

مقاله اصلی

اثر بخشی درمان متمرکز بر عواطف بر خودپنداره بدنی، رفتارهای واری بدن و آشفتگی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۷

خلاصه

مقدمه: هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر عواطف بر خودپنداره بدنی، رفتارهای واری بدن و آشفتگی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بود.

روش کار: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه برای هر گروه به تعداد ۱۵ نفر جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه استاندارد شده خودپنداره بدنی مارش و همکاران (۲۰۱۰)، پرسشنامه واری بدن (BCQ) و پرسشنامه تحمل آشفتگی (DTS) بود. جلسات درمانی متمرکز بر عواطف شامل ۸ جلسه درمانی بود که در طی ۴ هفته، هفته‌ای دو روز و هر جلسه ۶۰ دقیقه براساس طرح درمانی گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲) اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره بهره‌برده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که نمرات متغیرهای خودپنداره بدنی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه افزایش و نمرات رفتارهای واری بدن و آشفتگی در آنان کاهش داشته است ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که ارتقای نمرات خودپنداره بدنی و کاهش نمرات در متغیرهای رفتارهای واری بدن و آشفتگی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش حاکی از اثرات مثبت رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف بوده است.

کلمات کلیدی: درمان متمرکز بر عواطف، خودپنداره بدنی، رفتارهای واری بدن، آشفتگی، بی‌اشتهایی عصبی

فاطمه حاجی‌آقایی^۱

حسین خدمت‌گزار^{۲*}

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد

گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد

اسلامی، گرمسار، ایران (نویسنده مسئول)

Email: khedmatgozar@yahoo.com

مقدمه

اختلالات خوردن از پیامدهای اختلالات رفتاری به حساب می‌آید که عوارض بسیاری دارد و به سه شکل بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و شکل بینابینی وجود دارد (۱). این اختلالات شامل طیف وسیعی از بیماری‌های همراه با افزایش وزن و یا کاهش وزن هستند و یکی از انواع اختلالات شایع روانی به شمار می‌روند (۲). بی‌اشتهایی عصبی یکی از انواع مهم اختلالات خوردن است که باعث بروز سطوح اضطراب و افسردگی و کاهش بهداشت روانی میشود (۳-۵). معیارهای تشخیصی این اختلال براساس پنجمین ویرایش آماری و تشخیصی اختلالات روانی (۲۰۱۳) شامل خودداری از حفظ وزن طبیعی متناسب با سن و قد، وحشت از افزایش وزن وقتی که وزن پایین‌تر از حد طبیعی باشد، اختلال در تصویر تن در ارزیابی فرد از خود یا انکار وخامت وزن پایین فعلی می‌باشد. در طی ابتلا به بی‌اشتهایی عصبی، عوامل متعددی دخیل هستند و همچنین به عنوان پیامد این اختلال مطرح می‌باشند. یکی از این عوامل، مباحث مربوط به بدن، تناسب بدنی و خودپنداره بدنی است (۶). خودپنداره شامل نگرش‌ها، احساسات و دانش فرد درباره توانایی، مهارت و قابلیت پذیرش اجتماعی اوست. خودپنداره تمامی ابعاد شناختی، ادراکی، عاطفی و رویه‌های ارزیابی را دربرمی‌گیرد و بر اساس قضاوت‌های قبلی، ادراکات و بازخوردهای دیگران و افراد مهم در زندگی انسان شکل می‌گیرد و شامل مفهوم و ادراک فرد از توانایی خودش می‌باشد (۷). خودپنداره بدنی نقش تعیین‌کننده‌ای در تکامل شناختی و هیجانی افراد دارد و یکی از مهمترین ابعاد روانی فرد است که تحت تاثیر ویژگی‌های بدنی قرار دارد و در فرایند خودپنداره موثر است. خودپنداره بدنی مجموعه ویژگی‌هایی است که فرد برای توصیف سیستم بدنی خودش به کار می‌برد و یکی از مسائل بااهمیت رشد اجتماعی افراد است که به تدریج از طریق تجارب اجتماعی و ارتباط با دیگر افراد جامعه بدست می‌آید (۸). مارش و همکاران (۹) خودپنداره بدنی را ارزیابی مثبت و منفی از بدن خود و نحوه احساس در مورد خود عنوان کردند. خودپنداره بدنی بازنمایی درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد

جسمانی و ادراکی و نگرش نسبت به آن‌ها را در بر می‌گیرد و ابعاد اصلی این نگرش‌ها شامل مولفه‌های ارزیابی ظاهری و اهمیت ظاهر ایده آل درون‌سازی شده و عواطف است (۱۰). بنابراین، از آنجا که ظاهر بدنی بخش مهمی از هویت فرد به حساب می‌آید، در موقعیت‌های اجتماعی بلافاصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود و اهمیت این سازه شخصیتی بسیار بارز است (۱۱). از طرف دیگر، رفتارهای واریسی بدن در طی اختلال بی‌اشتهایی عصبی به میزان بالایی مشاهده می‌شود. رفتارهای واریسی بدن باعث تمرکز فرد بر تصویر بدنی منفی و خود ادراکی منفی می‌شود. رفتارهای واریسی بدن در ظاهر رفتارهای بی‌خطری هستند، اما در بلندمدت تقویت شده و شخص به این رفتارها برای کسب اطمینان مجدد درباره وزن و شکل بدن وابسته می‌شود (۱۲). رفتارهای واریسی بدن، نظیر موشکافی نقص خود جلو آینه، آرایش کردن، مقایسه ظاهر خود با دیگران و پرسیدن از دیگران برای اطمینان‌یابی است که همانند رفتارهای وسواسی، مقاومت در برابر این رفتارها دشوار است و در برخی موارد، واریسی بدنی ممکن است روزانه چند ساعت وقت بیمار را بگیرد (۱۳). رفتارهای واریسی بدن در زمینه تناسب اندام افراد شامل رفتارهایی چون استفاده مکرر از ترازو برای کنترل وزن، استفاده بیش از حد از متر برای اندازه‌گیری ابعاد اعضای بدن، شمردن دقیق کالری‌های دریافتی از مواد غذایی و غیره است و شواهدی نیز نشان دهنده این نکته است که تصویر ذهنی و رفتارهای واریسی بدن، یکی از اجزاء مهم آسیب‌شناسی اختلالات خوردن محسوب می‌شوند (۱۴). توجه به رفتارهای واریسی بدن در اختلال‌های خوردن به این دلیل اهمیت دارد که اختلال خوردن به نوعی اختلال در نحوه غذا خوردن است که فرد از حالت طبیعی خارج شده است؛ مثلاً فرد از خوردن غذای کافی امتناع می‌کند یا بیش از اندازه غذا می‌خورد و یا ترکیبی از این اختلالات را دارد. این اختلالات شامل افکار و رفتارهای کنترل‌نشده‌ای هستند که الگوهای بیمارگونه غذا خوردن را القا می‌کنند و افرادی که به این نوع اختلال دچار هستند، تصوری غیرواقعی و تحریف‌شده از بدن خون دارند (۱۵). از سوی دیگر،

دارد، می شود، دو فرایند مهم و اساسی در کمک به خلق معنای جدید در درمان پردازشی تجربه ای شامل نمادسازی و تأمل می باشد. در این درمان فرض بر این است که وضعیت روانی و بین شخصی که افراد در تعاملات خود دارند، به واسطه تجربیات هیجانی فردی سازماندهی می شود. درمان متمرکز بر عواطف بر فرآیندهای طرحواره های هیجانی که زمینه ساز تعیین کننده های میان فردی و شناختی- رفتاری است، تمرکز دارد و پردازش عاطفی را به عنوان هدف بنیادین درمان خود می بیند (۲۳). در درمان های متمرکز بر عواطف به افراد کمک می شود تا به صورت بهتری هیجانانشان را شناسایی، تجربه، کشف، تغییر و مدیریت کنند؛ چراکه هیجان ها در بر دارنده پتانسیل درونی انطباقی می باشند و چنانچه فعال شوند قادرند به مراجعین کمک نمایند تا وضعیت هیجانی مسئله مدارشان را تغییر دهند (۲۴). بنابراین، انتظار می رود که درمان متمرکز بر عواطف بتواند از طریق آگاه کردن افراد و گفتگو درباره خواسته ها، نیازها، انتظارات و در پیش گرفتن منطقی واقع بینانه و همچنین پردازش مجدد و بازسازی هیجانات و استفاده از روش هایی جهت خلق معانی تازه در رابطه درمانی برای صدور احساسات تازه، مؤثر واقع شود. براین اساس، پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان متمرکز بر عواطف بر خودپنداره بدنی، رفتارهای واریسی بدن و آشفتگی بیماران مبتلا به بی اشتهاهی عصبی اثربخش معناداری دارد یا خیر.

روش کار

طرح این تحقیق نیمه آزمایشی به همراه گروه های آزمایش و گواه با طرح پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به اختلال بی اشتهاهی عصبی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ که در مراکز درمانی پرونده دارند، تشکیل دادند. در این طرح، از بین اعضای جامعه آماری که شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال بی اشتهاهی عصبی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ می باشند و در مراکز درمانی پرونده دارند، نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به تعداد ۳۰ نفر انتخاب خواهند شد و به صورت

بروز اختلال بی اشتهاهی عصبی باعث افزایش قابل توجه آشفتگی در مبتلایان می شود. آشفتگی روان شناختی یک حالت ذهنی ناخوشایند با نشانه هایی چون استرس، اضطراب و افسردگی است که منجر به پایین آمدن سلامت روان شده و بر سطح کارکرد افراد تأثیر منفی می گذارد (۱۶) و با تنظیم هیجانی ضعیف مرتبط است (۱۷). آشفتگی روان شناختی منجر به افت کیفیت زندگی می شود و به دلیل اثرات منفی آن بر سلامت و عملکرد فردی، به عنوان اولویت بهداشت عمومی در نظر گرفته می شود (۱۸). در طرف مقابل، تحمل آشفتگی به توانایی تجربه و تحمل موقعیت های روان شناختی منفی اطلاق می گردد و نقش تحمل آشفتگی به عنوان عاملی مخالف برای استرس های درونی (مانند هیجانات منفی، احساسات ناخوشایند جسمانی) در انواع مختلف آسیب های روانی است، تشریح شده است (۱۹). تحمل آشفتگی به طور فزاینده ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقاء آسیب های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است و بسیاری از این گزارش ها بر مفهوم مجزای تحمل آشفتگی در میان افراد مبتلا و یا در معرض خطر برای اختلالات روانی تمرکز داشته اند (۲۰). رویکردهای درمانی مختلفی برای بیماران مبتلا به بی اشتهاهی عصبی استفاده می شود و یکی از رویکردهای نوظهوری که بر عواطف و هیجانات بیماران تأکید دارد و کارایی آن در مطالعات متعددی تأیید شده است، تحت عنوان درمان متمرکز بر عواطف مطرح است (۲۱).

رویکرد متمرکز بر عواطف، به عنوان یک الگوی نظام مند کوتاه مدت مطرح است که در آن حوزه های درون روانی و بین فردی را با یکدیگر ترکیب می کند و منشأ این رویکرد، روان درمانی انسان گرا و هستی گرا است. در واقع این درمان به عواطف به عنوان مسئله محوری در عملکرد روان شناختی، بدکارکردی و تغییر نگاه می کند (۲۲). این رویکرد فرض می کند که کمک به مراجعین در تغییر روشی که آن ها از هیجانات خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می یابند، منجر به تغییر در طرحواره های هیجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روان شناختی مشکل ساز قرار

گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه برای هر گروه به تعداد ۱۵ نفر جایگزین می‌شوند.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه استاندارد شده خودبنداره بدنی مارش و همکاران (۲۰۱۰):

این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه و عواملی مثل قدرت، استقامت، هماهنگی، سلامتی، انعطاف‌پذیری، عزت نفس، لیاقت بدنی، فعالیت بدنی، ظاهر و چربی بدن را بررسی می‌کند. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر مبنای طیف لیکرت شش نقطه‌ای صورت می‌گیرد که برای گزینه‌های «کاملاً غلط» تا «کاملاً درست» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ در نظر گرفته می‌شود. سازندگان آزمون پایایی آزمون را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۴ گزارش کردند و همچنین در ایران نیز بهرام و همکاران (۱۳۹۱) ویژگی‌های روان سنجی این پرسشنامه را بررسی کردند و میزان پایایی آزمون را براساس ضریب آلفای کرونباخ معادل ۸۹ درصد گزارش کردند.

ب) پرسشنامه وارسی بدن (BCQ):

پرسشنامه وارسی بدن شامل ۲۳ سؤال است که توسط ریس و همکاران (۲۰۰۲) طراحی شد و یک ابزار دارای روایی و پایایی مناسب برای سنجش رفتارهای وارسی بدن است. سه مؤلفه این پرسشنامه شامل مقیاس وارسی ظاهر کلی، مقیاس وارسی قسمت‌های خاص بدن و مقیاس وارسی وابسته به شیوه‌ای خاص هر فرد است. نمره کل آن از مجموع پاسخ‌های همه سؤالات محاسبه می‌شود و حداکثر نمره ۱۱۵ و حداقل نمرات در این آزمون ۲۳ است. پایایی آزمون با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۴ به دست آمده است. نمره کلی این پرسشنامه با پرسشنامه شکل بدن همبستگی مناسبی نیز دارد (۰/۸۶). در ایران، در مطالعه شعاع کاظمی و همکاران (۱۴۰۲) ضریب آلفای کرونباخ ۷۸ درصد بدست آمد.

پ) پرسشنامه تحمل آشفتگی (DTS):

مقیاس تحمل آشفتگی، یک پرسشنامه خودسنجی است که به وسیله سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل

پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان‌های منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی می‌کنند. این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی می‌شود. مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به این ترتیب است: ۱- تحمل (تحمل پریشانی هیجانی): با سؤالات ۱ تا ۳ و ۵ اندازه‌گیری می‌شود. ۲- جذب (جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی): با سؤالات ۲ تا ۴ و ۱۵ اندازه‌گیری می‌شود. ۳- ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی): با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ اندازه‌گیری می‌شود. ۴- تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی): با سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود. گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند و نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالاست. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها ۸۲/۷۲، ۷۸/۰، ۰/۰، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس‌ها ۰/۸۲ برآورد شده است. عزیزی، میرزایی و شمس (۲۰۱۰) نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند.

جلسات درمانی متمرکز بر عواطف شامل ۸ جلسه درمانی است که در طی ۴ هفته، هفته‌ای دو روز و هر جلسه ۶۰ دقیقه براساس طرح درمانی گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲) اجرا شد.

جلسه ۱) اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات مراجعان از درمان
جلسه ۲) تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که مراجعان چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دل‌بستگی مراجعان، آشنایی مراجعان با اصول درمان متمرکز بر عواطف و نقش هیجان‌ها در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری مراجعان

جلسه ۸) تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است و برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن به گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه حل‌ها آسیمی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون.

روش آماری

به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس بهره برده شد. همچنین تحلیل‌های آماری توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، میانگین سنی اعضای گروه آزمایش ۲۴ سال و میانگین سنی اعضای گروه گواه ۲۲ سال بود. نتایج بررسی و تحلیل آزمون لوین نشان داد که در هیچ‌کدام از متغیرهای خودپنداره بدنی، رفتارهای واریانس و آشفستگی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، واریانس دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری با هم ندارند و بنابراین مفروضه تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه توسط آزمون لوین تأیید می‌شود. همچنین باتوجه به نتایج آزمون شاپیرو-ویلک یافته‌ها نشان می‌دهد که مقدار آماره محاسبه شده برای تمامی متغیرهای وابسته شامل خودپنداره بدنی، رفتارهای واریانس بدن و آشفستگی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در مقطع پیش‌آزمون معنی‌دار نیست، لذا فرض نرمال بودن توزیع نمرات داده‌ها پذیرفته می‌شود.

جلسه ۳) شکل دهی دوباره به مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به مراجع، آگاهی دادن به مراجعان در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی

جلسه ۴) ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است. جلب توجه مراجعان به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش

جلسه ۵) آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر مراجع در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات و بیماران و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها

جلسه ۶) آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین مراجعان

جلسه ۷) ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین بیماران و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی

جدول ۱. تحلیل کوواریانس (مانکوا) برای فرضیه اصلی						
آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	Sig	مجذور اتا
اثربندی	۰/۵۵۳	۹/۵۰۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳
لامبدای ویلکز	۰/۴۴۷	۹/۵۰۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳
اثربندی	۱/۲۴۰	۹/۵۰۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳
بزرگترین ریشه‌وری	۱/۲۴۰	۹/۵۰۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳

خودپنداره بدنی، رفتارهای واریانس بدن و آشفستگی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی با توجه به گروه وجود دارد ($\text{sig} = ۰,۰۰۱$)

باتوجه به نتایج بدست آمده از جدول ۱، آزمون تحلیل کوواریانس مانکوا، تفاوت معنی‌داری در ترکیب خطی نمرات

روی یکی از متغیرهای وابسته شامل خودپنداره بدنی، رفتارهای وارسی بدن و آشفتگی معنی دار بوده است. در ادامه، به منظور بررسی الگوهای تفاوت در هر کدام از متغیرهای وابسته از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد.

$F=9,503$ و $\lambda=0,447$ (لامبدای ویلکز). ضرایب مرتبط با مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۵۵/۳ درصد از واریانس متغیرهای وابسته شامل خودپنداره بدنی، رفتارهای وارسی بدن و آشفتگی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی توسط متغیرهای گروه‌بندی (گروه‌های آزمایش و گواه) تعیین می‌شود.

براین اساس، یافته بدست آمده نشان می‌دهد که تغییرات در متغیر مستقل یعنی اجرای رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف حداقل بر

جدول شماره ۲. تحلیل کوواریانس (آنکوا) برای فرضیه اصلی پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب اتا
خودپنداره بدنی	اثر پیش‌آزمون	۵۴۵۸/۷۰۰	۱	۵۴۵۸/۷۰۰	۲۶/۶۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱۶
	اثر درمان	۵۱۰۹/۹۴۰	۱	۵۱۰۹/۹۴۰	۲۴/۹۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰۰
	خطا	۵۱۱۳/۵۷۵	۲۵	۲۰۴/۵۴۳			
	مجموع	۳۲۵۱۴۲	۳۰				
رفتارهای وارسی بدن	اثر پیش‌آزمون	۱۳۷۷/۶۴۵	۱	۱۳۷۷/۶۴۵	۱۱/۶۰۴	۰/۲۰۰	۰/۳۱۷
	اثر درمان	۱۷۸۱/۷۷۱	۱	۱۷۸۱/۷۷۱	۱۵/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵
	خطا	۲۹۶۷/۹۱۹	۲۵	۱۱۸/۷۱۷			
	مجموع	۱۴۴۲۷۶	۳۰				
آشفتگی	اثر پیش‌آزمون	۱۷۵/۴۸۳	۱	۱۷۵/۴۸۳	۱/۴۷۵	۰/۲۳۶	۰/۰۵۶
	اثر درمان	۷۱۵/۸۷۷	۱	۷۱۵/۸۷۷	۶/۰۱۷	۰/۰۲۱	۰/۱۹۴
	خطا	۲۹۷۴/۳۹۱	۲۵	۱۱۸/۹۷۶			
	مجموع	۵۲۹۲۷	۳۰				

بنابراین و باتوجه به نتایج حاصل از تحلیل و بررسی آزمون کوواریانس در فرضیه اصلی، نمرات متغیرهای خودپنداره بدنی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی که در این پژوهش در گروه آزمایش حضور داشتند، در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه افزایش و نمرات رفتارهای وارسی بدن و آشفتگی در آنان کاهش داشته است. ارتقای نمرات خودپنداره بدنی و کاهش نمرات در متغیرهای رفتارهای وارسی بدن و آشفتگی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش حاکی از اثرات مثبت رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف است.

باتوجه به نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا) در جدول شماره ۲، تفاوت معنی‌داری در ترکیب خطی نمرات متغیرهای خودپنداره بدنی، رفتارهای وارسی بدن و آشفتگی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی با توجه به گروه وجود دارد و مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۵۰ درصد از واریانس خودپنداره بدنی، ۳۷/۵ درصد از واریانس رفتارهای وارسی بدن ۱۹/۴ درصد از واریانس و آشفتگی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی توسط متغیرهای گروه‌بندی (افراد گروه‌های آزمایش و گواه) تعیین می‌شود.

جدول شماره ۳. تحلیل کوواریانس (آنکوا) برای بررسی خودپنداره بدنی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	F	Sig	ضریب
		مجذورات	آزادی	مجذورات			اتا
خودپنداره بدنی	اثر پیش‌آزمون	۵۰۰۳/۰۴۶	۱	۵۰۰۳/۰۴۶	۲۴/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷۱
	اثر درمان	۷۲۷۹/۰۹۷	۱	۷۲۷۹/۰۹۷	۳۴/۹۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶۴
	خطا	۵۶۲۳/۶۲۰	۲۷	۲۰۸/۲۸۲			
	مجموع	۳۲۵۱۴۲	۳۰				

باتوجه به یافته‌های بدست آمده از تحلیل و بررسی آزمون کوواریانس (آنکوا) در جدول ۳، رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف بر بهبود خودپنداره بدنی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اثربخشی معناداری داشته است. این یافته بدین معنی است که اجرای جلسات درمانی متمرکز بر عواطف منجر به ارتقای نمرات متغیر خودپنداره بدنی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شده است. به عبارت دیگر، یافته‌ها نشان دهنده آن است

که با حذف اثرات نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر اثر پیش-آزمون، اثر اصلی پروتکل درمانی متمرکز بر عواطف بر پس‌آزمون خودپنداره بدنی معنادار است. از سوی دیگر، ضرایب مربوط به مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف در گروه آزمایش برای بهبود خودپنداره بدنی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی موثر و معنادار بوده است و میزان آن برابر با ۵۶/۴ درصد بوده است. بنابراین، این یافته، فرضیه فرعی اول پژوهش را تأیید کرد.

جدول شماره ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر وابسته	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت	خطای	Sig	ضریب	اطمینان
			میانگین‌ها	استاندارد		پایین‌ترین	بالاترین
خودپنداره بدنی	آزمایش	گواه	-۳۱/۴۷۶*	۵/۳۲۴	۰/۰۰۱	-۴۲/۴۰۰	-۲۰/۵۵۱

باتوجه به نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴، نمرات متغیر خودپنداره بدنی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی که در پژوهش حاضر در گروه آزمایش حضور داشتند،

در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه افزایش داشته است که این افزایش نمرات به علت اثرات مثبت رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف بوده است.

جدول شماره ۵. تحلیل کوواریانس (آنکوا) برای بررسی رفتارهای واری بدن

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب
			آزادی				اتا
رفتارهای واری بدن	اثر پیش‌آزمون	۱۱۰۷/۷۹۷	۱	۱۱۰۷/۷۹۷	۹/۱۲	۰/۰۰۶	۰/۲۵۰
	اثر درمان	۲۱۷۱/۷۳۷	۱	۲۱۷۱/۷۳۷	۱۷/۶۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹۶
	خطا	۳۳۱۹/۱۳۶	۲۷	۱۲۲/۹۳۱			
	مجموع	۱۴۴۲۷۶	۳۰				

پیش‌آزمون، اثر اصلی پروتکل درمانی متمرکز بر عواطف بر پس‌آزمون رفتارهای وارسی بدن معنادار است. از سوی دیگر، ضرایب مربوط به مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف در گروه آزمایش برای کاهش نمرات رفتارهای وارسی بدن در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی موثر و معنادار بوده است و میزان آن برابر با ۳۹/۶ درصد بوده است. بنابراین، این یافته، فرضیه فرعی دوم پژوهش را تأیید کرد.

باتوجه به یافته‌های بدست آمده از تحلیل و بررسی آزمون کوواریانس (آنکوا) در جدول ۵، رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف بر کاهش رفتارهای وارسی بدن در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اثربخشی معناداری داشته است. این یافته بدین معنی است که اجرای جلسات درمانی متمرکز بر عواطف منجر به کاهش نمرات متغیر رفتارهای وارسی بدن در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شده است. به عبارت دیگر، یافته‌ها نشان دهنده آن است که با حذف اثرات نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر اثر

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر وابسته	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig	ضریب ۰/۹۵ اطمینان پایین‌ترین بالاترین
رفتارهای وارسی بدن	گواه	آزمایش	۱۷/۳۵۰*	۴/۱۲۸	۰/۰۰۱	۲۵/۸۱۹ ۸/۸۸۰

در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه کاهش داشته است که این کاهش نمرات به علت اثرات مثبت رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف بوده است.

باتوجه به نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۶، نمرات متغیر رفتارهای وارسی بدن در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی که در پژوهش حاضر در گروه آزمایش حضور داشتند،

جدول شماره ۷: تحلیل کوواریانس (آنکوا) برای بررسی آشفستگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب اتا
آشفستگی	اثر پیش‌آزمون	۲۶۶/۲۷۵	۱	۲۶۶/۲۷۵	۲/۳۶۳	۰/۱۳۶	۰/۰۸۰
	اثر درمان	۷۶۸/۷۴۹	۱	۷۶۸/۷۴۹	۰/۸۲۱	۰/۰۱۵	۰/۲۰۲
	خطا	۳۰۴۳/۰۵۸	۲۷	۱۱۲/۷۰۶			
	مجموع	۵۲۹۲۷	۳۰				

اجرای جلسات درمانی متمرکز بر عواطف منجر به کاهش نمرات متغیر آشفستگی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شده است. به عبارت دیگر، یافته‌ها نشان دهنده آن است که با حذف اثرات نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر اثر پیش‌آزمون، اثر اصلی

باتوجه به یافته‌های بدست آمده از تحلیل و بررسی آزمون کوواریانس (آنکوا) در جدول ۷، رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف بر کاهش آشفستگی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اثربخشی معناداری داشته است. این یافته بدین معنی است که

کاهش نمرات آشفستگی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی موثر و معنادار بوده است و میزان آن برابر با ۲۰/۲ درصد بوده است. بنابراین، این یافته، فرضیه فرعی سوم پژوهش را تأیید کرد.

پروتکل درمانی متمرکز بر عواطف بر پس‌آزمون آشفستگی معنادار است.

از سوی دیگر، ضرایب مربوط به مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف در گروه آزمایش برای

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر وابسته	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت	خطای	Sig	ضریب ۰/۹۵ اطمینان
آشفستگی	آزمایش	گواه	۱۰/۶۱۹*	میانگین‌ها	استاندارد	پایین‌ترین
						بالاترین
						۱۸/۹۶۲
						۲/۲۷۶
						۰/۰۱۵
						۴/۰۶۶

آشفستگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان مهارت-های روانی و ارتباطی رضایت‌بخش‌تر می‌باشد. فقدان توانایی برای تفسیر موقعیت‌های هیجانی ممکن است مشکلاتی را در روابط بین افراد ایجاد کند، بنابراین در این رویکرد با آگاه‌سازی و پرداختن به چرخه منفی و ناکاراند ناشی از ابراز هیجان‌ات اولیه نامناسب، به آنان کمک شد تا بتوانند هیجان‌ات خود را شناخته و به‌درستی آن را ابراز کنند؛ بنابراین افرادی که بیشتر به ابراز هیجان‌ات خود می‌پردازند، از نظر شخصیتی، سازمان‌یافته و از نظر ذهنی متمرکز هستند و ذهنیت‌های منفی در آنان پائین‌تر است. مسأله اصلی درمان متمرکز بر عواطف، این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازماندهی خود می‌باشد و اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهبود ذهنیت فرد در مورد خودش و دیگران می‌شود. درمان متمرکز بر عواطف یکی از معدود مدل‌های درمانی است که ماهیتاً تلفیقی از رویکردهای درمانی مراجع محور، گشتالت درمانی و اصول شناختی را شامل می‌شود و هیجان را به‌عنوان اساس و پایه تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیر انطباقی می‌داند. بنابراین بهبود مهارت‌های هیجانی افراد با بهبود خودپنداره بدنی همراه است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که دشواری در تنظیم هیجان‌ها با سطوح بالایی از استرس و اضطراب همراه است که موجب ایجاد مکرر ناراحتی و ناسازگاری می‌شود. در مقابل،

باتوجه به نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۸، نمرات متغیر آشفستگی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی که در پژوهش حاضر در گروه آزمایش حضور داشتند، در مرحله پس-آزمون نسبت به گروه گواه کاهش داشته است که این کاهش نمرات به علت اثرات مثبت رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های بدست آمده، رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف بر بهبود خودپنداره بدنی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اثربخشی معناداری داشته است. این یافته بدین معنی است که اجرای جلسات درمانی متمرکز بر عواطف منجر به ارتقای نمرات متغیر خودپنداره بدنی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شده است. این یافته با نتایج تحقیقات خادم و همکاران (۲۳) همخوانی دارد. رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف می‌تواند یکی از مؤثرترین رویکردهای درمانی در درمان آسیب‌های روانی باشد. رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف روشی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت عواطف در الگوهای دایمی ناسازگاری و اختلال است و این رویکرد با آشکار ساختن عواطف آسیب‌پذیر و تسهیل توانایی افراد در ایجاد این عواطف به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز می‌تواند در ارتقای خودپنداره نقش موثری داشته باشد. پردازش این عواطف در بافتی ایمن، الگوهای سالم‌تری را ایجاد خواهد کرد که سبب آرام‌شدن سطح

اشتهایی عصبی شده است. این یافته با نتایج تحقیق خادم و همکاران (۲۳) همخوانی دارد.

رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف با تأکید بر حمایت افراد از یکدیگر، گشودگی هیجانی و بروز آن به روش‌های مثبت، تمرکز بر هیجانات خود و شناسایی آن‌ها، بیان تجارب جدید در زندگی فردی- اجتماعی و هیجانات همراه با آن، شکل‌دهی تعاملات جدید در روابط، شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی و حذف آن‌ها در زندگی به افراد کمک می‌کند تا آنان بتوانند روابط بین فردی خود را بازسازی کرده و در پرتو یک ارتباط سالم و مؤثر در مورد ظاهر و بدن نگرش مثبت‌تری داشته باشند. این رویکرد با افزایش آگاهی عاطفی به افراد کمک می‌کند تا ارتباط منفی خود را با دیگران تغییر دهند و کنترل بیشتری بر آن داشته باشند. در این رویکرد سعی می‌شود عواطف مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند تا عناصر موجود در روابطشان که مخرب را تغییر دهند و یک چرخه مثبت‌تری به وجود آورند. قصد رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف این است که به افراد آموزش دهد تا پاسخ‌های هیجانی که زیربنای بسیاری از مشکلات از جمله بی‌اشتهایی عصبی هستند را پیدا کرده، آن‌ها را ابراز و پردازش مجدد کنند مثبت‌تر تجربه کنند. رویکرد متمرکز بر عواطف با اکتشاف و افزایش درگیری با هیجانات منفی اولیه و ثانویه و جایگزینی آن‌ها با هدف قرار دادن مستقیم هیجانات و کاهش خطاهای شناختی با هدف قرار دادن افکار و باورها به منظور اصلاح هیجانات و ایجاد تغییر در رفتار به منظور ایجاد عواطف مثبت به عنوان تغییر ثانویه، می‌توانند تعادل عاطفی را ارتقاء بخشد و باعث بهبود نگرش مثبت در مورد بدن و ظاهر شود. علاوه بر این، درمان متمرکز بر عواطف می‌تواند مدیریت استرس و کنترل رفتارهای مخرب و فرونشانی افکار و رفتارهای اجتنابی، کاهش افسردگی را به همراه داشته باشد و در نتیجه، رفتارهای واریسی بدن را کاهش دهد (۲۶). در تبیینی دیگر می‌توان گفت که رویکرد متمرکز بر عواطف از طریق تغییر ساختار شناختی و با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب و سازگارانه، با درگیر کردن این افراد در یافتن راه حل برای مسائل و شناخت منابع

تنظیم هیجان موفق عامل مهم و تعیین‌کننده‌ای در سلامت روانی، سازگاری، عملکرد مؤثر و انطباق با رویدادهای استرس‌زا در افراد محسوب می‌شود که آن‌ها را قادر می‌سازد هیجانات مثبت را جایگزین هیجانات منفی نمایند و آگاهی آن‌ها را از نقش خود در ایجاد ذهنیت‌ها و روابط مثبت با اعضای خانواده و محیط اجتماعی بالا ببرد (۲۵). در واقع، برنامه‌های متمرکز بر عواطف این توانایی را به آن‌ها می‌دهد تا از وضعیت‌های دشوار قبل از آینده غیرقابل کنترل جلوگیری کنند، برانگیختگی‌های هیجانی خود را تعدیل نمایند و در برابر موقعیت‌های استرس‌زا به جای تداوم عملکرد منفی و ذهنیت منفی، به بازسازی وضعیت در قالب هیجانات مثبت پردازند و پیامد آن مدیریت فشارهای روانی، کارکرد فردی و اجتماعی بهتر و ارتقاء خودبنداره است. آموزش متمرکز بر عواطف باعث می‌شود که این افراد از برانگیختگی‌ها و هیجان‌های خود آگاه شوند، گزینه‌های بهتری را برای حل مشکلاتشان انتخاب کنند و با وضعیت مثبت‌تری تصمیم‌گیری کنند. همچنین، آموزش متمرکز بر عواطف با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی مانند رابطه با دیگران، تنظیم عاطفی بین فردی، تسلط بر محیط و احساس کنترل بر زندگی، به توانمندسازی این افراد کمک می‌کند. آموزش متمرکز بر عواطف باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی می‌شود، سازگاری بیشتر با محیط اطراف را فراهم می‌کند و تصمیم‌گیری بهتری را امکان‌پذیر می‌سازد که این امر به توانایی بهبود ویژگی‌های فردی، عزت نفس، روابط با دیگران، افزایش تبادلات رفتاری، رضایتمندی بالاتر و افزایش احساسات و عواطف مثبت منجر می‌شود. از طریق آموزش متمرکز بر عواطف و به دنبال آن ارتقای آگاهی هیجانی، اعتماد به نفس افزایش می‌شود و این اعتماد به نفس موجب مدیریت موفقیت‌آمیز عواطف و احساسات می‌شود، روابط را تقویت کرده و سازماندهی بالاتری را در افراد فراهم می‌آورد.

باتوجه به یافته‌های بدست آمده، رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف بر کاهش رفتارهای واریسی بدن در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اثربخشی معناداری داشته است. این یافته بدین معنی است که اجرای جلسات درمانی متمرکز بر عواطف منجر به کاهش نمرات متغیر رفتارهای واریسی بدن در بیماران مبتلا به بی

شکل گرفته است و برای این منظور، افراد باید پاسخ‌های هیجانی نیرومندی که تعاملاتشان را سازمان می‌دهند، اداره کرده و عناصر مدل‌های فعالیت درونی خودشان را چنانچه مشکل ساز هستند، پیدا کرده و بازسازی نمایند؛ این بازسازی می‌تواند شامل ذهنیت‌های منفی و روابط منفی باشد که باعث آشفتگی می‌شود. با توجه به اثربخشی درمان متمرکز بر عواطف بر کاهش آشفتگی می‌توان گفت که این رویکرد درمانی به صورت مستقیم هیجانات را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با آگاهی از هیجانات، پذیرش آن‌ها و بازاریابی مثبت این هیجانات و همچنین مدیریت هیجانات به تنظیم آن‌ها کمک می‌کند (۲۹) که این امر موجب کاهش آشفتگی و مشکلات هیجانی در آنان می‌شود. به عبارت دیگر، آگاهی از هیجانات و توانایی مدیریت این هیجانات بعد از جلسات درمانی حاصل می‌شود و به دنبال آن بهبود مشکلات در تنظیم هیجان حاصل خواهد شد و آشفتگی کاهش پیدا می‌کند.

عدم اجرای آزمون پیگیری از محدودیت‌های این پژوهش بوده است. استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش دهی یکی دیگر از محدودیت‌هاست، چونکه در این روش احتمال دارد شرکت کنندگان سعی کنند خود را به صورت غیرواقعی نشان دهند یا سعی کنند چهره مثبت‌تری از خود نشان دهند. پیشنهاد می‌شود اثرات رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف بر روی خودپنداره بدنی، رفتارهای واری بدن و آشفتگی در بیماران مبتلا به بی-اشتهایی عصبی سایر جوامع و گروه‌های دیگر نیز ارزیابی شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب سپاسگزاری خود را از شرکت کنندگان و کسانی که آنها را در انجام این تحقیق یاری کردند و همچنین اساتید محترم و همکاران عزیز، اعلام می‌دارند.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

اضطراب مرتبط با بدن، باعث انسجام و وحدت فکری بیشتر آن‌ها می‌شود و موجب افزایش سلامت روانی و کاهش احساس منفی در مورد بدن و ظاهر بدنی در آنان می‌گردد. لذا این افراد از طریق دریافت جلسات متمرکز بر عواطف، راهبردهایی را فرا می‌گیرند و خودآگاهی افزایش یافته در آنان باعث بهبود رفتارهای سازشی و تعادل هیجانی در آنان می‌شود و همچنین افکار و ذهنیت مثبت در آنان جایگزین ایده‌پردازی منفی، نشخوارگری، خودتخریبی، ناامیدی و احساس تنهایی می‌شود.

با توجه به یافته‌های بدست آمده، رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف بر کاهش آشفتگی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اثربخشی معناداری داشته است. این یافته بدین معنی است که اجرای جلسات درمانی متمرکز بر عواطف منجر به کاهش نمرات متغیر آشفتگی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شده است. این یافته با نتایج تحقیقات هالاموا و کانوسکی (۲۷)، خادم و همکاران (۲۳) و غفاری و همکاران (۲۸) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رویکرد درمانی متمرکز بر عواطف با افزایش آگاهی هیجانی، آگاهی از نقش عامل بودن در تجربه و تغییر پردازش‌های هیجانی، می‌تواند شدت هیجانات منفی را کاهش داده و از طریق کاهش اضطراب، افسردگی و ناامیدی بر کاهش آشفتگی موثر باشد. در این روش تلاش می‌شود تا در جریان درمان، مراجع تشویق شود تا افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجانات و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را برطرف نماید. در واقع مدیریت عواطف باعث می‌شود افراد خشمی را که از ناحیه تن انگاره خود احساس می‌کنند، به‌شيوه کارآمدی کنترل کرده و با بازاریابی عاطفی، احساس رهایی بیشتری از هیجانات نامطلوب و منفی خود داشته باشند. این رویکرد درمانی باعث می‌شود در افراد هیجانات سالم و کارآمدی ایجاد شود که این امر باعث بهبود امیدوری بیشتر و کاهش آشفتگی می‌شود. درمان متمرکز بر عواطف ترکیبی از نظریه تجربه‌نگر، سیستم‌ها و دلبستگی است که با هدف پرورش و رشد تماسی ایمن، در دسترس و پاسخگو که در آن افراد نسبت به نیازهای دلبستگی‌شان آگاه گردند،

References

1. Afrozandeh, Ruqiyah (1402). The role of exercise in the mental disorder of anorexia and bulimia nervosa in women, the second national conference on social and psychological harms with emphasis on behavioral sciences, Shiraz
2. Daulatabadi, Parvaneh and Daulatabadi, Maryam and Ahmadi, Aziza and Daulatabadi, Mohammad and Falah, Mozghan (1401). Investigation of eating disorders among female students of the first secondary level of Marand city in 1401-1402, 7th international conference on modern researches in sports sciences and physical education, Hamedan
3. Feng, B (2023). Current Discoveries and Future Implications of Eating Disorders. *International The Journal of Environ Res Public Health*. 20(14): 6325.
4. Peachey G., Loney T (2022). Prevalence of High-Risk Disordered Eating Amongst Adolescents and Young Adults in the Middle East: A Scoping Review. *Int. J. Env. Res. Public. Journal of Health*. 19(2): 5234.
5. Risch L., Motteli S (2022). Nutritional Needs in Mental Healthcare: Study Protocol of a Prospective Analytic Observational Study Assessing Nutritional Status, Eating Behavior and Barriers to Healthy Eating in Psychiatric Inpatients and Outpatients Compared to Healthy Adults. *Front. The Journal of Psychiatry*. 13(4): 906234.
6. Cena H., Vandoni M., Magenes V.C., Di Napoli I., Marin L., Baldassarre P., Luzzi A., De Pasquale F., Zuccotti G., Calcaterra V (2022). Benefits of Exercise in Multidisciplinary Treatment of Binge Eating Disorder in Adolescents with Obesity. *International Journal of Env Research Public. Health*. 19(4): 8300. doi: 10.3390/ijerph19148300.
7. Wang X, Ling L, Su H, Cheng J, Jin L, Sun YH (2015). Self-concept of left-behind children in China: a systematic review of the literature. *The Journal of Child: care, health and development*. 41(3): 346- 55.
8. Babic MJ, Morgan PJ, Plotnikoff RC, Lonsdale C, White RL, Lubans DR (2014). Physical activity and physical self-concept in youth: systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sports Medicine*. 1;44(11): 1589-601.
9. Marsh, H. W., Asci, F. H., Marco, I. T. (2002). Multitrait- multimethod analyses of two physical self-concept instrument s: A cross-cultural perspective. *Journal of Sports and Exercise Psychology*. (24): 99-119.
10. Vartanian LR. When the body defines the self: Self-concept clarity, internalization, and body image. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2009 Jan;28(1):94-126.
11. Costarelli, V.D. & Costarelli, X. (2010). Emotional intelligence, body image and disordered eating attitudes in combat sport athletes. *Journal exercise science fitness*, 4(4): 11-104.
12. Saeed B, Sheikh NM, Shahzadi N, Khan ZH. Shaping Self-Perception: The Intricate Relationship Between Self-Concept Self-Image And Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Positive School Psychology*. 2023 May 1;7(5):1043-59.
13. Da Luz, F.Q., Sainsbury, A., Hay, P., Roekenes, J.A., Swinbourne, J., da Silva, D.C & da, S.O.M. (2017). "Early maladaptive schemas and cognitive distortions in adult with Morbid Obesity: Relationships with Mental Health Status", *Journal of behavioral Science*, 7(10), 1-11.

14. Nagel, N., Pero, M., Grau, A. (2017). "Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity", *International Journal of Clinical and Health Psychology*, doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.003.
15. Legenbauer T, Martin F, Blaschke A, Schwenzfeier A, Blechert J, Schnicker K. Two sides of the same coin? A new instrument to assess body checking and avoidance behaviors in eating disorders. *Body Image*. 2017 Jun 1;21:39-46.
16. Nowrozi Sara, Beshardost Simin, Mojtabaei Mina (2023). Presenting a structural model for predicting mental disturbance based on time perspective with the mediation of the sense of psychological coherence and cognitive flexibility of male and female students. *Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(1): 113-128.
17. Dawoodian, Melika. Hashmipour, Farhanaz; Qalich Khan, Nahid and Abu Zari, Fatemeh (2022). Determining the role of psychological flexibility, difficulty in emotional self-regulation and intolerance of ambiguity in predicting psychological distress and practical obsessions in patients with type 2 diabetes during the covid-19 epidemic. *Scientific Quarterly Journal of Nursing Management*, 11(2), 64-77.
18. Xiong, A., Lai, X., Wu, S., Yuan, X., Tang, J., Chen, J. & Hu, M. (2021) Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive-compulsive symptoms in patients self-compassion, and emotional well-being. *The Journal of Cognitive Psychotherapy*. 30(1): 60-72.
19. Simons JS, & Gaher RM. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *The Journal of Motivation and Emotion*, 29(2), pp. 83-102.
20. Hernandez DC, Daundasekara SS, Arlinghaus KR, Sharma AP, Reitzel LR, Kendzor DE, & Businelle MS. (2019). Fruit and vegetable consumption and emotional distress tolerance as potential links between food insecurity and poor physical and mental health among homeless adults. *The Journal of Preventive medicine reports*, 14(1): 100824.
21. Bailey G, Halamova J, Baránkova M (2020). Qualitative analysis of self-compassion, selfprotection, and selfcriticism in emotionfocused therapy video sessions. *The Journal of Psihoterapija*. 34(2): 203-23.
22. Wu Q, Slesnick N, Zhang J (2018). Understanding the role of emotion-oriented coping in women's motivation for change. *The Journal of Substance Abuse Treatment*. 86(2): 1-8.
23. Khadm, Zahra Alavi, Zahra. Shahbazi, Masoud (2023). The effectiveness of emotion-focused therapy approach on emotional dyslexia and expectation of idealistic marriage in neurotic perfectionist girls: a single-case pilot study. *User advice quarterly*. 13(1): 16-29.
24. Artang, H (2022). The effectiveness of emotional focused therapy on emotional information processing and interpersonal cognitive distortions among women with somatic symptoms of Isfahan. *The Journal of Research Behav Sci*; 20(1): 60-73.
25. Markarian SA, Pickett SM, Deveson DF, Kanona BB. A model of BIS/BAS sensitivity, emotion regulation difficulties, and depression, anxiety, and stress symptoms in relation to sleep quality. *Psychiatry research*. 2013 Nov 30;210(1):281-6.
26. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: An overview. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2010 Mar 1;4(33):1-2.
27. Halamova J., Kanovsky, M (2019). Emotion-Focused training for emotion coaching. An Intervention to Reduce Self-Criticism. *Journal of Human Affairs*, 29(3): 20-31.

28. Ghaffari Habiba, Mikaili Mani Farzaneh, Masoudi Shahid (1401). The effectiveness of emotion-oriented therapeutic approach on reducing feelings of inferiority, sensation seeking and attachment styles of married women with experience of extramarital relationships. *Journal of rehabilitation research in nursing*. 9(2): 62-76.
29. Cheung RY, Ng MC. Mindfulness and symptoms of depression and anxiety: The underlying roles of awareness, acceptance, impulse control, and emotion regulation. *Mindfulness*. 2019 Jun 15;10(6):1124-35.

*Original Article***The effectiveness of emotions therapy on body self-concept, body checking behaviors and agitation of patients with anorexia nervosa**

Received: 11/09/2024 - Accepted: 28/10/2024

Fatema Haji Aghaei¹
Hossein khedmatgozar^{2*}¹ Master of Clinical Psychology,
Department of Psychology, Garmsar
Branch, Islamic Azad University,
Garmsar, Iran² Assistant Professor, Department of
Psychology, Garmsar Branch, Islamic
Azad University, Garmsar, Iran
(Corresponding Author)

Email: khedmatgozar@yahoo.com

Abstract**Introduction:** The purpose of this research was to determine the effectiveness of treatment focused on emotions on body self-concept, body inspection behaviors and agitation of patients with anorexia nervosa.**Methods:** The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design. The statistical population consisted of all patients with anorexia nervosa who referred to the medical centers of Tehran in 1402. The samples were selected using the available sampling method in the number of 30 people and were replaced by random assignment in the test and control groups with the number of 15 people in each group. The research tools included Marsh et al.'s standardized body self-concept questionnaire (2010), Body Check Questionnaire (BCQ) and Disturbance Tolerance Questionnaire (DTS). Therapy sessions focused on emotions included 8 therapy sessions that were conducted during 4 weeks, two days a week and each session lasted 60 minutes based on the treatment plan of Greenberg and Geller (2012). In order to analyze the data, multivariate and univariate analysis of covariance tests were used.**Results:** The results showed that the scores of body self-concept variables in the experimental group in the post-test stage increased compared to the control group, and the scores of body checking behaviors and agitation decreased in them ($P < 0.01$).**Conclusion:** It can be said that improving body self-concept scores and reducing scores in the variables of body checking behaviors and confusion in the participants of the experimental group indicated the positive effects of the therapeutic approach focused on emotions.**Keywords:** Emotion-Focused Therapy, Body Self-Concept, Body Checking Behaviors, Agitation, Anorexia Nervosa