



دوره ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

صفحه: ۹۵-۱۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۷

مطالعات روان‌شناختی

مقاله پژوهشی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۰/۴/۱۹



Doi: 10.22051/PSY.2021.36836.2481

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5626.html

مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن

ماهرخ رضایی^۱ پروانه محمد خانی^{۲*} مرجان جعفری روشن^۳

چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن بود. روش پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و یک دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش مراجعان مبتلا به اختلال خوردن بیمارستان چمران را دربرمی‌گرفت. تعداد ۳۶ نفر به روش دردسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) گنجانده شدند. افراد هر سه گروه، پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون و همکاران را تکمیل کردند. گروه اول تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه دوم تحت درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند و گروه کنترل، درمانی دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو روش درمانی بر کاهش نارضایتی از تصویر بدنی اثربخش

۱ دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
m.rezaei.psycho@gmail.com

۲ (نویسنده مسئول) استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
pirmohamir@yahoo.com

۳ استادیار گروه روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
marjan.jafariroshan@gmail.com

۹۶ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

بودند، لیکن بین دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشت. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت هر دو درمان می‌تواند نارضایتی از تصویر بدنی را کاهش دهد و درمانگران می‌توانند از هر دو رویکرد برای افراد دارای علائم اختلالات خوردن استفاده کنند.

کلید واژه‌ها : اختلالات خوردن، تصویر بدنی، درمان هیجان‌مدار، ذهن‌آگاهی.

مقدمه

اختلالات خوردن^۱ یکی از مورد توجه‌ترین اختلالات روانی / روان-تنی به شمار می‌روند (لیناردون، فیر بورن، فیتسیمونز کرفت، ویلفلی و برنان^۲، ۲۰۱۷). از دیدگاه روان‌شناختی اختلال خوردن در افرادی ایجاد می‌شود که از آشوب و عذاب درونی رنج می‌برند و دل مشغولی آن‌ها مسائل جسمانی است و برای احساس آرامش به غذا رو می‌آورند (کوک و لینینگر^۳، ۲۰۱۷). شیوع اختلال خوردن و مشکلات وابسته به آن مانند اعتماد به نفس پایین، غمگینی، ملال و رضایت پایین از تصویر بدنی به طرز شگرفی در سال‌های اخیر افزایش یافته و هنوز رو به افزایش است (نجانرصب و دشت بزرگی، ۱۳۹۸).

نارضایتی از تصویر بدنی^۴ یکی از گسترده‌ترین سازه‌هایی است که درحوزه تحقیقات اختلالات خوردن مورد مطالعه قرار می‌گیرد و رابطه مثبتی با اختلالات خوردن و علائم این اختلالات دارد (سالا، شانکررام، وانژولا و لوینسون^۵، ۲۰۲۰). با توجه به شیوع بالای نارضایتی از تصویر بدنی و پیامدهای منفی آن در زندگی افراد، مداخلاتی برای بهبود نارضایتی از تصویر بدنی اجرا شده است. از درمان‌های رایج برای اختلالات تصویر بدن، درمان‌های شناختی-رفتاری است (یاری، شفیع آبادی و حسنی، ۱۳۹۹).

1 Eating Disorders

2 Linardon, Fairburn, Fitzsimmons-Craft, EWilfley, & Brennan

3 Cook, & Leininger

4 body image dissatisfaction

5 Sala, Shankar Ram, Vanzhula, & Levinson

با وجود اینکه سودمندی این رویکرد در بسیاری از پژوهش‌ها تأیید شده است، اما به دنبال بعضی انتقادات از آن، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان مشکلات روانی ارائه شده است (یاری و همکاران، ۱۳۹۹). درمانی که در پژوهش حاضر به آن پرداخته می‌شود، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ است. به اعتقاد هولمان، پِیلا، گیلکریست، نسبیت و سابستون^۲ (۲۰۲۱) و سابستون، پِیلا، کراکر، مک و ویلسون^۳ (۲۰۲۰)، تصویر بدنی با آگاهی فرد از بدن خود مرتبط است. برحسب تحقیقات انجام شده، ذهن آگاهی از جمله علل احتمالی است که می‌تواند بر نگرانی از تصویر بدن تأثیرگذار باشد (یاری و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین پینتادو و آندراده^۴ (۲۰۱۷) و روستا، ملازاده، افلاک سیر و گودرزی (۱۳۹۷) تاثیر درمان ذهن آگاهی بر تصویر بدنی را مثبت ارزیابی کرده‌اند.

این درمان ترکیبی از تمرینات مراقبه (ذهن آگاهی) و شناخت درمانی سنتی است و با هدف تغییر آگاهی در پی به وجود آوردن رابطه جدید با افکار به کار گرفته می‌شود (سگال، ویلیامز و تیزدل^۵، ۲۰۱۸). عنصر اصلی و اساسی این درمان را تمرینات توجه آگاهی و حضور ذهن شکل می‌دهد و به آگاهی و توجه به آنچه که اکنون در حال اتفاق افتادن است به شیوه‌ای خاص، هدفمند و بدون قضاوت، اشاره دارد (استال و گلدشتاین^۶، ۲۰۱۹). پژوهش‌های رافالت، کارت، لورب پورتو و جاج^۷ (۲۰۱۶)، بکا، دانلپ،

1 Mindfulness-based cognitive therapy

2 Huellemann, Pila, Gilchrist, Nesbitt, & Sabiston

3 Sabiston, Pila, Crocker, Mack, & Wilson

4 Pintado, & Andrade

5 Segal, Williams, & Teasdale

6 Stahl, & Goldstein

7 Ruffault, Carette, Puerto, Juge Shawn

۹۸ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

هانز، کورنین، زیکی^۱ (۲۰۱۸)، سالا و همکاران (۲۰۲۰)، لاتی‌مور و مید^۲ (۲۰۱۷)، استایس، روه‌د، شاو و گائو^۳ (۲۰۱۹)، آنامیر، کلی، کورویل، تانوفسکی-کراف^۴ و همکاران (۲۰۱۸) و پیستسکی، شافر، وندرلیچ و پترسون^۵ (۲۰۱۹)، مؤید سودمندی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درمان اختلالات خوردن هستند.

با وجود اینکه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افراد دچار اختلال خوردن در تحقیقات متعددی بررسی گردیده است تحقیقات اندکی به تاثیر این درمان بر تصویر بدنی در افراد دچار اختلال خوردن پرداخته‌اند. بعلاوه مقایسه این روش درمانی با سایر روش‌ها می‌تواند به شناخت درمان‌های موثرتر کمک کند. از دیگر درمان‌های روان‌شناختی مرتبط با اختلالات خوردن می‌توان به درمان‌های هیجان‌محور^۶ (EFT) اشاره کرد (گلیستی، استرودل و کینگ^۷، ۲۰۱۸) که بر کاهش بی‌اشتهایی عصبی (سالا، هرد و بلک^۸، ۲۰۱۶) و بهبود اختلال پرخوری (گلیستی، استرودل، کینگ و گرینبرگ^۹، ۲۰۲۱) مؤثر بوده است. درمان هیجان‌مدار به شیوه مؤثری توانایی محوریت دادن به هیجان‌ها و تمرکز بر آن‌ها را دارد (خیری، میر مهدی، آکوچکیان، حیدری و آل یاسین، ۱۳۹۸). در درمان هیجان‌مدار، تغییر هیجان در منشاء و درمان مشکلات افراد در نظر گرفته می‌شود. این روش یکی از محدود مدل‌های درمانی است

1 Beccia, Dunlap, Hanes, Courneene, Zwickey Angelo

2 Lattimore, P. Mead, B.

3 Stice, Rohde, Shaw, & Gau

4 Annameier, Kelly, Courville, Tanofsky-Kraff

5 Pisetsky, Schaefer, Wonderlich, & Peterson

6 Emotionally Focused Therapy

7 Glisenti, Strodl, & King

8 Sala, Heard, & Black

9 Glisenti, Strodl, King, & Greenberg

که تلفیقی از رویکرد درمانی مراجع محور، گشتالت درمانی و اصول شناختی را شامل می‌شود و به عنوان رویکردی ساختاری-تجربی در فعالیتهای روان‌درمانی و نظریه‌های روان‌شناختی معاصر مطرح است (گرینبرگ، ۱۳۹۷). این رویکرد برخلاف درمان ذهن آگاهی توجه افراد را به اهمیت بارز هیجان جلب می‌کند و به جای ساده انگاری هیجان، بر تمرکز بر آن تاکید می‌کند (گلیستی و همکاران، ۲۰۱۸). درمان هیجان مدار در بهبود تصویر بدنی مؤثر بوده است (ویلیامز و فایلز، ۲۰۱۸).

مرور پژوهش‌های پیشین در این خصوص نشان داد که مطالعه‌ای وجود نداشته است که میزان اثربخشی این دو درمان را مقایسه کند. همچنین با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلالات خوردن، طراحی راهبردهایی برای کاهش آسیب‌های ناشی از آن در جامعه، امری ضروری به نظر می‌رسد، لذا هدف اصلی این پژوهش مقایسه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن است. در پژوهش حاضر فرضیه زیر آزمون شد:

- بین تاثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان هیجان مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افراد دچار اختلالات خوردن تفاوت وجود دارد.

روش

روش این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و یک دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مراجعان به درمانگاه روان پزشکی بیمارستان چمران در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۹ بود که بر طبق نظر روان‌شناس مربوطه دارای اختلالاتی هستند که زیرمجموعه

۱۰۰ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

اختلالات خوردن طبقه بندی می‌شوند. تعداد ۳۶ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) گنجانده شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان شامل ۱. دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال ۲. شرکت نکردن در درمان همزمان دیگر (بر اساس مصاحبه و گزارش فردی) و ملاک خروج شرکت‌کنندگان داشتن غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی بود. افراد هر سه گروه، پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی لیتلتون، آکسوم و پیوری^۱ (۲۰۰۵) را تکمیل کردند. گروه اول تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه دوم تحت درمان هیجان محور قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. مداخلات درمانی طی ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در گروه‌های آزمایش برگزار گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید. لازم به ذکر است که پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، ملاحظات اخلاقی پژوهش رعایت گردید، از جمله اینکه نتایج برای افراد متقاضی تفسیر گردید. همچنین بعد از مرحله پیگیری، به گروه کنترل آموزش داده شد.

ابزارها

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی (BICI)^۲: این پرسشنامه را لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) طراحی کردند و شامل ۱۹ گویه بر اساس مقیاس پنج درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب روایی را از طریق همبستگی با

1 Littleton, Axsom, & Pury

2 Body Image Concern Inventory

مقیاس اختلال بدریختی بدن^۱ برابر ۰/۸۳ گزارش کرده اند. در ایران، پایایی این پرسشنامه را بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و ضریب همبستگی آن با سیاهه نگرانی از ارزشیابی منفی از ظاهر جسمانی لنگرن^۲ را ۰/۵۵ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (محمدخانی و خانی پور، ۱۳۹۳)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
اول	پیش آزمون، بیان کلیات	معرفی ذهن آگاهی	آگاهی از ذهنیت‌ها و	شناسایی هدف
دوم	آگاهی از حضور ذهن هدایت خودکار	بحث درباره مفهوم هدایت خودکار، نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای، تمرین کشمش خوری به شیوه ذهن آگاهانه	آگاهی از هر لحظه	مراجعه از شرکت در جلسات غذاخوردن مبتنی بر ذهن آگاهی
سوم	آگاهی از آنچه در بدن می‌گذرد	تمرکز بر بدن و تجربه حس‌های بدنی، آموزش مراقبه متا (مهرورزی به بدن)	تمرکز بیشتر بر بدن و مقابله با موانع	ثبت گزارش از تجربه خوشایند، وارسی بدنی
چهارم	آشنایی با مراقبه نشسته	مراقبه نشسته و منطبق اجرای آن، آگاهی از تنفس، اصوات، افکار، تکنیک زمان تنفس	سرگردانی فکر و بازگشت به حال	ثبت وقایع ناخوشایند تمرین

1 Body Dysenorphic Disorder Scale

2 Lundgren Fear of Negative Appearance Evaluation Inventory

۱۰۲ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

ماندن در زمان	تنفس و مراقبه
حال	نشسته
پنجم پذیرش و مجوز حضور	مراقبه نشسته
پذیرش احساسات ناخوشایند، به ذهن آوری عملی مشکلات و همراهی با حس‌های بدنی	تماشای افکار بدون قضاوت و پذیرش
ششم جداسازی فکر از واقعیت	جداسازی فکر از واقعیت
آموزش اینکه افکار حقایق نیستند، مراقبه نشسته	انجام کارهایی برای سلامتی و شفا
هفتم راهبردهایی برای پیشگیری از عود	پیشگیری و مقابله با عود
شناسایی نشانگان عود افکار منفی نسبت به بدن و مقابله با عود، مراقبه نشسته	اجرای راهبردهای مقابله‌ای برای عود، تمرین منظم ذهن آگاهی
هشتم جمع بندی، واریسی بدنی، پس آزمون	انجام تمرینات مربوط به ذهن آگاهی
شروعی نو برای بقیه زندگی، واریسی بدن و ذهن آگاهی جهت حفظ تعادل در زندگی	یافتن دلایل مثبت جهت انجام تکالیف

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار (گرینبرگ، ۲۰۰۴)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد	تکلیف خانگی
اول	اجرای پیش آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی	معرفی اعضای گروه به یکدیگر و درمانگر، پاسخ به سؤالات احتمالی اعضای گروه، بررسی انگیزه شرکت	توانمند شدن	-----
			انتظار	

دوم	شناسایی و ارزیابی هیجان	ارائه تعریف هیجان و کاربرد آن، ارزیابی ماهیت مشکل، دستیابی به احساسات شناسایی نشده	بالا بردن آگاهی فرد از هیجان‌ها و اولیه و شناخت‌های داغ	کاربرگ ثبت هیجان‌های روزانه
سوم	بالا بردن آگاهی هیجانی	تمرکز بیشتر بر هیجان‌ها، نیازها و ترس‌های تعاملی، ایجاد فضای امن تعاملی، توافق درمانی	تمرکز بر هیجان‌ها، شناسایی و تصدیق هیجان‌ها	تمرین فن‌های هیجان‌ها و دو صندلی
چهارم	شناخت نیازهای زیربنایی هیجان‌ها	تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌ها، آگاهی دادن به فرد در مورد تاثیر ترس و مکانیزم‌های دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی	هماهنگی بین تشخیص درمانگر و فرد	یادداشت نیازهای زیربنایی هیجان‌ها در موقعیت‌ها
پنجم	آموزش تنظیم هیجان	ترغیب به شناسایی نیازهای طرد شده و جنبه‌های انکار شده، افزایش پذیرش تجربه تصحیحی، ردگیری هیجان‌ها شناخته شده	آگاه کردن افراد از هیجان‌ها، زیربنایی و ارزیابی خود	تمرین گفتار مثبت
ششم	جایگزینی مثبت هیجان‌ها	برجسته سازی و شرح مجدد نیازهای پیوند جویی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها، تسهیل بیان نیازها و ایجاد درگیری هیجانی با خود	توسعه تجارب هیجانی در زمینه خوددوست داری	کاربرگ ثبت هیجان‌های جدید در موقعیت‌ها
هفتم	تداوم اصلاح هیجان‌ها	ایجاد موقعیت‌های ارزیابی خویشتن جدید و پایان دادن به الگوهای کهنه،	مواجهه با هیجان‌ها جدید	تمرین تمرکز بر تغییر هیجان‌ها و پیامدهایشان

شفاف سازی الگوهای جدید، یادآوری نیازهای پیوند جویی			
هشتم	تمرین مهارت‌ها	تقویت تغییراتی که طی درمان	تمرین مهارت‌ها
و اجرای پس	در گروه‌های	صورت گرفته است، بحث در مورد	و اجرای پس
آزمون	کوچک	نقطه نظرات مثبت و منفی در مورد	آزمون
طرح آزمایشی، ارزیابی تغییرات			

یافته‌های پژوهش

میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش ۲۹/۷ سال بود. ۵۶ درصد از شرکت کنندگان زن و ۴۴ درصد مرد بودند. پیش از اجرای آزمون، پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت که ادعای نرمال بودن توزیع متغیرها پذیرفته شد. همچنین نتایج آزمون باکس نشان داد که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس به درستی رعایت شده است. نتایج آزمون کرویت ماچلی نیز نشان داد که فرض کرویت ماچلی رعایت شده است و نتایج آزمون لوین نیز بیانگر آن بود که فرض همسانی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0/05$).

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نارضایتی از تصویر بدنی را در دو گروه آزمایش و گروه کنترل نشان می‌دهد. مشاهده می‌شود که بین نمرات پیش آزمون نارضایتی از تصویر بدنی در گروه کنترل و گروه‌های آزمایش تفاوت چشمگیری وجود ندارد ولی در مرحله پس آزمون، نمرات نارضایتی از تصویر بدنی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل به

طور چشمگیری بالاتر است، همچنین در مرحله پیگیری نیز، نمرات نارضایتی از تصویر بدنی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور چشمگیری پایین‌تر است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نارضایتی از تصویر بدنی در سه گروه

گروه کنترل		گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی		گروه درمان هیجان مدار	
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	۵۸/۲۵	۹/۳۷۲	۵۹/۸۳	۱۰/۲۵۹	۵۹/۹۲
پس‌آزمون	۵۹/۹۲	۹/۳۵۶	۴۶/۱۷	۹/۰۸۴	۴۷/۵۰
پیگیری	۶۰/۶۷	۹/۱۶۸	۴۵/۰۸	۸/۲۲۹	۴۶/۸۳

به منظور آزمون تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برطبق جدول ۴، سطح معناداری مربوط به مرحله برای نارضایتی از تصویر بدنی مربوط به هر دو آزمون کمتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه می‌توان پذیرفت که بین میانگین نمره‌های این متغیر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد و همچنین با توجه به معنی داری اثر متقابل مرحله * گروه و معنی داری اثر گروه چنین دریافت می‌شود که میزان تغییرات این متغیرها در طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در گروه کنترل و دو گروه آزمایش یکسان نبوده است، لذا می‌توان نتیجه گرفت هر دو درمان بر نارضایتی از تصویر بدنی مؤثر بوده است و با توجه به اختلاف میانگین‌ها باعث کاهش نارضایتی از تصویر بدنی

۱۰۶ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

شده‌اند. با توجه به مقدار مجذور اتا، به ترتیب ۷۶/۷ درصد و ۷۹/۱ از تغییرات در نمرات نارضایتی از تصویر بدنی طی مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، ناشی از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بوده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای نارضایتی از تصویر بدنی

منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	مجذور
	مربعات	آزادی	مربعات		معناداری	اتا
درمان شناختی	۵۹۲/۴۴	۱/۲۵	۴۷۳/۰۴	۴۰/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵
مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۰۶۶/۳۳	۱/۲۵	۸۵۱/۴۲	۷۲/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵
گروه						
گروه	۱۵۴۰/۱۲	۱	۱۵۴۰/۱۲	۶/۳۴	۰/۰۲۰	۰/۲۲
درمان هیجان‌مدار	۴۵۸/۶۹	۱/۴۳۳	۳۲۰/۱۰	۴۳/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
مدار	۸۸۱/۱۹	۱/۴۳۳	۶۱۴/۹۵	۸۳/۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹
گروه						
گروه	۱۲۰۸/۶۸	۱	۱۲۰۸/۶۸	۴/۵۰	۰/۰۴۵	۰/۱۷

در جدول ۵ با توجه به معناداری اختلاف میانگین‌ها می‌توان گفت که هر دو درمان بر نارضایتی از تصویر بدنی تاثیر معنادار داشته‌اند. همچنین با توجه به اختلاف میانگین‌ها می‌توان گفت که میزان تفاوت نارضایتی از تصویر بدنی در گروه شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه هیجان‌مدار معنادار نبوده است، لذا این دو درمان به لحاظ تاثیر بر نارضایتی از تصویر بدنی تفاوت معناداری ندارند.

جدول ۵. آزمون تعقیبی LSD برای نارضایتی از تصویر بدنی

مقایسه ها	تفاوت میانگین	خطا	سطح معناداری
کنترل- شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۳/۷۵*	۳/۷۷۶	۰/۰۰۱
کنترل- هیجان‌مدار	۱۲/۴۲*	۳/۷۷۶	۰/۰۰۲
شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی- هیجان‌مدار	-۱/۳۳	۳/۷۷۶	۰/۷۲۶

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که در هر دو درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار، میزان نارضایتی از تصویر بدنی گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته و این کاهش در مرحله پیگیری پایدار مانده است و بین این دو درمان، از لحاظ تاثیر بر نارضایتی از تصویر بدنی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بخشی از یافته‌های این پژوهش با یافته‌های رافالت و همکاران (۲۰۱۶)، بکا و همکاران (۲۰۱۸)، گلیستی و همکاران (۲۰۲۱)، سالا و همکاران (۲۰۲۰)، استایس و همکاران (۲۰۱۹)، لاتی‌مور و مید (۲۰۱۷) و پیستسکی و همکاران (۲۰۱۹) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت ذهن آگاهی با کنترل آگاهی لحظه به لحظه و غیر قضاوتی به شکل مرحله به مرحله، خودکنترلی، خودتنظیمی و خود نظارتی درمانجو بر رفتارهایش را افزوده و او را به

۱۰۸ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

سمت بهبود هدایت می‌کند. سطوح بالاتر نداشتن قضاوت ممکن است باعث پذیرش افکار و احساسات در مورد بدن و غذا خوردن فرد شود و در نتیجه رفتارهای نامنظم غذا خوردن را کاهش دهد (ساللا و همکاران، ۲۰۲۰).

از طرف دیگر ذهن‌آگاهی سبب می‌شود افراد نسبت به زمان حال هشیار شوند، از افکار و حس‌های بدنی خود در هر لحظه آگاه شده و نگرشی بدون قضاوت نسبت به خود داشته باشند (سگال و همکاران، ۲۰۱۸). ذهن‌آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی فرد نسبت به احساسات روانی و پذیرا بودن هیجان‌های منفی همان‌گونه که اتفاق می‌افتند، می‌شود. چنین حالتی از یک سو باعث افزایش شناخت و آگاهی افراد از بدن، احساسات و افکار می‌شود و مقابله مؤثر با رویدادهای منفی را فراهم می‌سازد و از سوی دیگر خودپذیری و واقع‌گرایی را بهبود می‌بخشد (روستا و همکاران، ۱۳۹۷). با توجه به اینکه نارضایتی از تصویر بدنی بیش از آنکه ناشی از نقایص جسمانی باشد، زاییده تصویر ذهنی و باورها و عقاید منفی درباره بدن است، ذهن‌آگاهی با ایجاد نگرشی جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک شدن به افکار و حس‌های بدنی برای خلاص شدن از حالات خلقی منفی قادر است نارضایتی از تصویر بدنی و هیجان‌ات مرتبط با آن را اصلاح کند.

از طرفی از دیدگاه مفهومی، اختلالات خوردن می‌تواند ناشی از شرایط استرس‌زا و فشارزا باشد که با باورهای ناسازگار و شناخت‌های ناکارآمد در مورد خوردن و الگوی غذایی ناسالم همراه است. در درمان هیجان‌مدار، بازسازی و تغییر شکل طرح‌های هیجانی یکی از اهداف درمانی است که عملکردهای سازگارانه فرد را تسهیل می‌کند. طی درمان هیجان‌مدار، بیمار خود‌گویی‌های ناسازگارانه را که در موقعیت‌های استرس‌زا طرح می‌شوند را برطرف ساخته و راه‌های نسبتاً خوشبینانه تفسیر را به ویژه در

هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های مختلف آسیب‌زا در خود جایگزین می‌سازد. در این درمان تلاش می‌شود تا مراجع افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سوال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجانات را به‌کار گیرد و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را بر طرف نماید (خیری و همکاران، ۱۳۹۸). در این روش به افزایش خودمهربانی که موجب تغییر هیجانات منفی می‌شود توجه می‌گردد تا درمانجو قضاوت خود را مورد ارزیابی قرار دهد، فهم دلسوزانه‌ای از آشفتگی‌هایی که کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد در خود ایجاد کند و به صورت هوشیارانه‌ای احساسات و افکار خود را بپذیرد (خیری و همکاران، ۱۳۹۸) که این امر در نهایت موجب افزایش توان مقابله افراد دارای اختلالات خوردن با آشفتگی‌ها و تمایلات خودانتقادی می‌گردد و منجر به بهبود نارضایتی از تصویر بدنی در آن‌ها می‌شود.

در تبیین نبود تفاوت معنادار بین دو درمان می‌توان به عناصر مشترک در اثربخشی دو درمان اشاره نمود. یکی از ویژگی‌های مشترک در هر دو درمان، تکالیف خانگی است. در هر دو درمان انجام تکالیف خانگی و ارائه نتایج آن در جلسه بعد، جزء عناصر اصلی در درمان است. مورد دیگر در اثربخشی هر دو درمان تأکید بر نحوه ارتباط با افکار و هیجانات است. یکی از تئوری‌های قابل استناد در سبب‌شناسی اختلالات روانی، تغییر نحوه مواجهه فرد با افکار و هیجانات است و در هر دو درمان مذکور، ارتباط فرد با افکار و هیجانات خود از حالت نابهنجار خارج شده و به حالت طبیعی نزدیک می‌شود و این امر باعث بهبود می‌شود. همچنین در هر دو درمان، اجتناب فرد (هرچند به دو شیوه متفاوت) کاهش می‌یابد و افزایش اجتناب نقش بارز و مهمی در شروع و تداوم اختلال‌هایی مانند نارضایتی از تصویر بدن دارد.

۱۱۰ مقایسه‌ی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر...

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که فقط مراجعان درمانگاه روانپزشکی بیمارستان چمران شرکت‌کنندگان این پژوهش بودند لذا باید در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، اثربخشی درمان هیجان‌مدار با سایر روش‌های درمانی موج سوم همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقایسه شود. همچنین با توجه به یافته‌های تحقیق پیشنهاد می‌شود از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار به عنوان روش‌هایی موثر برای کاهش نارضایتی از تصویر بدنی در افراد دارای اختلال خوردن استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند از کلیه استادان، شرکت‌کنندگان و مراکز مشاوره که به انجام این پژوهش یاری رساندند، قدردانی نمایند.

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۴۰۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی *DSM-5*. ترجمه فرزین رضاعی، علی فخراپی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر و فرهاد شاملو. تهران: ارجمند.
- بساک نژاد، سودابه و غفاری، مجید. (۱۳۸۶). رابطه بین ترس از بد ریختی بدنی و اختلالات روان‌شناختی در دانشجویان. *علوم رفتاری*، ۱(۲)، ۱۷۹-۱۸۷.
- خیری، بهناز؛ میرمهدی، سیدرضا؛ آکوچکیان، شهلا؛ حیدری، حسن و آل یاسین، سید علی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس، نشخوار فکری و اجتناب شناختی بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی. *شناخت اجتماعی*، ۸(۲)، ۱۴۱-۱۶۴.
- روستا، سمیرا؛ ملازاده، جواد؛ افلاک سیر، عبدالعزیز و گودرزی، محمدعلی. (۱۳۹۷). تاثیر ذهن آگاهی و راهبردهای شناختی هیجان بر تصویر بدنی زوج‌های نابارور. *دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۸(۱)، ۳۸-۴۶.
- گرینبرگ، لسلی اس. (۱۳۹۷). *درمان هیجان محور*، ترجمه سمیرا جلالی. تهران: انتشارات علم.

- محمدخانی، پروانه و خانی‌پور، حمید. (۱۳۹۳). *درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن (به همراه راهنمای عملی درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن)*. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- نجانرصب، سمیه و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۸). تاثیر مصاحبه انگیزشی بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و فشار خون زنان مبتلا به اختلال خوردن. *روانشناسی سلامت*، ۸(۳)، ۱۰۳-۱۱۸.
- یاری، مرسده؛ شفیق آبادی، عبدالله و حسنی، جعفر. (۱۳۹۹). مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدنی و آمیختگی شناختی در نوجوانان دختر متقاضی جراحی زیبایی. *پوست و زیبایی*، ۱۱(۲)، ۱۰۷-۱۱۸.

American Psychiatric Association. (2020). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. Translator: F.Rezaei, A.Fakhrayee, A. Farmand, A. Nilofari, J. Hashemi, F. Shamloo. Tehran: Arjmand. (Text in Persian).

- Annameier, S. K., Kelly, N. R., Courville, A. B., Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, J. A., & Shomaker, L. B. (2018). Mindfulness and laboratory eating behavior in adolescent girls at risk for type 2 diabetes. *Appetite*, 125(1), 48-56.
- Basaknejad, S., and Ghaffari, M. (2007). The relationship between fear of physical deformity and psychological disorders in students. *Behavioral Sciences*, 1 (2), 179-187. (Text in Persian).
- Beccia, A., Dunlap, C., Hanes, D., Brendan J. Courneene, Heather L. Zwickey. (2018). Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis *Mental Health & Prevention*, 9(8), 1-12.
- Cook, B., & Leininger, L. (2017). The ethics of exercise in eating disorders: Can an ethical principles approach guide the next generation of research and clinical practice? . *Journal of Sport and Health Sciences*, 6(3), 295-298.
- Glisenti, K., Strodl, E. King, R. & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomized wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*. 9(2). doi:10.1186/s40337-020-00358-5.
- Greenberg, L.S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 11(1), 3-16.
- Greenberg, L. S. (2018). *Emotion-based therapy*. Translated by Samira Jalali, Tehran: Alam. (Text in Persian).

- Huellemann, K., Pila, E., Gilchrist, J., Nesbitt, A., & Sabiston, C. (2021). Body-related self-conscious emotions and reasons for exercise: A latent class analysis, *Body Image*, 38(4), 127-136.
- Kheiri, B., Mir Mehdi, S., Akuchekian, S., Heidari, H., and Al Yassin, S. (2019). The effectiveness of emotion-focused therapy on the symptoms of obsessive-compulsive disorder, rumination and cognitive avoidance in female patients with obsessive-compulsive disorder. *Social Cognition*, 8 (2), 164-141. (Text in Persian).
- Lattimore, P. Mead, B. (2017). I can't accept that feeling: Relationships between interoceptive awareness, mindfulness and eating disorder symptoms in females with, and at-risk of an eating disorder. *Psychiatry Research*. 247, 163-171. Doi:10.1016/j.psychres.2016.11.022.
- Linardon, J. Fairburn, C., Fitzsimmons-Craft, E., Wilfley, D., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review, *Clinical Psychology Review*, 58(11), 125-140.
- Littleton, H.L., Axsom, D., & Pury, C.L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behavioural Research Therapy*. 43(2), 229-241.
- Mohammadkhani, P., & Khanipour, H. (2014). *Mind-based therapies (with a practical guide to mind-based therapies)*. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. (Text in Persian).
- Najarnasab, S., and Dasht-e Bozorgi, Z. (2019). The effect of motivational interview on lifestyle promoting health and blood pressure in women with eating disorders. *Health Psychology*, 8 (3), 103-118. (Text in Persian).
- Pintado, S., Andrade, S. (2017). Randomized controlled trial of mindfulness program to enhance body image in patients with breast cancer. *European Journal of Integrative Medicine*, Doi:10.1016/j.eujim.2017.05.009
- Pisetsky, E. M., Schaefer, L. M., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2019). Emerging psychological treatments in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 219-229.
- Roosta, S., Mulazadeh, J., Aflak Seir, A., and Goodarzi, M. (2018). The effect of mindfulness and cognitive emotion strategies on the body image of infertile couples. *Guilan University of Medical Sciences*, 28 (1), 38- 46. (Text in Persian).
- Ruffault, A., Carette, C., Lurbe Puerto, K., Juge, N. (2016). Randomized controlled trial of a twelve month computerized mindfulness-based intervention for obese

- patients with binge eating disorder: The Mindob study protocol. *Contemporary Clinical Trials*, 49(3), 126-133.
- Sabiston, C.M., Pila, E., Crocker, P., Mack, D., & Wilson, P. (2020). Changes in body-related self-conscious emotions over time among youth female athletes. *Body Image*, 32(13), 24-33.
- 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(8), 147-164.
- Sala, M., Shankar Ram S., Vanzhula, A., & Levinson, C. (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta analysis. *Eating disorder*, 53(6), 834-851.
- Sala, M., Vanzhula, I. A., & Levinson, C. A. (2018). A longitudinal study on the association between facets of mindfulness and eating disorder symptoms in individuals diagnosed with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 27(3), 295–305.
- Segal, Z.V., M. Williams, and J. Teasdale. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Stahl, B., & E. Goldstein, A. (2019). *mindfulness-based stress reduction workbook*. New Harbinger Publications.
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., & Gau, J. M. (2019). Randomized trial of a dissonance-based group treatment for eating disorders versus a supportive mindfulness group treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 79–90.
- Williams, M., & Files, N. (2018). *Emotion-Based Psychotherapies in the Treatment of Eating Disorders*. In Embodiment and Eating Disorders, Routledge.
- Yari, M., Shafiabadi, A. and Hassani, J. (2020). Comparison of the effectiveness of emotion-based cognitive-behavioral therapy with mindfulness-based cognitive therapy on body image and cognitive fusion in female adolescents seeking cosmetic surgery. *Skin and Beauty*, 11 (2), 118-107. (Text in Persian).





Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotion-Based Therapy on Body Image Dissatisfaction in People with Eating Disorder Symptoms

Mahrokh Rezaei¹, Parvaneh Mohammadkhani*², Marjan Jafari Roshan³

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-focused therapy on body image dissatisfaction in people with eating disorder symptoms. The research method was quasi-experimental pre-test-post-test with a control group and a follow-up period. The statistical population of the study included patients with eating disorders in Chamran Hospital. A total of 36 patients were selected by convenience sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group (12 individuals in each group) and completed the Body Image Concern Questionnaire by Littleton et al. The first group received mindfulness-based cognitive therapy and the second group received emotion-based treatment and the control group did not receive treatment. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The results showed that the level of dissatisfaction with body image in both experimental groups significantly decreased compared to the control group, but there was no significant difference between the two treatments. Therefore, it can be concluded that both mindfulness-based cognitive therapy and emotion-focused therapy can reduce body image dissatisfaction, and therapists can use both approaches for people with eating disorder symptoms.

Keywords: Body image, eating disorders, emotion-based therapy, mindfulness

¹PhD student in Psychology, Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Iran
m.rezaei.psycho@gmail.com

²Corresponding Author: Professor of Psychology, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran;
pirmohamir@yahoo.com

³Associate Professor of Psychology, Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch; marjan.jafariroshan@gmail.com