرد برای نظارت و تنظیم<sup>۸</sup> مصرف غذا را بهبود می‌بخشد (کچویی، ۱۳۹۶). افرادی که دفعات پرخوری کمتری دارند به‌طور معناداری ذهن‌آگاه‌تر از افرادی هستند که دفعات پرخوری بیشتری را گزارش کرده‌اند (اسمیت و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰). ذهن‌آگاهی از طریق هشیاری به زمان حال، منجر به قطع عادت‌های ذهنی خودکار و پذیرش غیرقضاوتی افکار منفی مربوط به سختی کاهش وزن، موجب کاهش رفتار خوردن می‌گردد (روفولت و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷). بین خوردن ذهن‌آگاهانه با تصویر بدنی مختل<sup>۱۱</sup> و رفتارهای خوردن رابطه وجود دارد (پونده‌نژادان، عطاری و دردانه، ۱۳۹۷). همچنین این درمان بهبود معناداری در رفتارهای خوردن و کاهش وزن (هنسن و همکاران، ۲۰۱۹)، کاهش استرس ادراک شده و اختلال خوردن (قادری جاوید، غلامرضایی و رضایی، ۱۳۹۵) دارد.

- 
1. Mindfulness
  2. Hanson, & et al
  3. Non-judgemental
  4. Adjustment
  5. Kabat- Zinn
  6. Adaptive self-regulation
  7. Eating habits
  8. Observation & Regulation
  9. Smith, & et al
  10. Ruffault, & et al
  11. Body image disturbance

از دیگر درمان‌های روان‌شناختی مرتبط با چاقی و اختلالات خوردن می‌توان به درمان‌های هیجان محور<sup>۱</sup> اشاره کرد (گلیسنتی، استرودل و کینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). هیجان‌ها، بخصوص هیجان‌های منفی<sup>۳</sup>، نقش مهمی در اختلالات مرتبط با خوردن دارند (دیویس، اندرسون و پوبولیک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴؛ گرینبرگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). درمان‌های متمرکز بر هیجان‌ها می‌توانند روی الگوهای نقصان‌یافته‌ای که وابستگی هیجانی به غذا را تسهیل می‌کنند، کار کنند و به شکسته شدن چرخه اعتیادی که به خوردن هیجانی<sup>۶</sup> و نهایتاً چاقی می‌انجامد، کمک کند (کامپر و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). از نظر افراد مبتلا، احساسات غیرقابل تحمل هستند و باید از آنها اجتناب<sup>۸</sup> کرد و اختلالات خوردن<sup>۹</sup>، مؤثرترین وسیله تحقق این هدف است (فیدرسکی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵). با توجه به اینکه اختلالات خوردن در قالب رفتارهای اجتنابی نشان داده می‌شوند، درمان هیجان مدار (EFT)<sup>۱۱</sup> برای این اختلالات شامل تعدیل هیجان‌ها<sup>۱۲</sup> و اجازه تجربه مجدد<sup>۱۳</sup> به مراجعان است تا ظرفیت دستیابی، تعدیل، آرام بخشی و تغییر هیجانی در آنها ایجاد شود (دولهانته و گرینبرگ<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷). EFT به شناسایی و تعدیل طرح‌واره‌های هیجانی<sup>۱۵</sup> و سازمان‌بندی "خود"<sup>۱۶</sup> کمک می‌کند و باور مبنی بر این که تنها منبع آرامش، خوردن است

---

1. emotion- focused therapy

2. Glisenti, Strodl, & King

3. Negative emotions

4. Davis, Anderson, & Pobocik

5. Greenberg

6. Emotional eating

7. Compare, & et al

8. Avoidance

9. Eating Disorders

10. Federicci

11. Emotion- focused therapy

12. Emotion modification

13. Re-experience

14. Dolhanty, & Greenberg

15. Emotional schemas

16. Self-organization

را تغییر می‌دهد. به‌طور کلی هدف اصلی EFT، برای اختلالات خوردن، فراتر رفتن از هیجانات ثانویه و دستیابی به هیجانات ناسازگار هسته‌ای<sup>۱</sup> است. تغییر هیجانات ناسازگار به-همراه دستیابی به تجارب هیجانی سازگار، به اصلاح رفتارهای غیرکارکردی کمک کرده و اختلالات خوردن را از حالت وسیله‌ای برای سازگاری خارج می‌کند. این مسئله به‌وسیله پردازش هیجانات فعال ناسازگار دردناک که "خود" را احاطه کرده است، محقق می‌شود (گرینبرگ، ۱۳۹۶). درمان‌های هیجان‌مدار بر کاهش بی‌اشتهایی عصبی<sup>۲</sup> (سالسا، هرد و بلک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶)، پرخوری عصبی<sup>۴</sup> (بناک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵)، اختلال پرخوری<sup>۶</sup> (کامپر و همکاران، ۲۰۱۳) و افسردگی زنان مبتلا به اختلال خوردن مؤثر است (مرتاض‌هجری و مشهدی، ۱۳۹۵).

از دیگر درمان‌های روان‌شناختی چاقی می‌توان به مداخلات یکپارچه فراتشخیصی<sup>۷</sup>، برای اختلال‌هایی که دارای علت‌های مشترک هستند، از نظر رفتاری و عملکرد مغزی شباهت زیادی دارند و به شیوه‌های درمانی مشابه پاسخ می‌دهند، اشاره کرد (رحمانی، امید، اکبری و عاصمی، ۱۳۹۶؛ بارلو<sup>۸</sup>، ۱۳۹۶). شواهد مربوط به میزان همبندی<sup>۹</sup> بالا، تعمیم‌پذیری<sup>۱۰</sup> پاسخ‌های درمانی در این اختلال‌ها، وجود احتمالی یک سندرم روان‌رنجوری عمومی<sup>۱۱</sup>، الگوهای فعالیت عصبی مشترک به‌خصوص تحریک‌پذیری

---

1. Maladaptive core emotions

2. Anorexia Nervosa

3. Sala, Heard, & Black

4. Bulimia Nervosa

5. Banack

6. Being Eating

7. Unified Transdiagnostic Treatment

8. Barlow

9. Comorbidity

10. Generalizability

11. General neurotic syndrome

بالای ساختار سیستم لیمبیک<sup>۱</sup> همراه با بازداری محدود یا مختل از سوی ساختارهای قشری، بدتنظیمی هیجانی<sup>۲</sup>، هم‌گرایی‌های ابعاد سرشتی بارز<sup>۳</sup>، سازه‌های مکنون مشترک مانند عاطفه مثبت و منفی<sup>۴</sup> مطابق با مدل سه‌بخشی اختلال‌های هیجانی، فرایندهای شناختی و رفتاری مشترک مانند سوگیری‌ها و افکار تکرارشونده، از ویژگی‌های مشترک اساسی اختلال‌های هیجانی هستند (سوارز، بنت، گلداستین و بارلو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو، برای افراد دارای اختلال‌های اضطرابی<sup>۶</sup> و خلقی<sup>۷</sup> یک قطبی با کاربردپذیری بالقوه برای سایر اختلال‌های هیجانی ارائه شده است. این درمان بر کاهش نشانه‌های افسردگی<sup>۸</sup>، اضطراب<sup>۹</sup> (اسپرانزو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸)، تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان<sup>۱۱</sup> (زمستانی و ایمانی، ۱۳۹۵) و افزایش کیفیت زندگی افراد دارای اختلالات خوردن اثربخش است (رحمانی، امیدی و رحمانی، ۲۰۱۸). ترسیم بالینی افراد مبتلا به چاقی، گواه بر عملکرد هیجانی غیر متعادل و آشفته است (اسکاندن، پرو، گراو، سوریانو و منیکساس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۸؛ گلیسنی، استرودل و کینگ، ۲۰۱۸) و به نظر می‌رسد از این درمان بتوان برای درمان چاقی نیز استفاده کرد.

در این راستا با توجه به مشکل چاقی، رشد روزافزون و اثرات زیان‌بخش آن بر سلامت روان و جسم افراد مبتلا، به نظر می‌رسد طراحی پژوهش‌هایی جهت بررسی نقش عوامل

- 
1. Limbic system
  2. Emotion dysregulation
  3. Temperament dimension Convergence
  4. Negative & Positive Affects
  5. Suarez, Bennett, Goldstein, & Barlow
  6. Anxiety Disorders
  7. Affective disorders
  8. Depressive symptoms
  9. Anxiety
  10. Esperanzaho
  11. Emotion regulation
  12. Escandón, Peró, Grau, Soriano, & Feixas

روان‌شناختی و اثربخشی این مداخلات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. همچنین با توجه به تردید درمانگران در به‌کارگیری روش درمانی غالب، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیص بارلو، هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی بر شاخص توده بدنی افراد مبتلا به چاقی انجام گرفت.

## روش

این پژوهش به‌لحاظ روش گردآوری اطلاعات، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه افراد بزرگ‌سال مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به سراهای پژوهش شهر تهران در بهار سال ۹۹ و روش نمونه‌گیری در دسترس بود. با توجه به جدول کوهن<sup>۱</sup> برای چهار گروه، در سطح خطای نوع اول ۰/۰۵، حجم اثر متوسط ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۱، ۶۰ نفر از افراد علاقه‌مند به شرکت در پژوهش (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۵)، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، به‌صورت تصادفی انتخاب و در چهار گروه فراتشخیص بارلو، درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کنترل گمارده شدند و در مرکز روان‌شناسی نیک آرام تحت درمان قرار گرفتند. شرایط ورود، شامل رضایت برای شرکت در پژوهش، شاخص توده بدنی بزرگ‌تر از ۳۰، با توجه به‌عنوان پژوهش بازه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم بارداری، عدم استفاده از داروهای مربوط به اختلالات روان، داروهای کاهنده یا محرک اشتها و داروهای روان‌گردان و ملاک‌های خروج، شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه درمانی بود. همه آزمودنی‌ها بعد از دریافت توضیحات لازم در خصوص فرآیند درمان و ارائه رضایت‌نامه کتبی به‌صورت رایگان در مطالعه شرکت کردند. همچنین توضیح داده شد که اگر تمایل به ادامه شرکت در تحقیق را ندارند، هر زمانی که تصمیم بگیرند، می‌توانند از پژوهش خارج شوند. شاخص توده بدنی شرکت‌کنندگان هر چهار گروه به‌عنوان پیش‌آزمون محاسبه شد. برای سنجش شاخص توده بدنی افراد شرکت‌کننده، وزن بدن به کیلوگرم را بر مربع قد، به متر تقسیم شد ( $\text{kg/m}^2$ ). گروه اول تحت درمان فراتشخیص بارلو و گروه دوم، درمان هیجان‌مدار و گروه سوم تحت درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند و افراد گروه کنترل

1. Cohen's table



هیچ درمانی را دریافت نکردند. در پایان دوره و سه ماه بعد از آن، شاخص توده بدنی شرکت-کنندگان هر چهار گروه، به عنوان پس آزمون و پیگیری اندازه گیری شد.

روش های درمانی در این پژوهش، درمان فراتشخیص بارلو، هیجان مدار و ذهن آگاهی بود که توسط پژوهشگر واجد شرایط و دوره دیده در هر یک از این درمان ها انجام شد. در ادامه شرح جلسات ارائه شده است.

### ساختار جلسات فراتشخیص بارلو

این درمان بر اساس مبانی و روش فراتشخیص تدوین و به صورت گروهی، شامل ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای اجرا شد. ساختار و تکنیک های ارائه شده در درمان فراتشخیص بارلو، در هر جلسه به شرح جدول زیر است.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان فراتشخیص بارلو

جلسه	صورت جلسه
اول	افزایش انگیزه: مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری افراد شرکت کننده در طول درمان، ارائه منطق درمان و اهداف درمان
دوم	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان ها، ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه ای تجارب هیجان و مدل <sup>۱</sup> ARC
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان ها و واکنش به هیجان ها)، به خصوص با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی

1. Antecedent consequence reaction

پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان، تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
هفتم	بررسی رفتارهای هیجان‌خاست (EDBS <sup>1</sup> ) آشنایی و شناسایی آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی رفتارهای هیجان‌خاست ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارو شدن با رفتارها
هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
نهم تا یازدهم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطبق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتبی ترس، اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی، عینی و ممانعت از اجتناب
دوازدهم	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی افراد شرکت‌کننده

### ساختار جلسات هیجان مدار

این درمان در ۱۱ جلسه نود دقیقه‌ای، به صورت گروهی و هفتگی تدوین شد که ساختار و تکنیک‌های ارائه شده در هر جلسه به قرار زیر است.

جدول ۲: محتوای جلسات درمان هیجان مدار

جلسه	صورت جلسه
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و قوانین گروهی
دوم	شناسایی و معرفی تمرینات و هیجان‌ات پایه در افراد گروه
سوم	آشنایی با هیجان‌ات اولیه، ثانویه و ابزاری
چهارم	توضیح دادن چرخه تجربه و کار روی وقفه‌های تجربه‌ای
پنجم	توضیح نقش زبان در ابراز و یا بازداري هیجانی و معرفی فن تاگشایی خاطره‌انگیز (بازنمایی تجربه‌ای)
ششم	کار با تروماها
هفتم	کوچینگ هیجانی افراد در اینجا و اکنون جلسه
هشتم	بازنمایی احساسات باقیمانده و فراخوانی آن‌ها از طریق سایر فنون بیانگر
نهم	تقویت پردازش‌های هیجانی و بدنی و جلوگیری از شناختی کردن روایت‌ها
دهم	کمک به معناسازی و کشف عاملیت افراد در تجارب هیجانی جدید
یازدهم	جمع‌بندی

### ساختار جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

این درمان در هشت جلسه نود دقیقه‌ای، به صورت گروهی و هفتگی تدوین شد که ساختار و تکنیک‌های ارائه‌شده در هر جلسه به صورت زیر است.

جدول ۳: محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	صورت جلسه
اول	آشنایی با ذهن آگاهی: انجام مراقبه و بیان تجربه، آموزش تمرین تنفسی و انجام آن
دوم	آموزش عملی خوردن آگاهانه: تمرین دانه کشمش، توضیح در مورد محرک‌های غذا خوردن (دهانی)
سوم	آموزش کامل خوردن آگاهانه و مراقبه رسمی و توضیح در مورد محرک خوردن (معده)، آموزش و تمرین عملی مراقبه اسکن بدن
چهارم	استقرار در مراقبه: تمرین مراقبه و ارسی بدن هدایت‌شده، خوردن و ارتباط آن با محرک‌های (هیجانی) خوردن
پنجم	آموزش ارتباط بدن و احساسات: صحبت در مورد الگوهای ذهنی-هیجانی و تفهیم محرک‌های ذهنی-هیجانی خوردن، آموزش مراقبه متا (مهرورزی به بدن)
ششم	کشف بیشتر احساسات مرتبط با خوردن: کشف درونی و شناخت احساسات ناخوشایند مانند خشم، ترس، تنهایی و تمرین گروهی مراقبه متا
هفتم	صلح با بدن و پذیرش احساسات ناخوشایند: صحبت در مورد برون‌ریزی‌های احتمالی در طول تمرین‌ها و انجام مراقبه متا
هشتم	جمع‌بندی

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی اجرا شد. بخش توصیفی دربرگیرنده میانگین و انحراف استاندارد بود و در بخش استنباطی ابتدا به وسیله آزمون کالموگروف - اسمیرنوف مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت سپس به وسیله آزمون لوین<sup>۱</sup> مفروضه یکسانی واریانس خطا و به وسیله آزمون MBOX مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس مورد ارزیابی قرار گرفت و در نهایت با توجه به رعایت پیش فرض‌ها، جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنی‌ها و یک عامل بین آزمودنی‌ها) استفاده شد. مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه‌بندی آزمودنی‌ها در سه گروه آزمایش (فراتشخیص بارلو، هیجان مدار و ذهن آگاهی) و گروه کنترل به عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند.

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۶۰ نفر با میانگین سنی (۲۸/۴۲) و انحراف استاندارد (۴/۹۲) حضور داشتند. در جدول شماره ۴، میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها آورده شده است.

جدول ۴: شاخص توصیفی سن آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها

گروه	میانگین	انحراف معیار
فراتشخیص بارلو	۲۸/۶۷	۴/۹۶
هیجان مدار	۲۹/۰۰	۵/۵۶
ذهن آگاهی	۲۷/۲۰	۴/۴۷
کنترل	۲۸/۸۰	۴/۹۰

1. Levene`s Test

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، با توجه به مقادیر  $F$  به دست آمده (۰/۴۰) و احتمال معناداری آن (۰/۷۴) بین میانگین سنی افراد گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۵: خلاصه نتیجه تحلیل واریانس برای مقایسه سن افراد به تفکیک گروه‌ها

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	$F$	سطح معناداری
بین گروهی	۳۰/۴۵	۳	۱۰/۱۵	۰/۴۰	۰/۷۴
درون گروهی	۱۳۹۶/۱۳	۵۶	۲۴/۹۳		
کل	۱۴۲۶/۵۸	۵۹			

از مجموع شرکت کنندگان، ۶.۷٪ شرکت کنندگان گروه درمان فراتشخیص بارلو را مرد و ۹۳.۳٪ را زن، ۱۳.۳٪ افراد گروه تحت درمان هیجان‌مدار را مرد و ۸۶.۷٪ را زن و تمامی افراد گروه تحت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل را زن تشکیل داده بودند. همچنین به ترتیب (۴۰٪، ۵۳.۳٪، ۲۶.۷٪ و ۳۳.۳٪) افراد گروه‌های درمان فراتشخیص بارلو، هیجان‌مدار، ذهن آگاهی و کنترل، مجرد و به ترتیب (۶۰٪، ۴۶.۷٪، ۷۳.۳٪ و ۶۶.۷٪) از افراد گروه‌های ذکر شده متأهل بودند. در جدول شماره ۶، میانگین و انحراف معیار متغیر شاخص توده بدنی درج گردیده است.

جدول ۶: شاخص‌های توصیفی شاخص توده بدنی شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فراتشخیص	۳۲/۳۲	۱/۵۴	۳۲/۱۵	۱/۵۶	۳۲/۲۲	۱/۵۰

بارلو						
۱/۴۵	۳۱/۷۲	۱/۴۶	۳۱/۶۲	۱/۴۳	۳۲/۱۲	هیجان مدار
۱/۳۶	۳۰/۰۰	۱/۲۹	۲۹/۹۹	۱/۴۷	۳۲/۲۸	ذهن آگاهی
۱/۳۳	۳۲/۲۱	۱/۳۴	۳۲/۲۰	۱/۳۳	۳۲/۲۱	کنترل

همان‌طور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، در گروه کنترل، میانگین نمرات در پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه‌های آزمایش، کاهش نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون مشاهده می‌شود. در ادامه به بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس مختلط پرداخته شده است.

### پیش‌فرض ۱: پیش‌فرض نرمال بودن

جدول ۷: آزمون کالموگروف-اسمیرنوف شاخص توده بدنی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
	K-S	سطح معناداری	K-S	سطح معناداری	
گروه					
فراتشخیص بارلو	۰/۵۹	۰/۸۶	۰/۳۹	۱/۰۰	۰/۴۳
هیجان مدار	۰/۷۰	۰/۶۹	۰/۸۷	۰/۴۳	۰/۷۳
ذهن آگاهی	۰/۴۳	۰/۹۹	۰/۶۱	۰/۸۴	۰/۵۰
کنترل	۰/۷۲	۰/۶۷	۰/۷۱	۰/۶۹	۰/۷۲

نتایج آزمون نرمالیتی کولموگروف - اسمیرنوف، از آنجایی که سطح معناداری این آزمون مقادیر بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، نشان داد که توزیع نمره‌های زیرمقیاس شاخص توده بدنی شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل، به توزیع نرمال نزدیک است.

### پیش‌فرض ۲: پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد با توجه به مقادیر لوین به دست آمده و احتمال معناداری آن که از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۸: آزمون لوین به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها

مرحله مقیاس	df1	df2	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۳	۵۶	۰/۴۰	۰/۷۴
پس‌آزمون	۳	۵۶	۰/۴۷	۰/۷۰
پیگیری	۳	۵۶	۰/۳۱	۰/۸۱

### پیش‌فرض ۳: پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس

جدول ۹: خلاصه آزمون برابری ماتریس کوواریانس باکس

متغیر	ام‌باکس	F	Df1	Df2	سطح معناداری
شاخص توده بدنی	۲۱۵/۳۵	۱۰/۷۸	۱۸	۱۱۰۸۱/۸۱	۰/۰۰۱



با توجه به مقادیر  $F$  به دست آمده در متغیر شاخص توده بدنی ( $10/78$ ) و احتمال معناداری آن ( $0/001$ ) می توان نتیجه گرفت داده های متغیر شاخص توده بدنی، از این مفروضه تخطی کرده اند. از آنجا که حجم نمونه ها برابرند، نقض مفروضه همگنی ماتریس های کوواریانس اثر کمی روی نتایج دارد و قابل چشم پوشی است (میرز، گامست و گارینو، ۱۳۹۵).

باتوجه به رعایت پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس مختلط، مفروضه کرویت با آزمون موجلی برای عامل درون گروهی بررسی شد. نتایج در جدول ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۱۰: نتایج آزمون موجلی برای بررسی مفروضه کرویت

عامل درون- گروهی	آزمون موجلی	خی دو درجه آزادی	سطح معناداری	گرین هاوس- گایسر
مراحل زمان	۰/۵۱	۳۶/۴۵	۲/۰۰	۰/۶۷

نتایج جدول ۱۰ نشان می دهد که مفروضه کرویت برقرار نیست ( $P < 0/05$ )؛ بنابراین باید از اصلاح درجه آزادی (شاخصی به نام اپسیلون گرین هاوس گایسر) استفاده نمود و نتایج تحلیل واریانس مختلط را با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه نمود، خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول ۱۱ ارائه شده است.

جدول ۱۱: خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی

عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
درون-گروهی	مراحل زمان	۲۰/۸۲	۱/۳۴	۱۵/۴۵	۹۳/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲
بین-گروهی	تعامل مراحل گروه*	۳۴/۱۶	۴/۰۴	۸/۴۵	۵۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	خطا	۱۲/۴۹	۷۵/۴۴	۰/۱۷			
	گروه	۶۴/۵۹	۳	۲۱/۵۳	۳/۶۵	۰/۰۲	۰/۱۶
	خطا	۳۲۹/۶۱	۵۶	۵/۸۸			

نتایج جدول ۱۱ نشان می‌دهد، شاخص توده بدنی در رابطه با عامل درون‌گروهی با توجه به مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است ( $F=93/34, P=0/001, \text{Eta}=0/62$ ). هم‌چنین در عامل بین‌گروهی، مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنادار است ( $F=51/05, P=0/001, \text{Eta}=0/73$ ). در نتیجه بین میانگین کلی شاخص توده بدنی، حداقل در یکی از چهار گروه (سه گروه آزمایش و گروه کنترل) تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفونی به منظور مقایسه دوبه‌دو و بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در سطوح معنادار ارائه شده است.

جدول ۱۲: خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی

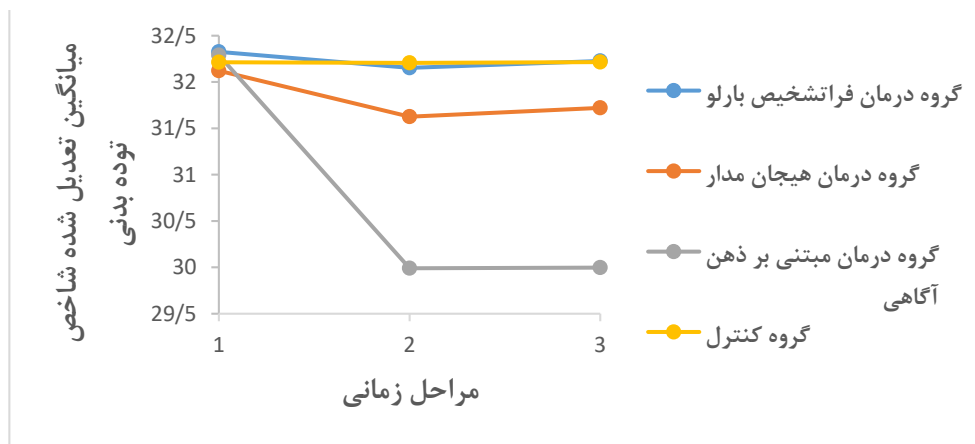
مراحل / گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
پیش آزمون - پس آزمون	*۰/۷۴	۰/۰۷	۰/۰۰۱
پیش آزمون - پیگیری	*۰/۶۹	۰/۰۷	۰/۰۰۱
پس آزمون - پیگیری	-۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۵۳
فراتشخیص بارلو - هیجان مدار	۰/۴۱	۰/۵۱	۱/۰۰
فراتشخیص بارلو - ذهن آگاهی	*۱/۴۷	۰/۵۱	۰/۰۳
هیجان مدار - ذهن آگاهی	۱/۰۶	۰/۵۱	۰/۲۵
فراتشخیص بارلو - کنترل	۰/۰۲	۰/۵۱	۱/۰۰
هیجان مدار - کنترل	-۰/۳۹	۰/۵۱	۱/۰۰
ذهن آگاهی - کنترل	*-۱/۴۵	۰/۵۱	۰/۰۴

نتایج جدول ۱۲ نشان می‌دهد تفاوت بین نمرات شاخص توده بدنی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد ولی تفاوت بین نمرات پس آزمون با پیگیری معنی دار نیست. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات شاخص توده بدنی در مرحله پیش آزمون ( $M=۳۲/۲۳$ ) بالاتر از مرحله پس آزمون ( $M=۳۱/۴۹$ ) و پیگیری ( $M=۳۱/۵۳$ ) است.

در متغیر شاخص توده بدنی، بین اثر گروه آزمایشی ذهن آگاهی با گروه‌های فراتشخیص بارلو و گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد ولی بین گروه ذهن آگاهی و گروه هیجان مدار تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین بین گروه فراتشخیص بارلو و هیجان مدار با یکدیگر و هر کدام از این دو با گروه کنترل تفاوت معناداری یافت نشد. مقایسه

میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات شاخص توده بدنی در گروه آزمایشی ذهن-آگاهی ( $M=30/75$ ) کمتر از گروه‌های آزمایشی فراتشخیص بارلو ( $M=32/23$ )، هیجان-مدار ( $M=31/82$ ) و گروه کنترل ( $M=32/21$ ) است.

علاوه بر این تعامل زمان و گروه متغیر شاخص توده بدنی، در سطح  $0/001$  معنادار است ( $F=51/05, P=0/001, \eta^2=0/73$ ). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری نمرات شاخص توده بدنی، در چهار گروه تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین‌های تعدیل شده نمرات توده بدنی در سه گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در نمودار ۱ نمایش داده شده است. چنانکه نتایج نمودار نشان می‌دهد، نمرات این متغیر در گروه آزمایشی ذهن‌آگاهی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به سه گروه دیگر (گروه آزمایشی فراتشخیص بارلو، هیجان‌مدار و گروه کنترل) کاهش داشته است. همچنین با توجه به تفاوت در مرحله پیش‌آزمون نسبت به پیگیری، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی پایداری داشته است.



نمودار ۱: میانگین‌های تعدیل شده شاخص توده بدنی

## بحث و نتیجه گیری

نتایج تجزیه و تحلیل واریانس مختلط نشان داد از بین مداخلات درمانی فراتشخیص بارلو، هیجان مدار و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی تنها مداخله هیجان مدار بر کاهش شاخص توده بدنی افراد اثربخش و پایدار بود و روش های دیگر این چنین نبودند. این یافته با نتایج پژوهش اسمیت و همکاران (۲۰۲۰)، هسن و همکاران (۲۰۱۹)، پالمیرا و همکاران (۲۰۱۷) و توکلی (۱۳۹۵)، مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش وزن همسویی دارد اما با یافته های کامپر و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر اثربخش درمان هیجان مدار بر کاهش وزن و با یافته های عبدالکریمی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی بر کاهش وزن ناهمسو است.

این یافته با توجه به ویژگی های مورد تمرکز در درمان مبتنی بر ذهن آگاهی امکان پذیر است. یکی از مشخصه های روش های مبتنی بر ذهن آگاهی این است که مراجع با سبب-شناسی اختلالات خود و سازوکار مغزی آن آشنا می شود. این آگاهی سطح اضطراب فرد را کاهش و میزان تمرکز بر افکار و تمایلات هشیارانه اش را افزایش می دهد و در نهایت فرد را قادر به تصمیم گیری می کند که بار دیگر از این راهبردها و اعمال تکراری یا نشخوار آنها برای تسکین حالات هیجانی منفی و به ویژه اضطراب استفاده نکند (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۰). به علاوه، مراقبه ذهن آگاهانه می تواند در کاهش دفعات پرخوری تأثیر گذار باشد و از این طریق به کاهش وزن بیانجامد. از آنجایی که در افراد مبتلا به چاقی، نارضایتی های بسیاری در ارتباط با عادت های تغذیه و تأثیر آن بر حوزه های مختلف کارکردی و ظاهرشان وجود دارد، یادگیری مهارت های ذهن آگاهی و به کار بردن آنها در تغذیه و در نتیجه بهبود و اصلاح رفتارهای خوردن، می تواند موجب کاهش فشارهای روانی و نگرانی های ناشی از الگوهای ناسالم خوردن شود و کیفیت عمومی زندگی فرد را بهبود بخشد (پونده نژادان، عطاری و دردانه، ۱۳۹۷).

از منظر مفهوم شناسی می توان در تبیین یافته به دست آمده اشاره کرد که پرخوری توسط دو عامل ترغیب می شود: ماشه چکان های درونی و عوامل محیطی. منظور از ماشه-چکان های درونی همان تجارب هیجانی است که می تواند در الگوی خوردن هیجانی

(خوردن هیجانی به رفتار خوردن برای مقابله با هیجانات منفی اشاره دارد) و خوردن بازداری شده (خوردن بازداری شده به رفتارهایی برای محدود کردن خوردن اشاره دارد) تجلی یابد و منظور از عوامل محیطی، نشانگرهای بیرونی همانند مشاهده غذاهایی است که خوشمزه و پرکالری به نظر می‌رسند (گرنز و همکاران، ۲۰۱۷). خوردن محیطی به عنوان یکی از الگوهای ناسالم خوردن زمانی مشاهده می‌شود که فرد به صورت افراطی توسط نشان‌گرهای بیرونی و ظاهری غذا (همانند، بو، ظاهر و شکل آن) به خوردن و پرخوری ترغیب می‌شود (دیویس، اندرسون و پوبولیک، ۲۰۱۴). در مقابل، در خوردن ذهن آگاهانه فرد بر اساس ماشه‌چکان‌های جسمانی<sup>۱</sup> (احساس واقعی گرسنگی و نشانه‌های آن) به خوردن می‌پردازد نه بر اساس سرنخ‌های هیجانی<sup>۲</sup> و محیطی که عمدتاً به پرخوری می‌انجامد. در خوردن ذهن آگاهانه فرد تلاش می‌کند برای غذا خوردن چندان تحت تأثیر نشان‌گرهای محیطی و حالات هیجانی ناخوشایند درونی خود قرار نگیرد و مبتنی بر نیازهای واقعی بدنی و جسمانی خود اقدام به خوردن کند (دیویس، اندرسون و پوبولیک، ۲۰۱۴). اصلاح الگوی خوردن و تغییر جهت آن از خوردن بر اساس ماشه‌چکان‌های بیرونی و درونی هیجانی<sup>۳</sup> به خوردن ذهن آگاهانه بر اساس نیازهای جسمانی واقعی در نهایت به کاهش وزن می‌انجامد. به همین دلیل است که اشاره می‌شود ذهن آگاهی با اصلاح الگوهای ناسالم خوردن و در نتیجه کاهش وزن ارتباط مستقیمی دارد. فرد تمایلات درونی خود برای خوردن و هیجاناتی که به این فعالیت منتهی می‌شوند به صورت دقیق در نظر می‌گیرد. مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی نیز می‌تواند بین فکر، عاطفه و احساسات فرد ارتباطی آگاهانه برقرار کند. به طوری که فرد قادر باشد این تجارب را به شکل مستقیم در نظر بگیرد و با انعطاف‌پذیری، گشودگی و پذیرش نسبت به هیجانات منفی خود پاسخ دهد. همچنین فرد، ترغیب می‌شود افکار خود را نه به عنوان حقیقت بلکه فکر بداند و الگوهای معیوب و نشخوارهای فکری را از بین ببرد (کامران و همکاران، ۱۳۹۷). در نتیجه، تلاش فرد در برقراری ارتباطی آگاهانه با احساسات و

---

1. Physical triggers

2. Emotional Clues

3. Internal and external emotional triggers

هیجان‌ات درونی به جدایی از اتکا بر نشانه‌های ظاهری غذا کمک می‌کند و می‌تواند در کاهش خوردن محیطی نقش داشته باشد.

افراد دارای اضافه‌وزن و چاقی، به دلیل رفتارهای خوردن غیرذهن آگاهانه، احساس مثبتی از خوردن غذای خود تجربه نمی‌کنند و درعین حال از پیامدهای منفی حاصل از این الگوها و عادت‌های غذایی نادریست رنج می‌برند. این چرخه به تداوم چاقی کمک می‌کند. همان‌طور که 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 (هنسن و همکاران، ۲۰۱۹). به عبارت دیگر، خوردن ذهن آگاهانه می‌تواند تجربه خوردن و لذت بردن از غذا را بهبود بخشد (هنسن و همکاران، ۲۰۱۹). در خوردن ذهن-آگاهانه فرد «در حین خوردن غذا» به مزه، طعم و ترکیب آن به صورت آگاهانه توجه می‌کند و احساسات خود را پیش، حین و پس از خوردن به دقت مورد نظارت قرار می‌دهد (پونده-نژادان، عطاری و حسین، ۱۳۹۷). همچنین این توجه کامل، خوردن را از عملی که تنها قرار دادن غذا در دهان و بلعیدن آن است، جدا می‌کند و فرد کم‌کم از خوردن بدون آگاهی نسبت به افکار، احساسات و هیجان‌های خود فاصله می‌گیرد (پونده-نژادان، عطاری و دردانه، ۱۳۹۷).

از دیگر یافته‌های این پژوهش، عدم اثربخشی و پایداری درمان هیجان‌مدار بر کاهش توده بدنی بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت با آن که در درمان هیجان‌مدار تنظیم الگوی هیجانی مدنظر قرار می‌گیرد، اما تمرکز بیشتر این درمان بر این است که فرد به منظور پاسخ به فشارهای روانی درونی، خلقیات منفی و رویدادهای تنش‌زای بیرونی به خوردن مبادرت نرزد (کامپر و همکاران، ۲۰۱۳) و به همین دلیل برخلاف مهارت‌های ذهن آگاهانه کمتر بر نشانه‌های بیرونی<sup>۲</sup> و ظاهری غذا تمرکز می‌کند. همچنین در تبیین عدم اثربخشی مداخله فراتشخیصی بارلو بر کاهش شاخص توده بدنی می‌توان اشاره کرد که مداخله فراتشخیصی به‌طور ویژه، زمانی از حداکثر کارآمدی برخوردار است که فرد دارای چندین اختلال همبود باشد و استفاده از چندین درمان مثلاً شناختی-رفتاری به دلیل وقت‌گیری و پرهزینه بودن

---

1. Swallow

2. Outward markers

غیرعملی یا ناکارآمد باشد (فارچوین و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲) و مطالعات نشان می‌دهند افرادی که از پیچیدگی مشکلات رنج می‌برند (مثلاً افراد دارای اختلالات خوردن که مشکلات بین فردی، کمال‌گرایی<sup>۲</sup> افراطی، عزت‌نفس<sup>۳</sup> پایین و مشکلات خلقی را هم‌زمان دارند)، بهتر به روش‌های درمانی پیچیده مبتنی بر فراتشخیص پاسخ می‌دهند (فربرن، کوپر و شفران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). از این رو، با آن‌که کارآمدی این درمان در افراد چاق مبتلا به اختلالات همبود بررسی و تأیید شده است (ریگبی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸)، اما نمونه پژوهش حاضر افراد مبتلا به چاقی بودند که تابلوی بالینی سایر اختلالات همبود را تکمیل نمی‌کردند.

با توجه به آنکه حجم نمونه مورد بررسی در این پژوهش مطابق با استانداردهای موجود، از کفایت لازم برخوردار است و با گمارش تصادفی افراد در چهار گروه، بسیاری از واریانس‌های ناخواسته و مزاحم از پژوهش حذف شدند، اما از آنجا که ترکیب نمونه پژوهش حاضر (که درصد بیشتر افراد در هر گروه را زنان تشکیل می‌دادند)، یافته‌های پژوهش حاضر تنها قابل تعمیم به نمونه‌ای با همین مشخصات است. همچنین استفاده از نمونه در دسترس و تعداد جلسات متفاوت مداخلات، از محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود، با توجه به امکان اثربخشی بالاتر روش‌های درمانی روان‌شناختی در ترکیب با مشاوره تغذیه، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی به این منظور پایه‌گذاری شود. بررسی میزان اثربخشی هر یک از مداخلات روان‌شناختی با و بدون رژیم درمانی، می‌تواند به گسترش دانش در زمینه این پدیده بیانجامد. تعیین اثربخشی مداخلات مطرح شده در گروه‌هایی با تفکیک جنسیتی، سنی و افراد دارای اختلالات بالینی و به‌ویژه اختلالات خوردن می‌تواند به درک بیشتر پدیده چاقی و اختلالات مربوط به آن بیانجامد.

- 
1. Farchoione & et al
  2. Perfectionism
  3. Self-esteem
  4. Fairburn, Cooper & Shafran
  5. Rogby



## منابع

- بارلو، دیوید اچ. (۱۳۹۶). پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی. ترجمه ابوالفضل محمدی، علیرضا محسنی اژیبه و علی محرابی. تهران: ابن سینا.
- توکلی، زهرا. (۱۳۹۵). مقایسه‌ی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش شیوه‌ی تنظیم هیجان بر کاهش خوردن هیجانی و کاهش وزن و حفظ وزن متناسب در افراد چاق. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی دانشکده پزشکی.
- پونده‌نژادان، علی اکبر؛ عطاری، یوسفعلی و دردانه، حسین. (۱۳۹۷). پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس خوردن ذهن آگاهانه با میانجی‌گری تصویر بدنی و رفتارهای خوردن در زنان متأهل دارای اضافه‌وزن و چاقی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۹(۳۴)، ۱۷۰-۱۴۱.
- رحمانی، ملیحه؛ امیدی، عبدالله؛ اکبری، حسین و عاصمی، ذات اله. (۱۳۹۶). تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال پرخوری: آزمایش تصادفی کنترل شده یک سو کور. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۵(۲)، ۲۳۱-۲۲۱.
- زمستانی، مهدی و ایمانی، مهدی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان. روان‌شناسی معاصر، ۱۱(۱)، ۳۲-۲۱.
- سادوک، بنجامین. سادوک، ویرجینیا. روئیز، پدرو. (۱۳۹۸). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک، بر اساس DSM-5، ترجمه مهدی گنجی. تهران: ساوالان.
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۸۵). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: آگاه.
- عبدالکریمی، ماندانا؛ قربان‌شیرودی، شهره؛ خلعتبری، جواد و زربخش، محمدرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی بسته فراتشخیص مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن در زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی. مجله علوم شناختی، ۱۷(۷۰)، ۶۶۱-۶۵۱.

فولادوند، مریم؛ فراهانی، حجت‌الله؛ باقری، فریبرز و فولادوند، مهسا. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در درمان دختران مبتلا به چاقی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۶(۲)، ۱-۲۲.

قادری جاوید، سارا؛ غلامرضایی، سیمین و رضایی، فاطمه. (۱۳۹۵). در بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس ادراک‌شده و اختلال خوردن در دانش‌آموزان مبتلا به علائم اختلال خوردن. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۷(۹)، ۸۰۱-۸۱۱.

کابات زین، جان. (۱۳۹۷). *ذهن‌آگاهی برای آغازگران: راهی برای بهسازی لحظه حال و تمام زندگی*، ترجمه غزال گلشنی و پیمان رحیمی‌نژاد. تهران: روانشناسی و هنر.

کامران، اصغر؛ هوزاده، مهرداد؛ مقتدایی، کمال و ابراهیمی، آسیه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش گروهی ذهن‌آگاهی بر علائم آسیب‌شناختی روانی در زنان چاق. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۹(۳)، ۱۰۱-۱۱۲.

کچویبی، محسن. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی مداخلات مبتنی بر ارزیابی مجدد شناختی و ذهن‌آگاهی در اصلاح وزن و رفتارهای خوردن مرتبط با چاقی در زنان دارای اضافه‌وزن. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه خوارزمی.

گرینبرگ، لسلی. (۱۳۹۶). *درمان هیجان‌مدار (اصول و مبانی)*، ترجمه حبیب‌اله اکبری و طاهره رفیع. تهران: بات.

مرتاض هجری، ارمغان. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس ادراک‌شده و اختلال خوردن در دانش‌آموزان مبتلا به علائم اختلال خوردن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

میرزا، لاورنس اس. گامست، گلن. گارینو، ا. ج. (۱۳۹۵). *پژوهش چند متغیری کاربردی (طرح و تفسیر)*، ترجمه حسن پاشا شریفی و همکاران. تهران: رشد.

- Banack, K. D. (2015). *A Case Study of Emotion-Focused Therapy for Bulimia Nervosa*. Ph. D. dissertation, Department of Educational Psychology University of Alberta.
- Davis, L., Anderson, D., & Pobocik, R. (2014). The relationships between mindful eating, weight, and quality of life in college students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46 (4), 171-179.
- Dolhanty, J., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion- Focused therapy in the treatment of eating disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 336-382.
- Escandón-Nagel, N., Perú, M., Grau, A., Soriano, J., & Feixas, G. (2018). Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 52-59.
- Esperanzaho, V. (2018). *The effect of transdiagnostic treatment on negative emotions and comprehensive coping strategies*. Ph. D. dissertation, W right Institute Graduate School of Psychology.
- Fairburn, C. G., Cooper. Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (5), 509-28.
- Farchoione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K. Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Barlow, D. H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior therapy*, 43 (3), 666-678.
- Federicci, A. (2005). *Relapse and Recovery in Anorexia Nervosa (microform): the Patients'*
- 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.

- Glisenti, K., Strodl, E., & King, R. (2018). Emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A review of six cases, *Clinical psychology*, 25 (6), 35-42.
- Greenberg, L. (2011). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hanson, P., Shttlewood, E., Halder, L., Shah, N., Lam., F. T. Barber, T. M. (2019). Application of Mindfulness in a Tier 3 Obesity Service Improves Eating Behavior and Facilitates Successful Weight Loss. *The Journal of Endocrinology & Metabolism*, 104 (3), 793-800.
- INTERREG, V., Compare, A., Calugi, S., Molinari, E., & Dalle Grave, R. (2013). Emotion-Focused Therapy and Dietary Counseling for Obese Patients with Binge Eating Disorder: A Propensity... *Psychother Psychosom*, 82, 193-194.
- Lasikiewicz, N., Myrissa K., Hoyland A., Lawton CL. (2014). Psychological benefits of weight loss following behavioural and/or dietary weight loss interventions: A systematic research review. *Appetite*, 72, 123-37.
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia J., Cunha M. (2017). Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite*. 112, 107-16.
- Perspective*. Toronto, Ontario, Canada: University of Toronto.
- Rahmani, M., Omid, A., Rahmani, F. (2018). The Effect of Unified Therapy on Quality of Life in Patients with Eating Disorder. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 5 (1), 39-45.
- Rogby, A. (2018). Transdiagnostic Approach to Food Avoidance after Bariatric Surgery: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 17 (5), 280-295.
- Ruffault, A., Czernichow, S., Hagger, MS., Ferrand, M., Erichot, N., Carette, C., et al. (2017). The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and

meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11 (5), 90-111.

Sala, M., Heard, A., & Black, E. A. (2016). Emotion-focused treatments for anorexia nervosa: a systematic review of the literature. *Eating and Weight Disorders*, 21, 147-164.

Smith, V. M., Seimon, R. V., Harris, R. A., Sainsbury, A., & Da Luz, F. Q. (2020). Less Binge Eating and Loss of Control over Eating Are Associated with Greater Levels of Mindfulness: Identifying Patterns in Postmenopausal Women with Obesity. *Behavioral Sciences*, 9 (4), 36.

Suarez, L., Bennett, S., Goldstein, C., Barlow, DH. (2009). Understanding anxiety disorders from a triple vulnerability framework. In: Antony MM, Stein MB, Editors. *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.

WHO. (2020). [/https://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en](https://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en)