

مقاله اصلی

اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مداربر خوردن هیجانی و شاخص توده بدنی زنان چاق دارای اختلال پر خوری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۰۲

خلاصه

مقدمه: مشکلات هیجانی و استرس ناشی از آن می‌تواند به‌عنوان مقدمه‌ای برای پر خوری محسوب شوند و حتی پر خوری به‌عنوان یک مکانیسم تنظیم هیجان ناسازگارانه در افراد دارای اضافه وزن یا مبتلا به چاقی مطرح شده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مداربر خوردن هیجانی و شاخص توده بدنی زنان چاق دارای اختلال پر خوری انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون-گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان چاق با اختلال پر خوری دارای پر خوری هیجانی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. از بین این افراد تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاکهای ورود و خروج انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس خوردن هیجانی آرنو و شاخص توده بدنی بود. آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۲۰ جلسه یک ساعته، تحت مداخله طرحواره درمانی ذهنیت‌مداربر قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-26 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بن‌فرونی با رعایت مفروضه‌های آماری انجام شد.

نتایج: نتایج حاصل از آزمون کوواریانس چند متغیره نشان داد که بین گروه طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و کنترل در ترکیبی از متغیرهای خوردن هیجانی و شاخص توده بدنی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$ و $F = 22/41$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که میانگین گروه دریافت‌کننده برنامه طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار هم در متغیر خوردن هیجانی و هم در متغیر شاخص توده بدنی از میانگین گروه کنترل به‌طور معناداری کوچکتر است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با نظر به یافته‌های پژوهش، به‌منظور کمک به مشکل اضافه وزن و خوردن هیجانی زنان چاق دارای اختلال پر خوری، استفاده از طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار می‌تواند مثرتر باشد.

کلمات کلیدی: طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار، خوردن هیجانی، شاخص توده بدنی، اختلال پر خوری.

مریم مطیعی امین^۱

صبا خرقانی^{۲*}

مونا خالدنژاد^۳

پریا سادات صیادی^۴

محمد رضا حاج‌رضایی^۵

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، واحد سمنان دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

^۳ دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

^۴ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

^۵ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

Email: Kharghanisaba@gmail.com

مقدمه

وزن بدن یکی از متغیرهای اساسی در تفاوت‌های فردی است که تقریباً در تمامی جنبه‌های زندگی اثری فراگیر دارد و اگرچه اغلب در سلامت جسمانی اثرگذار است، با انواع فرایندهای روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی نیز رابطه دارد (۱). چاقی یکی از مشکلات عمده جوامع در حال توسعه است (۲). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، ایران، یکی از هفت کشور دارای بالاترین میزان شیوع چاقی در جهان است (۳). اضافه وزن به حالتی گفته می‌شود که وزن بدن ۱۳ تا ۱۹ درصد از وزن ایده‌آل (وزن ایده‌آل هم برحسب شاخص توده بدنی و هم برحسب تناسب وزن با قد تعیین می‌شود) بالاتر است و زمانی که وزن بدن ۲۳ درصد از وزن ایده‌آل بیشتر باشد، از اصطلاح چاق استفاده می‌شود (۴). برخی مطالعات نشان داده‌اند که در بین ایرانیان بالاتر از ۱۱ سال شیوع چاقی ۲۱/۵ درصد است که این میزان در بین زنان بیشتر به چشم می‌خورد؛ ۲۷/۳ درصد در زنان و در مردان، ۱۳/۷ درصد بوده است (۵).

اگرچه چاقی تحت تأثیر عوامل متعدد بیولوژیکی و ژنتیکی قرار دارد، تأثیرات رژیم غذایی، عوامل محیطی، فردی و به‌ویژه مسائل روانشناختی را نباید نادیده گرفت (۶). مشکلات هیجانی و استرس ناشی از آن می‌تواند به‌عنوان مقدمه‌ای برای پرخوری محسوب شوند و حتی پرخوری به‌عنوان یک مکانیسم تنظیم هیجان ناسازگارانه در افراد دارای اضافه وزن یا مبتلا به چاقی مطرح شده است (۷). طبق تعریف DSM-5، اختلال پرخوری دوره‌های مکرر پرخوری است که به‌طور متوسط یکبار در هفته بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی نامتناسب کنترل وزن به مدت سه ماه مداوم رخ دهد. در تشخیص اختلال پرخوری علاوه بر احساس درماندگی، وجود سه مورد از موارد؛ خوردن با سرعتی بسیار بیشتر نسبت

به حالت عادی غذا خوردن، غذا خوردن تا زمان احساس سیری آزاردهنده، خوردن مقادیر زیادی از مواد غذایی در زمان احساس عدم گرسنگی از لحاظ جسمی، به تنهایی غذا خوردن به دلیل احساس خجالت به‌خاطر میزان زیاد غذایی که فرد می‌خورد، احساس تنفر نسبت به خود، افسردگی یا احساس گناه شدید پس از پرخوری، لازم است (۸).

رومل و همکاران با مقایسه عادات خوردن و سطح آگاهی هیجانی زنان فربه و زنان عادی نشان دادند که زنان فربه در آگاهی هیجانی، نمرات پایین‌تری دارند و از خوردن هیجانی به‌عنوان راهبردی برای خود-نظم‌جویی بیشتر استفاده می‌کنند (۹). پژوهش‌ها در قلمروی غذا خوردن هیجانی نشان داده‌اند که افراد فربه در پاسخ به حالات هیجانی منفی، بسیار بیشتر از افراد دارای وزن بهنجار غذا می‌خورند (۱۰). در واقع بیشتر از ۶۰ درصد افراد دارای اضافه وزن یا چاقی از خوردن هیجانی رنج می‌برند (۱۱). پژوهش‌ون استرین نیز نشان می‌دهد که عواطف منفی و بالا بودن شاخص توده بدنی با سبک خوردن هیجانی رابطه مثبت دارد (۱۲). افرادی که در تنظیم هیجانات ناخوشایند دچار مشکل هستند از پرخوری به شکل یک راهبرد مقابله‌ای و آرامش‌بخش استفاده می‌کنند (۱۳). وقتی فرد این حس را داشته باشد غذا خوردن، خلق را بهبود می‌بخشد (۱۴)، در پاسخ به عواطف منفی به غذا خوردن روی می‌آورد تا خلق منفی تنظیم شود (۱۵). غذا خوردن هیجانی به‌عنوان تدبیری برای مقابله با هیجان‌های منفی مانند تنیدگی، تنهایی، کسالت و اضطراب تعریف می‌شود (۱۶). به تازگی در راستای تلاش متخصصان سلامت، یکی از راهکارهای موثر برای پیشگیری و درمان چاقی و نیز کاهش پیامدهای متعدد روانی-اجتماعی و بهداشتی ناشی از آن در نظر گرفتن برنامه‌های درمانی روان‌شناختی در کنار سایر روشهای درمانی پزشکی و ورزشی بوده است (۱۷). در این راستا یکی از روش‌های مؤثر در کاهش مشکلات

افراد چاق، طرحواره درمانی است (۱۸). از جمله متغیرهای مهم روانشناختی که می‌تواند با چاقی و افزایش وزن در ارتباط باشد، طرحواره‌های ناکارآمد است (۱۹). طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای عمیق و فراگیری هستند که از خاطره، هیجان و شناخت تشکیل شده و در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در بزرگسالی تداوم می‌یابند (۲۰). پژوهش‌ها اثربخشی طرحواره درمانی را در کاهش شاخص توده بدنی و رفتارهای غذایی ناکارآمد؛ پرخوری و دفعات استفراغ افراد مبتلا به چاقی نشان داده است (۱۹). سیمپسون و همکاران نشان داد که طرحواره درمانی منجر به تغییر در شدت اختلال خوردن در افراد چاق مبتلا به اختلال خوردن می‌شود (۲۱). با این حال، در کاربست درمان‌های شناختی و رفتاری و طرحواره درمانی در اختلال پرخوری، نتایج ضدونقیضی در مورد اثربخشی آن در پژوهش‌های مختلف به چشم می‌خورد (۲۲، ۲۳). لذا لزوم بکارگیری درمان‌های عمیق‌تری مطرح می‌شود (۲۴).

طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار نوعی از طرحواره درمانی است که تمرکز بیشتری روی فنون هیجانی دارد و عمیق‌تر از طرحواره درمانی سنتی است. این روش به جای طرحواره‌ها روی ذهنیت‌ها تمرکز دارد. ذهنیت‌ها حالات هیجانی‌ای هستند که طی رابطه‌ی فرد با مراقبان اصلی شکل گرفته‌اند که گاهی این ذهنیت‌ها مربوط به کودک هستند و گاهی نیز والدین او را تداعی می‌کنند. فرد بین ذهنیت‌ها (یا به قولی نقش‌ها) جابجا می‌شود. چهار ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، کودک خشمگین، کودک تکانشی (بی‌انضباط) و کودک شاد و دو ذهنیت والد پرتوقع و والد تنبیه‌گر و همچنین یک ذهنیت بالغ سالم شناخته شده است. علاوه بر این ذهنیت‌ها، سبک‌های مقابله‌ای خاصی وجود دارد که استفاده افراطی از هر کدام کارکردی ناسازگارانه و اختلال‌زا خواهد داشت. این راهبردهای مقابله‌ای عبارتند از تسلیم‌شونده، اجتناب‌گرو

جبران‌کننده افراطی. هدف طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار به ترتیب، ایجاد امنیت برای ذهنیت‌های کودک، تجربه‌ی احساسات آن، خنثی کردن ذهنیت‌های والد پرتوقع و تنبیه‌گر و تقویت ذهنیت بالغ سالم برای در دست گرفتن کنترل زندگی فرد است تا از او بتواند از کودک شاد درون خود مراقبت کند (۲۵).

پژوهش‌های اخیر ارتباطاتی را بین ذهنیت‌های طرحواره‌ای و پرخوری هیجانی افراد چاق کشف کرده‌اند. تحقیقات نشان داده‌است که افراد چاق و دارای اضافه وزن، علاوه بر طرحواره‌های خود-کنترلی ناکافی، رهاشدگی، وابستگی و اطاعت نسبت به افراد عادی (۲۶)، ذهنیت‌های طرحواره‌ای کودک آسیب‌پذیر تکانشی و محافظ‌کننده نیز بیشتر در میان آنها به چشم می‌خورد. از جمله سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، سبک هیجانی - اجتناب است که افراد چاق در مواجهه با مسائل خود از این سبک استفاده می‌کنند وقتی ذهنیت‌های کودک تکانشگر و کودک آسیب‌پذیر در افراد چاق فعال می‌شود در مواجهه با مسائل پیش رو با بکارگیری سبک مقابله‌ای هیجانی - اجتناب از بروز طرحواره پیشگیری می‌کنند. در واقع پرخوری و خوردن هیجانی نشانه‌ای است از وجود راهبرد مقابله‌ای اجتناب‌گر خود-آرام‌کن و نیز خود-کنترلی ناکافی و کمبود ظرفیت تحمل ناکامی نشانه‌ی وجود ذهنیت کودک تکانشگر است (۱۹).

با در نظر گرفتن شیوع قابل توجه چاقی در کشور و بالاخص در بانوان و اثرات زیان‌بار آن روی سلامت جسمی و روانی و همین‌طور ارتباط تنگاتنگ آن با خوردن هیجانی و نیز رابطه‌ی تبیین‌شده‌ی خوردن هیجانی با ذهنیت‌های طرحواره‌ای، ضرورت ایجاد می‌شود که تأثیر طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر روی خوردن هیجانی و پرخوری این گروه از جامعه بررسی شود.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون-گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان چاق با اختلال پرخوری دارای پرخوری هیجانی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. از بین این افراد تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاکهای ورود و خروج انتخاب شدند؛ و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت‌اند از: داشتن حداقل مدرک سوم راهنمایی، جنسیت زن، چاقی، دریافت تشخیص اختلال پرخوری، پرخوری هیجانی، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال، تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و ملاک‌های خروج از پژوهش حاضر عبارت‌اند از: غیبت بیش از دو جلسه در برنامه آموزشی و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. داده‌های موردنیاز با استفاده از مقیاس خوردن هیجانی و شاخص توده بدنی گردآوری شد:

مقیاس خوردن هیجانی (EES): توسط آرنو و همکاران (۲۷) به منظور بررسی اقدام به غذا خوردن در مقابل تجارب هیجانی منفی ساخته شده است. یک مقیاس خودگزارش دهی ۲۵ موردی است که شدت رابطه بین خلق منفی و اختلالات خوردن را می‌سنجد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد (کاهش شدید میل به خوردن = ۱ تا افزایش شدید میل

به خوردن = ۵). پرسشنامه از سه خرده مقیاس تشکیل شده است؛ افسردگی، (گویه‌های ۲۱ تا ۲۵؛ دامنه نمرات ۵ تا ۲۵)، اضطراب (گویه‌های ۱۲ تا ۲۰؛ دامنه نمرات ۹ تا ۴۵) و خشم (گویه‌های ۱ تا ۱۱؛ نمرات ۱۱ تا ۵۵). نمرات بالاتر بیانگر خوردن هیجانی بیشتر است. سازندگان روایی همگرایی سه خرده مقیاس را با مقیاس پرخوری گورمالی بین ۰/۴۶ تا ۰/۶۵ گزارش داده‌اند که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. همچنین پایایی مقیاس را به روش آزمون-بازآزمون به فاصله دو هفته ۰/۷۹ گزارش کردند. که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط علی‌پور (۲۸) مورد بررسی قرار گرفته است. این نویسندگان ضمن تایید روایی صوری پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ را برای خرده مقیاس‌ها گزارش داده‌اند.

شاخص توده بدنی (BMI): این شاخص از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) به دست می‌آید (۲۹). جهت تعیین وزن از ترازوی دیجیتالی با دقت ۵۰ گرم ساخته شده توسط شرکت توزین توان‌سنجش و برای تعیین قد از دستگاه قد سنج مدل SECA ساخت کشور آلمان با دقت یک میلی‌متر استفاده شد.

شرح مداخله: آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۲۰ جلسه یک ساعته، تحت مداخله طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار قرار گرفتند که برنامه جلسات آن به شرح زیر است (۲۵):

جدول ۱. برنامه جلسات طرحواره درمانی ذهنیت مدار

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱-۲	ایجاد رابطه درمانی و آموزش رویکرد طرحواره محور	-همدلی و پذیرش جهت تسهیل پیوند بازوالدینی بیمار -آموزش درمان طرحواره محور	ارائه پرسشنامه چندوجهی سرگذشت زندگی به بیمار
۳-۴	شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه	تعیین و شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه مرتبط با مشکلات فعلی	ارائه پرسشنامه‌های طرحواره و سبک فرزندپروری
۵-۶	ارزیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای	-وارسی پرسشنامه‌ها به همراه بیمار، بحث و تبادل نظر در مورد آنها -تکنیکهای تجربی برای آشنایی با ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها	ارائه پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت به بیمار
۷-۸	مفهوم سازی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت	شناسایی و نامگذاری ذهنیت‌ها، ردیابی مستمر آنها	تکمیل و واری پرسشنامه ذهنیت به همراه بیمار
۹-۱۰	آگاه کرد بیمار از رنج هیجانی و ارزیابی پیامدهای منفی فاصله‌گیری هیجانی	استفاده از شکایت‌های فعلی به عنوان اهرم برای ادامه درمان	نوشتن پیامدهای فاصله‌گیری هیجانی و مرور آنها
۱۱-۱۲	آشناسازی بیمار با ذهنیت "کودک آسیب‌پذیر" و کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها	-بکارگیری تکنیک تصویرسازی ذهنی -پیوند درمانگر با ذهنیت "کودک آسیب‌پذیر"	
۱۳-۱۴	ارتباط با ذهنیت "کودک تکانشی"	بکارگیری تکنیک بازوالدینی حدو مرزدار به صورت مستمر در برابر طرحواره خود-کنترلی ناکافی	
۱۵-۱۶	آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها	استفاده از تکنیکهای شناختی جهت بی‌اعتبارسازی ذهنیت والد تنبیه‌گر	
۱۷-۱۸	رویاروسازی بیمار با سبک مقابله‌ای محافظ بی‌تفاوت	کارگیری محتاطانه تکنیک رویاروسازی همدلانه در مقابل سبک مقابله‌ای محافظ بی‌تفاوت در قبال احساسات	
۱۹-۲۰	کمک به مراجع برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط واقعی و پیشگیری از عود	-ترغیب آزمودنی‌ها در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار	تمرین رفتار مقابله‌ای و تهیه لیست مهارت‌ها و دستاوردهای درمانی

روش آماری

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از تحلیل‌های توصیفی و تحلیل‌های استنباطی پارامتریک مانند آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره MANCOVA و آزمون تعقیبی بون‌فرونی انجام شد.

نتایج

در این پژوهش شرکت‌کنندگان با وضعیت تحصیلی دیپلم دارای بیشترین فراوانی (۴۰ درصد) و وضعیت تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر دارای کمترین فراوانی (۳/۳ درصد)

است. همچنین وضعیت شغلی خانه‌دار بیشترین فراوانی (۴۳/۳ درصد) و وضعیت شغلی شغل آزاد (۳) و کارمند (۱۰) کمترین درصد فراوانی را به خود اختصاص داده است. سن اکثر آزمودنی‌ها (۵۴ درصد) در بازه‌ی بین ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشت. همچنین جدول ۲ میانگین و انحراف معیار خوردن هیجانی و شاخص توده‌ی بدن گروه‌های طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و کنترل را قبل و بعد از اجرای مداخله نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار گروه‌ها

متغیر وابسته	خوردن هیجانی		شاخص توده‌ی بدن	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
متغیر مستقل	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه طرحواره درمانی	۴۶	۸	۳۵	۲۷
گروه کنترل	۴۴	۸	۳۷	۳۶

برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر خوردن هیجانی و شاخص توده‌ی بدن زنان چاق دارای اختلال پرخوری، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. به این منظور مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره شناسایی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون شاپیرو-ویلک، پیش فرض عدم وجود

تفاوت معنی‌دار در پیش‌آزمون دو گروه با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه، بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرها با استفاده از نمودار پراکنندگی، فرض همگنی ماتریس کوواریانس با استفاده از آزمون ام-باکس و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین انجام و تأیید شد.

جدول ۳. نتایج آزمون کوواریانس چند متغیره

اثر	آزمونها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	sig	مجذور اتا
گروه	اثر پیلای	۰/۷۸	۲۲/۴۱	۱	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	لامبدای ویلکز	۰/۲۱	۲۲/۴۱	۱	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	اثر هتلینگ	۳/۷۳	۲۲/۴۱	۱	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	بزرگترین ریشه روی	۳/۷۳	۲۲/۴۱	۱	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد سطح معنی‌داری آماره‌ی مرتبط، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره یعنی لامبدای ویلکز، معنادار است ($p < 0.05$). بنابراین بین متغیرهای مستقل در ترکیب دو

متغیر وابسته خوردن هیجانی و شاخص توده‌ی بدن تفاوتی معنادار وجود دارد. به منظور بررسی این مسئله که در کدام متغیرها تفاوت

ناسازگار و ذهنیت‌های بیمارگون شکل‌گرفته در کودکی، این روش فرصتی را برای ارتقاء راهبردهای خود-تنظیمی، بالانخص تنظیم هیجانی فراهم می‌کند (۳۱). همان‌طوری که پیش‌تر گفته شد، افراد دارای پرخوری هیجانی از این رفتار برای فاصله‌گرفتن از هیجان‌ات دردناک و آرام کردن خود استفاده می‌کنند. در جواب این سوال که چرا چنین رفتاری وجود دارد باید از مفهوم تغذیه‌ی ابزاری نام برد. وقتی والدین برای پاداش دادن به کودکان خود بابت رفتارهای شایسته‌شان منحصرأ از غذا و خوراکی استفاده کنند و برای تنبیه کردنشان آنها را از خوراکی‌های مورد علاقه‌شان محروم کنند، اصطلاح تغذیه‌ی ابزاری مطرح می‌شود که نقش بسزایی در خوردن هیجانی و پرخوری دارد (۳۲). تحقیقات نشان داده است، دانشجویانی که تجربه‌ی تغذیه‌ی ابزاری در کودکی را گزارش کرده‌اند، نسبت به کسانی که چنین تجربه‌ای نداشته‌اند، شاخص توده‌ی بدنی و خوردن هیجانی بیشتری دارند (۳۳).

کاری که طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار برای این افراد می‌کند این است که نخست آنها را با این سبک‌های رفتاری ناسالم آشنا می‌کند. در این مرحله آنها از بیرون به زندگی خود نگاه می‌کنند و می‌بینند که با زندگی خود و با بدن خود چکار می‌کنند. در گام بعدی آنها با احساسات و نیازهای کودک درون خود ارتباط می‌گیرند، چیزی که تا الآن متوجه آن نبودند و از آن اجتناب می‌کردند و انواع احساسات ذهنیت‌مدار خود را تجربه می‌کنند (۳۴). کودک درون افراد دارای پرخوری هیجانی آسیب دیده و همین‌طور بی‌قید و بند است. و در مقابل والدی تنبیه‌کننده دارد. قبل از اینکه ذهنیت‌بالغ او بتواند کنترل زندگی را به دست بگیرد، باید اثر والد تنبیه‌گر را شناخت و آن را کنترل کرد. در اینجا مفهوم بازوالدگری حد و مرزدار مطرح می‌شود. به معنای اینکه چون فرد تا به حال والدگری سالمی را تجربه نکرده است و نتوانسته است چنین تجربه‌ای درونی‌سازی کند، درمانگر باید به او کمک کند تا بتواند خودش برای نیازهای هیجانی خودش والدگری کند (۳۵). در نتیجه‌ی این کار، فرد به جای فاصله‌گرفتن از احساسات و رفتار خود-مخرب خوردن هیجانی، به احساساتش توجه می‌کند، روی آنها تسلط پیدا می‌کند و نیاز

معنادار است و این تفاوت در چه جهتی قرار دارد، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی

متغیر	مقایسه گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معناداری
خوردن هیجانی	طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار - کنترل	-۱۵/۵۲	۳/۹۰
شاخص توده‌ی بدنی	طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار - کنترل	-۴/۷۸	۶/۶۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که طبق آزمون تعقیبی بن‌فرونی در متغیر خوردن هیجانی میانگین گروه دریافت‌کننده برنامه طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار از میانگین گروه کنترل به‌طور معناداری کوچکتر است. همچنین شاخص توده‌ی بدنی در گروه طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری کوچکتر است. پس طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار هم بر خوردن هیجانی و هم بر شاخص توده‌ی بدنی زنان چاق دارای اختلال پرخوری تأثیر معناداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر خوردن هیجانی و شاخص توده‌ی بدنی زنان چاق دارای اختلال پرخوری انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار بر خوردن هیجانی زنان چاق دارای اختلال پرخوری اثربخش است. این یافته با نتایج تحقیقات باسیل و همکاران (۱۹)، نجار کاخکی و همکاران (۳۰) و سیمپسون و همکاران (۲۱) همسویی دارد. در طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار هدف این است که ابتدا طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ذهنیت‌های مخرب و تجربیات ابتدایی که اختلال در نتیجه آنها ایجاد شده است شناسایی شوند و سپس با تغییر در این طرحواره‌ها سائق فرد به رفتارهای مربوط به خوردن کاهش یابد. با تغییر سبک‌های مقابله‌ای

واقعی کودک درون را بدون به خطر انداختن او (کودک تکانشگر) ارضا می‌کند.

دیگر یافته‌ی این پژوهش این بود که طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار به‌طور معناداری بر شاخص توده‌ی بدن اثر کاهشی دارد. این یافته هم با پژوهش‌های کراسکائیان و جمهری (۳۶)، بهادری و همکاران (۳۷) و باسیل و همکاران (۱۹) همسو است. طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار به طرق مختلفی می‌تواند شاخص توده‌ی بدن فرد را تحت تأثیر قرار دهد که بارزترین آنها از طریق اعمال اثر روی خوردن هیجانی است (۱۹). همان‌طور که گفته شد اکثر افراد چاق از خوردن هیجانی رنج می‌برند (۱۱). لذا کاهش خوردن هیجانی را می‌توان به عنوان مکانیزم مهمی برای کاهش وزن و بهبود توده‌ی بدن در نظر گرفت. علاوه بر این، طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار از طریق تقویت ذهنیت بالغ سالم می‌تواند بر وزن و شاخص توده‌ی بدن افراد تأثیر‌گذار باشد. ذهنیت بالغ سالم از ابعاد مختلف سلامت ذهنی و روانی فرد محافظت می‌کند. ابعاد مهم سلامت جسمی که تغذیه‌ی سالم، ورزش و تناسب اندام هستند، با تغییر از ذهنیت کودک بی‌انضباط و اجتناب‌گر بی‌تفاوت به ذهنیت بالغ سالم و با تسلط ذهنیت بالغ سالم روی زندگی فرد

مراجعه، به‌طور ویژه‌ای برای وی مورد توجه قرار می‌گیرند (۳۸). در نتیجه اهمیت دادن به تغذیه‌ی سالم، ورزش و تناسب اندام نیز می‌تواند توجه‌کننده‌ی تغییر مثبت در شاخص توده‌ی بدن افراد باشد. از محدودیت‌های این پژوهش این است که به‌صورت مقطعی انجام گرفت و نیاز به انجام پژوهش‌های طولی جهت بررسی عوامل مؤثر بر خوردن هیجانی و شاخص توده‌ی بدن است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی مرحله پیگیری در نظر گرفته شود. با این تفصیلات این نتیجه استنباط شد که به‌منظور کمک به مشکل اضافه وزن و خوردن هیجانی زنان چاق دارای اختلال پرخوری، بکارگیری از طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار می‌تواند مثرتر باشد.

تشکر و قدردانی

نویسنده از تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

References

1. Kyrou I, Randeve HS, Tsigos C, Kaltsas G, Weickert MO. Clinical problems caused by obesity. 2015.
2. Pourjaberi B, DashtBozorgi Z. The effectiveness of schema therapy on eating disorder and rumination of obese adolescent girls. *Community Health Journal*. ۱۰-۱: (۱)۳; ۲۰۱۹.
3. Ashrafi S, Bahreinian A, Hajjalizadeh K, Delavar A. The effect of of Acceptance Commitment Therapy On the Body Dysmorphic Disorder and Weight in Overweight Women. *Women and Family Studies*. 2022;15(55):69-83.
4. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature medicine*. 2020;26(4):485-97.
5. Najafi F, Pasdar Y, Hamzeh B, Rezaei S, Nazar MM, Soofi M. Measuring and decomposing socioeconomic inequalities in adult obesity in Western Iran. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2018;51(6):289.
6. Saloumi C, Plourde H. Differences in psychological correlates of excess weight between adolescents and young adults in Canada. *Psychology, Health & Medicine*. 2010;15(3):314-25.
7. Pak Andish S, Kraskian A, Jamhari F. Determining the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Regulating Emotion and Mental Health of Obese Women. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2021;16(2):59-68.
8. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association* Washington, DC; 2013.
9. Rommel D, Nandrino J-L, Ducro C, Andrieux S, Delecourt F, Antoine P. Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. *Appetite*. 2012;59(1):21-6.
10. Robinson A, Safer DL, Austin JL, Etkin A. Does implicit emotion regulation in binge eating disorder matter?

- Eating behaviors. 201. ۹۱-۱۸: ۱۸۶; ۵
11. Ling J, Zahry NR. Relationships among perceived stress, emotional eating, and dietary intake in college students: Eating self-regulation as a mediator. *Appetite*. 2021;163:105215.
 12. Van Strien T, Frijters JE, Bergers GP, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International journal of eating disorders*. 1986;5(2):295-315.
 13. Erdem E, Efe YS, Özbey H. A predictor of emotional eating in adolescents: Social anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2023;43:71-5.
 14. Ganley RM. Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of eating disorders*. 1989;8(3):343-61.
 15. Upadhyay J, Farr O, Perakakis N, Ghaly W, Mantzoros C .Obesity as a disease. *Medical Clinics*. 2018;102(1):13-33.
 16. Deroost N, Cserjési R. Attentional avoidance of emotional information in emotional eating. *Psychiatry research*. 2018;269:172-7.
 17. Khasho D, Van Alphen S, Heijnen-Kohl S, Ouwens M, Arntz A, Videler A. The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary clinical trials communications*. 2019;14:100330.
 18. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*. 2015;39:30-41.
 19. Basile B, Tenore K, Mancini F. Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*. 2019;5.(۹)
 20. Nenadić I, Lamberth S, Reiss N. Group schema therapy for personality disorders: a pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry research*. 2017;253:9-12.
 21. Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M, Reid C. Group schema therapy for eating disorders :a pilot study. *Frontiers in psychology*. 2010;1:182.
 22. Burton AL, Abbott MJ. Conceptualising binge eating: a review of the theoretical and empirical literature. *Behaviour Change*. 2017;34(3):168-98.
 23. Tahery Moghadam N, Taghizadeh ME, Kakojoibary AA ,Alaghmand A. The Effect of Schema Therapy on the Reduction of Automatic Negative Thought and the Increase of Self-esteem in Women with Depression. 2014.
 24. Joshua PR, Lewis V, Kelty SF, Boer DP. Is schema therapy effective for adults with eating disorders? A systematic review into the evidence. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2023;52(3):213-31.
 25. Arntz A, Jacob G. *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*: John Wiley & Sons; 2017.
 26. Imperatori C, Innamorati M, Lester D, Continisio M, Balsamo M, Saggino A, Fabbriatore M. The association between food addiction and early maladaptive schemas in overweight and obese women: A preliminary investigation. *Nutrients*. 2017;9(11):1259.
 27. Arnow B, Kenardy J, Agras WS. The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International journal of eating disorders*. 1995;18(1):79-90.
 28. Alipour A. Effectiveness of decreasing emotional eating on weight management, emotional eating and happiness of women with obesity: MA thesis. University of Payamenoor (Central branch).(Persian); 2011.
 29. Kannan DM, Tharanitharan K, Sreeba A, Nandhini Y, Pavithrakumar T, Akila MT. Mechanised Body Mass Index (BMI) Calculator Using PIC 16F877A. *International Journal for Research & Development in Technology (IJRDT)*. 2017;7(3):734-6.
 30. Najjar Kakhki I, Kalthornia Golkar M, Nezhad Mohamad Nameghi A, Valizadeh M. Comparison of effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy on emotion regulation difficulty and body mass index in obese people with emotional eating. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2023;10(1):75-89.
 31. Rasouli Saravi S, Hassani F, Keshavarzi Arshadi F, Farzad V, Sepahmansour M. Effectiveness of group schema therapy on eating attitude and self-regulation in overweight adolescent females with binge eating disorder. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*. 2020;7(1):20-8.

32. Rodgers RF, Paxton SJ, Massey R, Campbell KJ, Wertheim EH, Skouteris H, Gibbons K. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2013;10:1-10.
33. Puhl RM, Schwartz MB. If you are good you can have a cookie: How memories of childhood food rules link to adult eating behaviors. *Eating behaviors*. 2003;4(3):283-93.
34. Rafaeli E, Maurer O, Thoma NC. Working with modes in schema therapy. Working with emotion in cognitive behavioral therapy: Techniques for clinical practice. 2014:263-87.
35. Gülüm İV, Soygüt G. Limited reparenting as a corrective emotional experience in schema therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*. 2022;32(2):263-76.
36. Kraskian A, Jamhari F. The Effectiveness of Schema Therapy in Emotional Regulation and Band on Body Mass Index of obese Women. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2023;9(3):10-9.
37. Bahadori A, Golkar MK, Pashang S. The effectiveness of schema therapy intervention in weight, body image and self-esteem of obese people: a randomized controlled trial. *Hormozgan Medical Journal*. 2022;26(2):82-7.
38. Moradhaseli M, Shams Esfandabad H, Kakavand A. A comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on the self-efficacy and lifestyle related to weight loss. *Journal of Research in Psychological Health*. 2016;9(4):74-89.

Original Article

Effectiveness of schema therapy mode model on emotional eating and BMI of obese women binge eating disorder

Received: 12/01/2024 - Accepted: 25/05/2024

Maryam Motiee Amin¹
Saba Kharghani^{2*}
Mona Khalednejad³
Parya Sadat Sayadi⁴
Mohammad Reza Hajrezaei⁵

1 Master's degree, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

2 M.A of General Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran. Iran. (Corresponding Author)

3 Ph.D of Health Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj. Iran.

4 M.A of General Psychology, Department of Psychology, University of culture and art, Yazd. Iran.

5 Master's degree, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

Email: kharghanisaba@gmail.com

Abstract

Introduction: Emotional problems and its following stress can be a starter for binge eating and binge eating is considered as a maladaptive emotion regulation mechanism in overweight or obese people. The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of schema therapy mode model on emotional eating and BMI of obese women with binge eating disorder.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the study included all the obese women with binge eating who referred to counseling clinics in Tehran's district 2 in 1402. Among these people, 30 people were selected by available sampling and according to the entry and exit criteria; And they were randomly placed in the experimental group and the control group (15 people in each group). The participants completed the Emotional Eating Scale (EES) and the Body Mass Index (BMI) in the pre-test and post-test stages. The experimental group received the Psychotherapy sessions based on Schema therapy mode model in 20 sessions of 60 minutes. Data analysis was done using SPSS-24 software and multivariate analysis of covariance test in compliance with statistical assumptions.

Results: The results of the multivariate covariance test showed that there is a significant difference between the schema therapy mode model group and the control group in a combination of variables of emotional eating and body mass index ($F=41.22$ and $P<0.5$). Also, the results of Bonferoni's post hoc test showed that the average of the group receiving the schema therapy mode model program is significantly less than the average of the control group in both the variable of emotional eating and the variable of body mass index ($P<0/05$).

Conclusion: According to the results of the research, it can be said that the Schema therapy mode model can be an effective treatment for overweightness and emotional eating of obese women with binge eating disorder.

Keywords: Schema therapy mode model, Emotional eating, BMI, binge eating disorder.