

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودپنداره و افسردگی افراد مبتلا به اختلال پر خوری

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۴/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۲/۲۹

### خلاصه

**مقدمه:** امروزه اختلالات خوردن یک موضوع مطرح در جامعه و از مورد توجه‌ترین اختلالات روانی به شمار می‌روند که ریشه در مسائل زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی دارند. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودپنداره و افسردگی افراد مبتلا به اختلال پر خوری است.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مبتلا به اختلال پر خوری شهر تهران بودند که از بین آنها تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خودپنداره، افسردگی و اختلال پر خوری استفاده شد.

**نتایج:** با توجه به میزان  $F=166/700$  در متغیر خودپنداره و  $F=587/997$  در متغیر افسردگی، می‌توان اینگونه بیان کرد که میان گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تغییرات معناداری مشاهده می‌شود. که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) باعث بهبود خودپنداره، کاهش افسردگی و کاهش معنادار علائم پر خوری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردیده است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود خودپنداره و کاهش افسردگی و علائم پر خوری موثر است و استفاده از این روش درمانی سودمند به نظر می‌رسد.

**کلمات کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودپنداره، افسردگی و اختلال پر خوری.

فاطمه مومنی<sup>۱</sup>

زهرا شایگان منش<sup>۲\*</sup>

طهمورث آقاجانی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، واحد ملارد، دانشگاه

آزاد اسلامی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دکترای تخصصی روانشناسی استادیاریات علمی، واحد

ملارد، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دکترای تخصصی روانشناسی استادیاریات علمی، واحد

ملارد، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران

Email: shayganzhra@gmail.com

## مقدمه

امروزه اختلال خوردن یکی از مورد توجه‌ترین اختلالات روانی به شمار می‌رود. این دسته از اختلالات باعث ایجاد اشکال در سلامت جسمی و عملکرد روانی می‌شوند و کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل می‌کنند و همچنین ممکن است سبب افزایش مرگ و میر شوند. درمان این اختلالات مشکل است و بسیاری از بیماران تمایلی به استفاده از درمان‌های کنونی ندارند (۱). در DSM-5 اختلالات خوردن شامل پرخوری عصبی، بی‌اشتهایی روانی، هرزه‌خواری، نشخوار، مصرف غذای دوری‌جو/محدود کننده و اختلال پرخوری که جدیداً به این طبقه افزوده شده است. اختلال پرخوری احتمالاً رایج‌ترین اختلال خوردن است و تخمین زده شده است که تقریباً دو درصد همه بزرگسالان در ایالت متحده از این اختلال رنج می‌برند (۲).

خودپنداره بدنی بازنمایی درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد جسمانی و ادراکی و نگرش نسبت به آنها را در بر می‌گیرد. ابعاد اصلی این نگرش‌ها شامل مولفه‌های ارزیابی ظاهری و اهمیت ظاهر ایده‌آل درون سازی شده و عواطف است. از آنجا که ظاهر بخشی از هویت فرد است، در موقعیت‌های اجتماعی بلافاصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود، بنابراین اهمیت این سازه شخصیتی بسیار بارز است (۳). خودپنداره، یکی از مفاهیم اساسی در روانشناسی است. خودپنداره، شبکه‌ای از عقاید و باورهای مثبت و منفی در مورد خود می‌باشد. پندار هر فرد از شخصیت خود تا اندازه‌ی زیادی تصور او را درباره محیط خود تعیین می‌کند و این عمل، نوع رفتارهای او را طرح‌ریزی می‌کند (۴). اگر تصور از خود، مثبت و نسبتاً متعادل باشد شخص دارای سلامت روانی است و اگر برعکس خودپنداره‌ی شخص، منفی و نامتعادل باشد، او از لحاظ روانی ناسالم شناخته می‌شود. به اعتقاد بارنت و گوتلیب<sup>۱</sup> این احتمال وجود دارد که رویدادهای منفی زندگی در افرادی که از احساس خودارزشی چندانی برخوردار نیستند، افسردگی بیشتری ایجاد نماید؛ چرا که فقدان احساس خودارزشی افراد را

مستعد افسردگی می‌سازد. این اختلال معمولاً با سایر اختلالات روانی (اختلالات دوقطبی، اختلالات اضطرابی، مصرف مواد) همبودی دارد (۵).

شایع‌ترین اختلال روانپزشکی همراه با بی‌اشتهایی عصبی در ۶۵ درصد موارد با افسردگی همراه است (۶). شیوع همزمان اختلالات افسردگی اساسی در بیماران مبتلا به اختلال پرخوری ۰/۵۰ گزارش شده است (۷).

افسردگی<sup>۲</sup> هم به عنوان یک اختلال، هم به عنوان یک حالت خلقی غیربالینی ولی آشفته‌ساز، هم به عنوان یک مولفه فراتشخیصی مشترک در میان بسیاری از اختلالات روانی، و البته به عنوان یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در میان اختلالات روانی و یکی از مهمترین همبودهای بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، مستحق و مستلزم توجه بالینی ویژه است. افسردگی یک مسئله چالش‌برانگیز بهداشت روانی است. بر اساس مطالعات اخیر اختلال افسردگی اساسی شایع‌ترین اختلال روانی در طول عمر است (تقریباً ۱۷ درصد). میزان بروز سالانه دوره‌های افسردگی ۱۷/۵۹٪ است (۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)<sup>۳</sup>، توسط استیون هیز<sup>۴</sup> و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته شد و ریشه در نظریه فلسفی عمیقی دارد که زمینه‌گرایی عملکردی خوانده می‌شود و به لحاظ نظری مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی (RFT) است که چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن انسان و روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای جایگزین برای این حوزه‌ها را تبیین می‌کند. ACT از استعاره، تمرینات تجربه‌ای و تناقض منطقی برای رهایی از محتوای لفظی زبان و ایجاد ارتباط بیشتر با جریان مداوم تجربه در زمان حال استفاده می‌کند و شامل مؤلفه‌های اصلی از جمله: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و تعهد است (۸). ACT بر مبنای این مفروضه است که اصلی‌ترین مشکلی که اکثر مراجعان با آن مواجه می‌شوند اجتناب تجربه‌ای است، که به اجتناب فرد از افکار، احساسات، حواس و

<sup>3</sup>. Depression

<sup>4</sup>. Acceptance & Commitment Therapy

<sup>5</sup>. Hayes

<sup>1</sup>. Self- Concept

<sup>2</sup>. Bartent, Gotleb

- کسب نمره بالاتر از ۱۶ از پرسشنامه پرخوری
- جنس مونث

### ملاک های خروج

- ابتلا به اختلال روانی شدید
- سوء مصرف مواد
- شرکت در جلسات روان درمانی مشابه

### ابزارهای پژوهش

#### پرسشنامه خودپنداره بک

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۸ توسط بک و استیز و بر اساس نظریه شناختی بک تهیه گردیده است (۱۴)، دارای ۲۵ ماده است. ۲۵ ماده مقیاس تصور خود عبارتند از: قیافه، معلومات، آزمندی، بذله گویی، هوش، محبوبیت، جاذبه جنسی، شخصیت، تنبلی، خودخواهی، وضع ظاهر، خوش خلقی، استقلال، مرتب و پاکیزه و پاکیزه بودن، موفقیت، مهربانی، یادگیری، حسادت، سخت-کوشی، توانایی خواندن، به اتمام رساندن کارها، هوشیاری از خود، ورزشکاری، بی‌رحمی. همچنین ضریب همسانی درونی برای این مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مردان افسرده ۰/۸۰، زنان افسرده ۰/۷۶، مردان مضطرب ۰/۷۵ و زنان مضطرب ۰/۷۸ گزارش شده است. در ایران، محمدی (۱۳۷۲) اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۸ گزارش کرده است. میزان پایایی پژوهش حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

#### پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)؛ این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است و با ملاک‌های افسردگی DSM-IV انطباق دارد. این پرسشنامه ۲۱ گروه جمله است که هر گروه شامل ۴ گزینه می‌باشد. نمره جملات بین صفر تا ۳

سایر رویدادهای خصوصی گفته می‌شود. در ACT تلاش برای کنترل تجربیات خصوصی به جای اینکه راه‌حل باشد، به عنوان مشکل در نظر گرفته می‌شود؛ چرا که به جای راهگشا بودن، مشکلات بیشتری ایجاد می‌کند. بنابراین هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است (۹).

چاقی که با اختلال پرخوری و اعتیاد به غذا همراه است، امروزه در جهان شایع بوده و میلیون‌ها نفر از آن رنج می‌برند (۱۰). تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد پرخوری، یک عامل موثر در آسیب‌های روانی است و بیماری‌های زیادی متأثر از چاقی است. مطالعات مربوط به رابطه بین پرخوری و اختلال‌های روانی افسردگی و اضطراب (۱۱)؛ اختلالات خوردن و تصویر بدنی با اضطراب اجتماعی (۱۲)؛ استرس و چاقی (۱۳) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های پرخوری، افسردگی و تن‌انگاره در مبتلایان به پرخوری عصبی را مورد بررسی قرار دادند و نتایج نشان از اثربخشی با تفاوت معنادار بود. با توجه به شیوع اختلال پرخوری و مشکلات متعدد ناشی از آن که منجر به خودپنداره منفی می‌شود؛ و موفقیت‌آمیز نبودن درمان‌های فعلی روی هم‌هی افراد، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودپنداره افراد مبتلا به اختلال پرخوری انجام شد و در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودپنداره و افسردگی افراد مبتلا به اختلال پرخوری تاثیر دارد؟

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه افراد مبتلا به اختلال پرخوری در سال ۱۳۹۹ - ۱۳۹۸ تشکیل می‌دهند. افراد حاضر در مطالعه از طریق نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و گواه) گمارده شدند.

### ملاک های ورود:

- داشتن سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال،

<sup>1</sup> . Beck Depression Questionnaire

درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم ۴ گزینه- ای و ۲ آیتم ۳ گزینه‌ای بوده است. که دامنه آن از خیلی موافق نمره ۴ تا کاملاً مخالف نمره صفر گسترده است. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۴۶ است که کسب نمره ۱۶ وجود اختلال پرخوری و کسب نمره بالاتر از آن شدت بیشتر پرخوری را نشان می‌دهد. فرم ایرانی این مقیاس توسط مظفری و همکاران روی ۶۰ آزمودنی اجرا شد که حساسیت آن ۰/۸۵ درصد و اعتبار آزمون بازآزمون ۰/۷۲ محاسبه شد (۱۸).

متغیر است. پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ و همسانی درونی آن نیز ۰/۹۱ است. مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در نمونه ایرانی نیز چنین گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۷ بوده است (۱۵). میزان پایایی پژوهش حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

**پرسشنامه پرخوری (BES):** این پرسشنامه توسط گورمالی، بلک، داستون، رادین برای سنجش شدت پرخوری طراحی شده است (۱۷). آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴ و بعد از

متغیرها	مراحل	گروه آزمایش میانگین	انحراف استاندارد	گروه کنترل میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش آزمون	۴۵/۶۰۰	۴/۷۶	۴۳/۱۳۳	۳/۹۷
	پس آزمون	۲۸/۲۰۰	۳/۴۰	۴۱/۶۶۶	۳/۶۵
خودپنداره	پیش آزمون	۶۹/۵۳۳	۳/۶۰	۶۹/۸۰۰	۳/۸۰
	پس آزمون	۸۵/۶۰۰	۵/۶۴	۶۹/۴۰۰	۳/۸۵
پرخوری	پیش آزمون	۲۲/۷۳۳	۳/۰۳	۲۱/۶۶	۵/۰۲
	پس آزمون	۱۲/۸۰۰	۳/۲۳	۲۲/۰۶	۴/۷۷

## نتایج

همان‌طور که در جدول بالا ملاحظه می‌گردد، میانگین و انحراف استاندارد نمرات خودپنداره، افسردگی و پرخوری گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت چندانی نداشته‌اند. با این حال، در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات خودپنداره گروه

آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. همچنین میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. میانگین نمرات پرخوری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

## جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس‌های خودپنداره به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

خرده مقیاسها	مراحل	گروه آزمایش میانگین	انحراف استاندارد	گروه کنترل میانگین	انحراف استاندارد
توانایی	پیش	۱۵/۶۶۶	۱/۷۵	۱۵/۸۰۰	۱/۶۹

دهنی	آزمون	۱۷/۱۳۳	۱/۶۴	۱۵/۴۶۶	۱/۵۰۵
	پس				
	آزمون				
کارآمدی	پیش	۱۵/۲۶۶	۱/۲۷	۱۵/۳۳۳	۱/۵۸
شغلی	آزمون				
	پس	۱۶/۸۰۰	۱/۸۹	۱۴/۵۳۳	۱/۵۵
	آزمون				
جذابیت	پیش	۱۰/۳۳۳	۱/۳۹	۱۰/۱۳۳	۱/۳۰
جسمانی	آزمون				
	پس	۱۶/۹۳۳	۱/۸۳	۱۰/۶۰۰	۱/۰۵۵
	آزمون				
مهارتهای	پیش	۱۳/۲۰۰	۰/۸۶۱	۱۳/۲۰۰	۰/۹۴۱
اجتماعی	آزمون				
	پس	۱۷/۳۳۳	۱/۳۴	۱۳/۰۰۰	۰/۹۲۵
	آزمون				
عیبها و	پیش	۱۵/۰۶۶	۱/۴۳	۱۵/۳۳۳	۱/۴۹
حسنها	آزمون				
	پس	۱۷/۲۰۰	۱/۶۹	۱۴/۸۶۶	۱/۶۸
	آزمون				

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات در خرده مقیاس‌های متغیر خودپنداره در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون تفاوت یافته است و میانگین نمرات خرده مقیاس‌های توانایی دهنی، مهارت‌های اجتماعی و عیب‌ها و نقص‌ها افزایش داشته است.

### جدول ۳. نتایج حاصل از نرمال بودن داده‌های خودپنداره با استفاده از آزمون کولموگورف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلک

متغیرها	آزمون کولموگورف - اسمیرنوف	آزمون شاپیرو - ویلک			
آماره	df	sig	آماره	df	sig
پیش‌آزمایش	۰/۱۵۹	۱۵	۰/۲۰۰	۱۵	۰/۵۹۴
کنترل	۰/۱۸۳	۱۵	۰/۱۸۷	۱۵	۰/۲۰۱
پس‌آزمون	۰/۱۳۱	۱۵	۰/۲۰۰	۱۵	۰/۴۹۵
کنترل	۰/۱۳۹	۱۵	۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۷۹

است، لذا فرض صفر رد نشده است و توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال است، بدین ترتیب پیش‌شرط نرمال بودن داده‌ها تایید شده است.

همان‌طور که نتایج جدول بالا نشان می‌دهد سطح معناداری نمرات مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودپنداره در هر دو آزمون کولموگورف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلک بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بوده

**جدول ۴.** نتایج حاصل از تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمرات متغیر خودپنداره گروه‌های آزمایش و کنترل

منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig
پیش‌آزمون	۳۲۵/۱۲۶	۱	۳۲۵/۱۲۶	۲۶/۷۵۷	۰/۰۰۰۱
گروه	۲۰۲۵/۵۵۵	۱	۲۰۲۵/۵۵۵	۱۶۶/۷۰۰	۰/۰۰۰۱
خطا	۳۲۸/۰۷۴	۲۷	۱۲/۱۵۱		

نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس‌آزمون متغیر خودپنداره تفاوت معنادار وجود دارد و فرضیه اول پژوهش مورد تایید قرار گرفته است.

داده‌های حاصل از جدول ۴ نشان می‌دهد، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیر خودپنداره در افراد مبتلا به اختلال پرخوری از ۰/۰۵ کوچکتر است ( $F=۱۶۶/۷۰۰$ ،  $P<۰/۰۰۱$ ). بنابراین، می‌توان

**جدول ۵.** نتایج حاصل از نرمال بودن داده‌های افسردگی با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلک

متغیرها	آزمون کولموگروف - اسمیرنوف			آزمون شاپیرو - ویلک		
	آماره	df	sig	آماره	df	sig
پیش‌آزمون	۰/۲۱۶	۱۵	۰/۰۵۹	۰/۹۲۷	۱۵	۰/۲۴۷
کنترل	۰/۱۶۳	۱۵	۰/۲۰۰	۰/۹۱۲	۱۵	۰/۱۴۴
پس‌آزمون	۰/۱۳۴	۱۵	۰/۲۰۰	۰/۹۴۷	۱۵	۰/۴۷۳
کنترل	۰/۱۷۶	۱۵	۰/۲۰۰	۰/۹۲۳	۱۵	۰/۲۱۳

است، لذا فرض صفر رد نشده است و توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال است، بدین ترتیب پیش شرط نرمال بودن داده‌ها تایید شده است.

همان‌طور که نتایج جدول بالا نشان می‌دهد سطح معناداری نمرات مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی در هر دو آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و شاپیرو - ویلک بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بوده

**جدول ۶.** نتایج حاصل از تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمرات متغیر افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل

منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig
پیش‌آزمون	۲۷۶/۰۶۹	۱	۲۷۶/۰۶۹	۱۰۱/۱۸۶	۰/۰۰۰۱
گروه	۱۶۰۴/۲۴۱	۱	۱۶۰۴/۲۴۱	۵۸۷/۹۹۷	۰/۰۰۰۱
خطا	۷۳/۶۶۵	۲۷	۲/۷۲۸		

پذیرش، کاهش گسلش هیجانی می‌تواند بر بهبود خودپنداره تاثیر بگذارد (۲۱).

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) موجب بهبودی افسردگی افراد مبتلا به اختلال پرخوری می‌شود.

نتایج حاصل از یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی در مراحل مختلف اندازه‌گیری (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنادار داشته است ( $p < 0/05$ ). در واقع این دو گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری نداشتند حال آنکه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار نشان می‌دهند. با توجه به نتایج به دست آمده نتیجه‌گیری می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود افسردگی افراد مبتلا به اختلال پرخوری، موثر بوده است و بدین ترتیب فرضیه دوم پژوهش مورد تایید قرار می‌گیرد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های نگووان (۲۲)، مظفری (۱۸)، اشجع (۱۶) و هیز و همکاران (۲۳) همسو بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال پرخوری که احساس افسردگی و ناامیدی می‌کنند، سعی دارند که اندوه و حالت خستگی و ناامیدی خود را منفعلانه از طریق گوشه‌گیری کاهش دهند. یکی از راه‌های اجتنابی که این افراد برای اجتناب از تجارب درونی به کار می‌برند، نشخوار فکری است که در نهایت باعث افسردگی می‌شود. این گونه الگوهای اجتنابی می‌تواند مانع حرکت فرد به سوی اهداف ارزشمند شود. اجتناب و تلاش جهت حذف تجارب منفی ممکن است در کوتاه مدت باعث تسکین شود ولی به احتمال زیاد آن تجارب منفی با شدت بیشتری بروز پیدا می‌کند (۱۲). بر همین اساس با استفاده از درماندگی خلاقانه به فرد کمک می‌شود تا به جای همجوشی شناختی با افکار منفی و تلاش برای تغییر آنها، خزانه رفتاری خود را در جهت ارزش‌ها گسترش داده و با تمرینات مرتبط با تصریح ارزش‌ها و اولویت‌بندی آنها که در راستای ارزش‌های انتخاب شده خویش هستند؛ تکالیف تلاش جهت دست یافتن به اهداف مذکور را در زندگی روزمره انجام دهند، بدین ترتیب حالات خلقی منفی وی مثل احساس گناه و ناامیدی تقلیل یابند و از طریق ارتباط با لحظه اکنون این امکان را فراهم نمود تا در زمان‌هایی که افکار منفی به

همان‌طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیر افسردگی در افراد مبتلا به پرخوری از ۰/۰۵ کوچکتر است ( $F = 587/997, P < 0/001$ ). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس‌آزمون متغیر افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد و فرضیه دوم پژوهش مورد تایید قرار گرفته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) موجب بهبود خودپنداره افراد مبتلا به اختلال پرخوری می‌شود.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس مربوط به فرضیه پژوهش نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر وابسته پژوهش (خودپنداره) در سطح ( $p < 0/05$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می‌گردد. نتایج به دست آمده از این پژوهش با یافته‌های پژوهش مازو و همکاران (۱۹)، نریمانی و همکاران (۱۱) و والسیر (۲۰) همسو است.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که علت بهبود خودپنداره افراد مبتلا به اختلال پرخوری، در محتوی برنامه‌های این رویکرد است. چرا که در این رویکرد درمانی فرد تجارب و ادراکات ذهنی را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل می‌پذیرد و در نتیجه بر آگاهی روانی وی افزوده می‌شود (۱۹). در این رویکرد با اجازه دادن به آمد و رفت افکار و ادراکات مربوط به خود بدون اینکه با آنها مبارزه شود، به فرد آموخته می‌شود که خود را از تجارب ذهنی مربوط به خودپنداره منفی جدا سازد. به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند و این به فرد کمک می‌کند تا ارزش‌های اصلی زندگی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (۲۰). همچنین انگیزه‌ای جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزشهای مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی در فرد ایجاد می‌شود. به طوری که فرد دارای خودپنداره منفی، به ارزش‌های شناسایی شده در طول درمان آگاهی پیدا کرده و از طریق کاهش نشخوارگری، افزایش میزان

مکمل دارویی در جهت کاهش علائم اختلالات روانشناختی استفاده نمایند. همچنین از این مدل درمانی بر روی گروه‌های گسترده‌تر استفاده و نتایج آن با دیگر مداخلات روان درمانی مقایسه شود.

هنگام پریشانی، فرد را با خود به حاشیه می‌برد بازگشت پیوسته به زمان حال را حفظ کند و در کنار سایر تکنیک‌های مذکور، انعطاف‌پذیری روانشناختی را بالا برده و افسردگی افراد مبتلا به اختلال پرخوری را بهبود بخشد (۱۸).

بر اساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و درمانی از این رویکرد درمانی به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و

13-Hooman F, Mehrbizadeh A. A Study of the Effectiveness of Behavioral Cognitive Behavioral Therapy Group on Nervous Overeating in Women Visiting Ahvaz Overeating Association, *Journal of Medical Science*, 2010; 10 (4):621-635. (Persian).

14-Beck A T, Ward C H, Mendelson M, Mock J, & Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1978; 4(10) 561-571.

15-Kaviani H, Mousavi A. Psychometric characteristics of Beck's anxiety questionnaire in the age and sex classes of the Iranian population. *Journal of Tehran University of Medical Sciences*, 2000; 66 (2):254-269. (Persian).

16-Ashja M. Investigating the effectiveness of the acceptance and commitment approach to reducing depression in housewives in Tehran. (Master's thesis in counseling and guidance). Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Khomeini Shahr, 2012.

17-Harlow J, Farrar S, Stopa L, Turner H. The impact of self-imagery on aspects of the self-concept in individuals with high levels of eating disorder cognitions. *Journal of behavior therapy and experimental Psychiatry*, 2018; 61, 7-13.

18-Mozaffari K, Hosseinzadeh S. Prevalence of Eating Disorders and Obesity in Students of Yazd Girls' High Schools in 2011-2010, *Yazd School of Health Research Journal*, 2011; 1 (31):114-129. (Persian).

19-Mazzeo SE, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, Aggen SH & Bulik CM. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int. J. Eat. Disord*, 2006; 39(3): 191-202.

20-Walser R D, Garvert D. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 2015; 74(2): 25-31.

21-Molander P, Hesser H, Weineland S, Bergwall K, Buck S, Jäder Malmjöf J, et al. Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: a pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2017; 4(15): 1-16.

22-Negovan V, Bagana E, & Dinca S. Gender, age and academic standards of school differences in adolescents self-acceptance, 2016; 12(8): 40-48.

23-Hayes S C, Lillis J. Acceptance and commitment therapy. Massachusetts, USA: *American Psychological Association*, 2017; 41(5): 198-210.

## References

- 1-Dall GR. Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med*, 2015; 22(2): 153-160.
- 2-spitzer, RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus M D & Stunkard, A. Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal Eating Disorders*, 2014 ; 13(2):137-153.
- 3-Levine M, Piran N. The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body image*, 2014; 1(7):57-70.
- 4- Costarelli VD, Costarelli X. Emotional intelligence, body image and disordered eating attitudes in combat sport relationship between social anxiety, perfectionism and depression perception of body image and eating disorders among young people. *Journal of Social Psychology*, 2016; 9 (2): 35-42.
- 5-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Washington, DC: *American Psychiatric Publishing*, 2013.
- 6-Sadock B J, Sadock V A, & Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive *Textbook of Psychiatry*, 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
- 7-Lauren FN. The Role of Perception in Eating Disorders. A Senior Honors Thesis Submitted to the Faculty of The University of Utah In Partial Fulfillment of the Requirements for the Honors Degree in Bachelor of Science *In The Department of Psychology*, 2019.
- 8-Harris R. The happiness trap: *Stop struggling stary living Wollombi*, New, Australia: Exile Publishing, 2007.
- 9-Eilenberg T, Fink P, Jensen J, Rief W, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: *a randomized controlled trial Psychological medicine*. 2016; 46(1):103-15.
- 10-Rodgers RF, Lowy AS. A Meta-Analysis Examining the Influence of Pro-Eating Disorder Websites on Body Image and Eating Pathology. *Eur Eat Disord Rev*, 2016; 24(1): 3-8.
- 11-Narimani M, Ghasemi Nejad M. The role of psychological factors in predicting binge eating disorder, 2014; 3 (86):254-263. (Persian).
- 12-Zandi S, Homayounnia M. The Relationship between Eating Disorders and Imaginary Impact with Endowment Social Anxiety in the Elderly, *Ninth International Congress of Psychotherapy*, 2016. (Persian).



## Original Article

# The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) on Self-Imagination and Depression in People with Binge Eating Disorder

Received: 26/06/2020 - Accepted: 19/03/2021

Fatemeh Momeni<sup>1</sup>  
Zahra Shayegan Manesh<sup>2\*</sup>  
Tahmours Aghajani<sup>3</sup>

<sup>1</sup>M.Sc., General Psychology, Mallard Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>2</sup>PhD in Psychology of Scientific Assistants, Mallard Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>3</sup>PhDs in Psychology of Scientific Assistants, Mallard Branch, Islamic Azad University, Tehran

Email:  
shayganzhra@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** Today, eating disorders are a popular issue in society and are considered as the most important mental disorders that are rooted in biological, psychological, social and cultural issues. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on self-concept and depression in people with binge eating disorder.

**Material and Methods:** The present study is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of this study was all people with binge eating disorder in Tehran, from which 30 people were selected by purposive sampling and then assigned to experimental and control groups. Self-concept, depression and binge eating disorder questionnaires were used to collect data.

**Results:** with respect to  $F / 700/166 = .$  In the self-concept variable and  $F = 997/587$  in the depression variable, it can be said that there are significant changes between the experimental and control groups in the post-test. Which shows that Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has improved self-concept, reduced depression and significantly reduced the symptoms of overeating in the experimental group compared to the control group.

**Conclusion:** The results of this study showed that acceptance and commitment based therapy (ACT) is effective in improving self-concept and reducing depression and symptoms of overeating and the use of this treatment seems to be beneficial.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, Self-Imagination, Depression and Overeating Disorder