

## کارایی گروه‌درمانی هیجان‌محور بر تنظیم هیجان و دوره‌های پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری

یوسف اسمری برده زرد<sup>۱\*</sup>، نور علی خسروی بابادی<sup>۲</sup>، هادی انصاری<sup>۳</sup>، محمد مسعود متولی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران (آجا)، تهران، ایران

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران

<sup>۴</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** بدتنظیمی هیجان یکی از عوامل زمینه‌ساز و نگهدارنده پرخوری است. در این ارتباط، هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه‌درمانی هیجان‌محور بر تنظیم هیجان و دوره‌های پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری شش هفته‌ای با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به اختلال پرخوری (Binge Eating Disorder) تهران که به مراکز درمان چاقی مراجعه کرده بودند تشکیل دادند. نمونه به روش در دسترس انتخاب شد و شامل ۱۶ نفر بود که در یکی از مراکز درمان چاقی اختلال پرخوری آن‌ها تشخیص داده شده بود. افراد نمونه به‌صورت تصادفی در دو گروه هشت نفری کنترل و آزمایش قرار داده شدند و پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان و پرخوری (Difficulties in Emotion Regulation Scale) را تکمیل نمودند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه (مدت هر جلسه یک ساعت و نیم بود) در مداخله شرکت کردند؛ اما گروه کنترل تنها پس از اتمام مطالعه و برای رعایت اخلاق مورد مداخله قرار گرفتند. در پایان دوره مداخله، پرسشنامه مجدداً توسط گروه‌های آزمودنی تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر توسط نرم‌افزار SPSS 24 در سطح ۰/۰۵ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر هیجان در گروه آزمایش به‌طور معناداری ( $P \leq 0/05$ ) منجر به کاهش نمره کلی دشواری هیجانی و شاخص دوره‌های پرخوری در اختلال پرخوری گردید.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌ها می‌توان گفت که درمان متمرکز بر هیجان باعث بهبود نشانه‌های اختلال پرخوری می‌شود.

**کلمات کلیدی:** پرخوری، تنظیم هیجان، درمان متمرکز بر هیجان

## مقدمه

به‌دست‌آوردن توانایی شناسایی، فهم و درک و پذیرش هیجان‌ها خود به‌عنوان یک استراتژی برای تعدیل تجربه و بیان و ابراز هیجان‌ها در راستای اهداف بلندمدت و ارزش‌ها (۱۴). این توانایی در هر زمان در حال پرورش‌یافتن است؛ اما تعاملات اوایل کودکی از اهمیت فراوانی برای شکل‌گیری آن برخوردار می‌باشد (۱۵). بدتنظیمی هیجان عامل اساسی ایجاد و حفظ بسیاری از رفتارهای مختلف مشکل‌ساز مانند صدمه به خود و خشونت نسبت به دیگران شناخته شده است که جامع‌ترین آن مدل زیستی-روانی-اجتماعی بدتنظیمی هیجان Linehan در اختلال شخصیت مرزی می‌باشد (۱۶). داروهای ضد افسردگی (۱۷)، درمان شناختی رفتاری (CBT: Cognitive Behavioral Therapy) (۱۸،۱۹)، برنامه‌های خودهدایتی مبتنی بر CBT (۲۰)، درمان بین فردی (IPT: Interpersonal Therapy) (۲۱) و برنامه‌های رفتاری از دست‌دادن وزن (BWL: Body Weight loss) (۲۲) به‌عنوان درمان پرخوری مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در ایران نیز درمان شناختی رفتاری کوتاه‌مدت (۲۳) و اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پرخوری عصبی باعث بهبود معناداری در پژوهش شده است (۲۴). مطالعات کنترل‌شده نشان می‌دهند که این درمان‌های صورت‌گرفته با تأثیرات بلندمدت و کوتاه‌مدت در کاهش پرخوری و علائم آسیب‌شناسی مؤثر هستند؛ اما در کاهش وزن اثرات محدودی دارند (۲۵). مطالعات اخیر بیانگر آن هستند که مدل آسیب‌شناسی اختلال پرخوری (BED)، آسیب‌پذیری هیجانی و نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان‌ها منفی را شامل می‌شود و این مکانیسم به‌طور مستقیم با درمان‌های CBT و IPT مورد بررسی قرار نمی‌گیرد؛ برای مثال نشان داده شده است که مشکلات در تنظیم هیجان به‌طور جدی با پرخوری

حداقل ۳۰ میلیون نفر در آمریکا بدون در نظر گرفتن جنس و سن از اختلالات خوردن (ED: Eating Disorders) رنج می‌برند (۱،۲) و هر ۶۲ دقیقه یک نفر به‌طور مستقیم بر اثر ED جان خود را از دست می‌دهد (۳). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental: DSM-5) اختلالات خوردن در پنج گروه هرزه‌خواری، اختلال نشخوار، بی‌اشتهایی عصبی (AN: Anorexia Nervosa)، پراشتهایی عصبی (BN: Bulimia Nervosa) و اختلال پرخوری طبقه‌بندی می‌شوند. تعریف اختلال پرخوری عبارت است از: دوره‌های مکرر پرخوری (به‌طور متوسط یک بار در هفته در سه ماه گذشته) بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی نامتناسب کنترل وزن (۴). اختلال در خوردن یک اختلال پیچیده و چندوجهی در غذاخوردن است که نیاز به یک رویکرد درمانی جامع دارد. در درمان افراد چاق ممکن است چندین هدف مورد نظر باشد؛ اما بهبود اختلال پرخوری و از دست‌دادن وزن باید به‌عنوان هدف اصلی در نظر گرفته شود (۵). در یک فراتحلیل میزان شیوع اختلالات خوردن در زنان بین ۳/۴ تا ۶/۸ گزارش گردید (۶). اختلالات خوردن با خطر مرگ زودرس در ارتباط بوده و افزایش خطر خودکشی برای تمام مبتلایان به انواع اختلال خوردن گزارش شده است (۷،۸). برای افرادی که زنده می‌مانند درمان شامل یک پروسه بلندمدت و اغلب با عود همراه است (۹)؛ به‌طور مثال در BN عود از شش ماه تا یک سال پس از درمان از ۲۶ تا ۴۳ درصد متغیر می‌باشد (۱۰). شواهد حاکی از آن هستند که زنان مبتلا به پرخوری میزان بالاتری از دل‌بستگی ناامن را در مقایسه با زنانی که فاقد آن می‌باشند نشان می‌دهند (۱۱). اختلال در تنظیم هیجان و تصویر بدن معیوب با اختلالات خوردن مرتبط دانسته شده‌اند (۱۲،۱۳). تنظیم هیجان عبارت است از

کمک می‌کند تا هیجانات ثانویه معمول و ناسازگار (مانند اضطراب و شرم) را در هیجانات اولیه (مانند غم از دست دادن یک رابطه یا خشم در اثر یک رفتار غیرمنصفانه از سوی دیگران) انتقال داده و بازشناسی کنند. از طریق این فرایند، تغییر طرح‌واره‌های هیجانی گسترش می‌یابد و یک حس بزرگ‌تر از ارتباط با خود و دیگران (مانند غرور، دلسوزی نسبت به خود و کنجکاو) را شامل می‌شود (۳۶). نقش درمان متمرکز بر هیجان و رویکرد دل‌بستگی به‌عنوان افزایش پردازش عاطفی به معنای اکتشاف و غلبه بر هیجانات ناقصی که ممکن است از آسیب‌های پیچیده تأس‌بار باشند توصیف شده است (۳۷). نتایج درمان متمرکز بر هیجان به‌صورت گروهی بر اختلال پرخوری زنان منجر به کاهش نشانه‌های اختلال خوردن، افسردگی و پریشانی عمومی شده و خودکارآمدی و تنظیم هیجانات آن‌ها را بهبود می‌بخشد (۳۸). نتایج پژوهشی که اخیراً منتشر شده است نشان می‌دهد که رویکرد گروهی این درمان برای افراد با اضطراب و افسردگی مؤثر می‌باشد (۳۹). درمان متمرکز بر هیجان به‌منظور تغییر طرح‌واره‌های هیجانی، تکلیف‌های متنوعی را ایجاد کرده است که شامل مجموعه روابط، تجربه و بازپردازش مبتنی بر همدلی و تکالیف نمایشی می‌باشند (۳۳). تکالیف که به شکل نمایش اجرا می‌شوند، تکنیک‌های دو‌صندلی آن را به شکل مناسب و مفصل نشان می‌دهند؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر دشواری در تنظیم هیجان و دوره‌های پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری بود.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

(مستقل از جنس)، محدودیت غذایی و یا بیش‌ارزیایی وزن و قیافه مرتبط می‌باشد (۲۶،۲۷). علاوه‌براین، یافته‌ها حاکی از آن هستند که پرخوری به وسیله شکست بی‌درنگ در تنظیم هیجان روی می‌دهد (۲۸). مدل‌های تبیینی پرخوری در BN و BED بیان می‌کنند که هیجانات دردناک مهم‌ترین تسریع‌کننده و نگه‌دارنده آن هستند و خود پرخوری نقش مهمی در تنظیم عاطفه برای فرد بیمار دارد (۲۹)؛ به همین دلیل رویکردهایی که بیشتر بر هیجان در درمان تأکید می‌کنند می‌توانند مؤثرتر و پایدارتر باشند. در این میان درمان متمرکز بر هیجان رویکردی نوین می‌باشد که در ایران کمتر به آن پرداخته شده است. درمان هیجان‌محور در سال ۱۹۸۰ توسط Greenberg و همکاران به وسیله مطالعات تجربی فرایند تغییر ایجاد شد (۳۰،۳۱) و به‌عنوان یک رویکرد درمانی مبتنی بر شواهد برای درمان افسردگی، استرس‌های زناشویی، تروما، اختلالات خوردن، اختلالات اضطرابی و مشکلات بین فردی گسترش یافت (۳۲). درمان متمرکز بر هیجان درمانی است که فرضیات و شیوه‌های درمانی گشتالت و دیگر درمان‌های انسان‌گرایانه را ترکیب می‌کند (۳۳،۳۴). درمان متمرکز بر هیجان به مراجعه‌کنندگان کمک می‌کند تا تجربیات هیجانی خود (طرح‌واره‌های هیجانی) را آشکار سازند و تغییر دهند و آن‌ها را با مجموعه‌ای از ادراکات، هیجانات، شناخت، تجربیات بدنی و شکل رفتاری واکنش‌های شخصی درگیر می‌کند (۳۳). استفاده‌کنندگان از EFT (Emotional Freedom Technique) بین هیجانات اولیه و ثانویه تمایز قائل می‌شوند (۳۵)؛ هیجانات اولیه (مانند ترس) پاسخ‌های معمول و مستقیم به حوادث در زندگی مراجعه‌کنندگان هستند و هیجانات ثانویه (مانند خشم، شرم و اضطراب) پاسخ به هیجانات اولیه می‌باشند؛ برای مثال EFT برای اضطراب اجتماعی به مراجعه‌کنندگان

ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: داشتن یک اختلال بالینی و شخصیتی دیگر که درخور تشخیص جداگانه‌ای باشد، خطر خودکشی قریب‌الوقوع، هرگونه سوءمصرف مواد و یا وابستگی به مواد و الکل و شاخص توده بدنی (وزن به کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد بر حسب سانتی‌متر) بالاتر از ۴۰.

### ابزار پژوهش

**مقیاس شدت پرخوری:** این ابزار توسط Gormally و همکاران برای سنجش شدت پرخوری طراحی شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴ و پس از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم چهار گزینه‌ای و دو آیتم سه گزینه‌ای می‌باشد که نمره‌گذاری آن بدین‌صورت است: سؤالات ۱، ۲، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ به‌صورت چهار گزینه‌ای بوده و به آن‌ها نمره ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد؛ سؤالات ۶ و ۱۶ سه گزینه‌ای هستند و نمرات ۱، ۰ و ۲ به آن‌ها اختصاص می‌یابند و چند سؤال به شکل متفاوت نمره‌گذاری می‌شوند؛ سؤال ۳ با نمرات ۱، ۰، ۳، سؤال ۴ با نمرات ۰، ۰، ۲ و سؤال ۷ با نمرات ۳، ۲، ۰ و ۳. دامنه نمرات این مقیاس از ۰ 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 مولودی و همکاران (۱۳۸۹) در ارتباط با ۶۰ آزمودنی اجرا شد که حساسیت آن ۰/۸۵ درصد و اعتبار آزمون-بازآزمون آن ۰/۷۲ محاسبه گردید (۴۰).

**پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان:** مقیاس دشواری در تنظیم هیجان یک مقیاس ۳۶ آیتمی می‌باشد که توسط Roemer و Gratz (۲۰۰۴) طراحی شده است (۱۴). نحوه پاسخ‌دهی به این مقیاس در اصل طیف پنج درجه‌ای لیکرت می‌باشد. نمره‌گذاری این مقیاس

بدین‌صورت که پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی آن‌ها (با استفاده از روش قرعه‌کشی) به گروه‌های آزمایش و کنترل، برای هر دو گروه در یک زمان پیش‌آزمون (پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان و مقیاس شدت پرخوری) انجام شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، برنامه گروهی با رویکرد درمان متمرکز بر هیجان طی ۱۰ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش انجام شد؛ اما در این مدت هیچ برنامه‌ای برای گروه کنترل اجرا نگردید. در آخرین جلسه مداخله به‌منظور پس‌آزمون و نیز پس از شش هفته جهت پیگیری اثربخشی درمان، پرسشنامه‌ها اجرا شدند. یافته‌ها با استفاده از روش آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و نیز در سطح استنباطی توسط آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 بررسی گردیدند. برنامه درمانی در هشت مرحله که در ۱۰ جلسه انجام شد به صورت زیر می‌باشد.

جامعه آماری پژوهش را کلیه زنانی که به مراکز درمان چاقی در تهران مراجعه کرده بودند تشکیل دادند. افراد نمونه که شامل ۱۶ فرد (۸ نفر در گروه آزمایش و ۸ نفر در گروه کنترل با جایگزینی تصادفی) داوطلب از یکی از مراکز مهم درمانی چاقی در تهران بودند به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و با مجوز مسئول کلینیک کاهش وزن طی فرایند درمان قرار گرفتند. جهت تشخیص اختلال علاوه بر پرسشنامه‌ها، مصاحبه بالینی به مدت ۴۵ دقیقه برای هر نفر انجام شد. ملاک‌های ورود و خروج نیز براساس همین مصاحبه‌ها تعیین شدند. در این ارتباط سن بالای ۱۸ سال، جنسیت زن، گزارش‌کردن دو دوره پرخوری در دو هفته اخیر در یک ماه گذشته بدون پاک‌سازی و شرکت‌نکردن در درمان‌های دیگر در طول مدت مطالعه به‌عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش در نظر گرفته شدند.

بدین صورت است که به گزاره "تقریباً همیشه" نمره ۵ و به گزاره "تقریباً هرگز" نمره ۱ (حداکثر نمره ۱۸۰ و حداقل نمره ۳۶) تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه دارای یک نمره کلی و شش نمره اختصاصی در زیرمقیاس‌هایی است که مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجان می‌باشند. این زیرمقیاس‌ها عبارت هستند از: عدم پذیرش هیجانات، ناتوانی در بکارگیری رفتارهای متناسب با هدف، مشکل در کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی کم به راهبردهای تنظیم هیجان و نبود شفافیت هیجانی. در یک نمونه ۴۷۹ نفری از دانشجویان دوره لیسانس پرداختند. این مقیاس در نمره کل (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳) و در همه زیرمقیاس‌ها (ضریب آلفای بزرگ‌تر از ۰/۸۰) ثبات خوبی را از خود نشان داد. عسکری و همکاران پایایی نسخه فارسی این مقیاس را براساس آلفای کرونباخ و روش تصنیف به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۴۱). داده‌های حاصل از همبستگی این مقیاس با مقیاس هیجان‌خواهی Zuckerman نیز روایی همگرایی مقیاس را تأیید می‌کند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس معادل ۰/۸۴ و برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۸۰ به دست آمد.

## نتایج

یافته‌های توصیفی حاکی از آن بودند که میانگین و انحراف معیار سنی برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب (۳۸/۴±۱۱/۶۶) و (۳۹/۵±۷/۵۸) است. از آنجایی که متغیرهای وابسته در سه سطح سنجیده شده‌اند از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. از طریق این آزمون استنباطی دو فرض اساسی دنبال می‌شود: الف. آیا تغییر نمرات پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان در طول زمان تفاوت دارد و یا تحت تأثیر درمان قرار گرفته

است (در سطوح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و ب. تغییرات ایجادشده در نمرات پیشین سه سطح متغیرهای وابسته در دو گروه متفاوت است (اثر بین گروهی). نتایج آمار توصیفی در جدول ۳ در ارتباط با متغیر پرخوری میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب برای گروه آزمایش و کنترل (۴۵/۱۲±۴/۹) و (۴۳/۱±۵/۵) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و (۳۲/۱±۷/۸) و (۴۱/۸±۸/۲) می‌باشد که کاهش در نمره شدت پرخوری گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل قابل مشاهده است. در مورد متغیر دشواری در تنظیم هیجان نیز میانگین نمرات گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب (۱۳۵/۶±۲۸/۱) و (۱۱۰/۸±۲۸/۸) و میانگین نمرات گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب (۱۴۰/۳±۲۴/۵) و (۱۳۹/۱±۲۴/۷) نشان از کاهش دشواری تنظیم هیجان در گروه آزمایش دارد. این در حالی است که این امر در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. در سطح پیگیری نیز میانگین گروه آزمایش در پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان (۱۰۷/۲±۲۸/۶) نسبت به گروه کنترل (۱۴۰/۵±۴۵/۱) کاهش بیشتری داشته است.

نتایج تحلیل فرضیه‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر طرح ۳×۲ صورت پذیرفت که در این تحلیل دو گروه شرکت‌کننده در پژوهش (گروه آزمایش و گروه کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی و زمان اندازه‌گیری متغیرهای پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان به عنوان عامل درون آزمودنی در نظر گرفته شدند. نتایج کلی تحلیل در جدول ۴ بیانگر آن است که بین ترکیب سطوح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر پرخوری، آماره چند متغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکس در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha=0/05$ ) معنادار می‌باشد و دشواری در تنظیم هیجان آماره چند متغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکس در سطح اطمینان ۹۵ درصد ( $\alpha=0/05$ )

جدول ۱: پروتکل درمانی

مراحل	اقدامات
مرحله اول	<ul style="list-style-type: none"> <li>• برقراری رابطه مبتنی بر همدلی و تفاهم با مراجعه‌کنندگان</li> <li>• ارزیابی انتظارات و نگرانی‌های مراجعه‌کنندگان</li> <li>• آموزش مراجعه‌کنندگان درباره درمان</li> </ul>
مرحله دوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• توزیع بروشورهایی درباره هیجان، آموزش هیجانی، ارائه برگه ثبت هیجانی، برگه هدف هیجانی و برگه تقویت هیجانی</li> <li>• بحث مقدماتی در مورد اختلال پرخوری، تنظیم هیجان و دشواری تنظیم هیجانی</li> <li>• آموزش آگاهی از هیجان‌ات مثبت</li> <li>• آموزش آگاهی از هیجان‌ات منفی</li> </ul>
مرحله سوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• به مراجعه‌کنندگان اجازه دهید به اشتباهات خود اقرار کنند و منابعی که مانع این پذیرش است را شناسایی نموده و مسئولیت را بپذیرید؛ پایان دادن به بحث آموزش: زمانی را به بررسی جلسه امروز اختصاص دهید؛ دادن کتابچه‌هایی برای تفهیم بهتر و آموزش درباره هیجان و پرخوری</li> <li>• تکنیک ذهن‌آگاهی جهت پذیرش بهتر هیجان‌ات</li> <li>• به مراجعه‌کننده فرصت دهید که پیامد عمل را بیان کند (هم برای شخص دیگر و هم برای خود)</li> <li>• موانع و محدودیت‌های خودبخشی را شناسایی کنید.</li> <li>• مراجعه‌کننده را برای تمرین دو صندلی آماده کنید.</li> </ul>
مرحله چهارم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مواد مورد نیاز / تنظیم جلسه</li> <li>• فرم شناسایی و نام‌گذاری طرف‌های مخالف را به همراه بیاورید.</li> <li>• بیان و آشکارکردن جنبه‌های متضاد شناسایی شده در تکالیف خانگی</li> <li>• افزایش هشیاری مراجعه‌کننده نسبت به پیامدهای به‌تأخیرانداختن فرایند پذیرش و تصدیق خود</li> <li>• اجرای فن دو صندلی شروع آشتی دادن صداهاى طرف متضاد مراجعه‌کننده</li> </ul>
مرحله پنجم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ادامه هماهنگ کردن صداهاى متضاد درون مراجعه‌کننده</li> <li>• به مراجعه‌کننده اجازه دهید که ارزش‌های خود را بیان کند و مشخص نمایید که وی چگونه می‌خواهد با آن ارزش زندگی کند.</li> <li>• فن صندلی خالی</li> </ul>
مرحله ششم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• به نیازها و انگیزه‌های متصل به عمل تکنه‌ای برگردید و روش‌های برآورده‌شدن آن نیازها در آینده در راستای ارزش‌های مراجعه‌کننده را شناسایی کنید.</li> <li>• شفقت و خودتسکین‌دهی، استفاده از فن آرام‌سازی</li> <li>• رفتارهای جبرانی مراجعه‌کنندگان را تعیین کنید.</li> </ul>
مرحله هفتم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• گفتگوی دو صندلی و تسهیل در بیان و توصیف احساسات، نیازها و آرزوها</li> <li>• با تمرکز بر تغییرات مثبت از زمان انجام عمل پرخوری و تکانشی به مراجعه‌کنندگان در یادآوری دوره‌های پرخوری کمک کنید تا تجربیات افسردگی و احساس گناه در آن‌ها زنده شود.</li> <li>• احساسات منفی باقی‌مانده را با احساسات بخشش خود جایگزین کنید.</li> </ul>
مرحله هشتم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• به مراجعه‌کننده کمک کنید تا موارد پیشرفت و نحوه حفظ آن‌ها را شناسایی کند.</li> <li>• کلیاتی از کاربرد فرایند بخشش و تصدیق خود برای سایر اعمال تکنه‌ای را ارائه دهید.</li> <li>• مراسم خداحافظی</li> </ul>

جدول ۲: اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

سن	فراوانی	درصد	تحصیلات	فراوانی	درصد	ازدواج	فراوانی	درصد
۲۰-۳۰	۶	۳۷/۵	ابتدایی و راهنمایی تا دیپلم	۵	۳۱/۲۵	مجرد	۹	۵۶/۲۵
۳۰-۴۰	۵	۳۱/۲۵	دیپلم تا لیسانس	۸	۵۰			
۴۰-۵۰	۵	۳۱/۲۵	لیسانس و بالاتر	۳	۱۸/۷۵	متاهل	۷	۴۴/۷۵

جدول ۳: آمار توصیفی متغیرهای وابسته در سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
پرخوری	آزمایش	۴۵/۱۲	۴/۹	۳۲/۱	۷/۸	۲۸/۶
	کنترل	۴۳/۱	۵/۵	۴۱/۸	۸/۲	۴۵/۱
دشواری در تنظیم هیجان	آزمایش	۱۳۵/۶	۲۸/۱	۱۱۰/۸	۲۸/۸	۱۰۷/۲
	کنترل	۱۴۰/۳	۲۴/۵	۱۳۹/۱	۲۴/۷	۱۴۰/۵

جدول ۴: نتایج درون آزمودنی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای دوره‌های پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر		
							دوره پرخوری	دشواری در تنظیم هیجان
سطح	۵۱۸/۰۴	۲	۲۵۹/۰۲	۹/۴۲	۰/۰۱	۰/۴۰	دوره پرخوری	سطح
سطح*گروه	۷۴۴/۰۴	۲	۳۲۷/۰۲	۱۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹	دوره پرخوری	سطح*گروه
سطح	۲۰۰۳/۰۴	۱/۵	۱۳۲۸/۱۲	۴/۱	۰/۰۳	۰/۳۰	دشواری در تنظیم هیجان	سطح
سطح*گروه	۱۸۶۳/۸	۱/۵	۱۲۳۵/۸	۳/۸	۰/۰۴	۰/۲۲	دشواری در تنظیم هیجان	سطح*گروه

جدول ۵: نتایج بین آزمودنی بین دو گروه (پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان)

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر		
							پرخوری دوره	هیجان تنظیم در دشواری
گروه	۷۶۱/۲	۱	۷۶۱/۲	۱۰/۲	۰/۰۰۶	۰/۴۲	پرخوری دوره	گروه
گروه	۵۸۷۴/۱	۱	۵۸۷۴/۱	۵/۶۱	۰/۰۳	۰/۲۹	هیجان تنظیم در دشواری	گروه

برای پرخوری ۴۲ درصد و برای دشواری در تنظیم هیجان ۲۹ درصد از تغییرات را تبیین می‌کند که معناداری ( $P < ۰/۰۵$ ) این تأثیر نشان از اثربخشی درمان در گروه آزمایش دارد.

### بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر دشواری در تنظیم هیجان و شدت پرخوری در زنان مبتلا به پرخوری بود. نتایج جداول ۳ و ۴ نشان‌دهنده کاهش معنادار پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان گروه آزمایش بود که این مهم با نتایج مطالعات Ivanova (۲۰۱۳) (۴۲) و Wnuk و همکاران (۲۰۱۴) (۳۸) که در بررسی خود بر روی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان باعث بهبود

معنادار است. علاوه بر این، آزمون تعقیبی بنفرونی برای متغیر پرخوری نشان می‌دهد که تفاوت میانگین درون آزمودنی در سطح پیش‌آزمون- پس‌آزمون (تفاوت میانگین = ۶/۹۳،  $sig = ۰/۰۰۱$ ) و در سطح پس‌آزمون- پیگیری (تفاوت میانگین = ۷،  $sig = ۰/۰۰۱$ ) معنادار است. آزمون تعقیبی بنفرونی برای دشواری در تنظیم هیجان در سطح پیش‌آزمون- پس‌آزمون (تفاوت میانگین = ۱۳،  $sig = ۰/۰۰۲$ ) و در سطح پس‌آزمون- پیگیری (تفاوت میانگین = ۱۴/۳۱،  $sig = ۰/۰۰۱$ ) نیز معنادار بود. شایان ذکر می‌باشد که درمان ۴۰ درصد بر دوره‌های پرخوری و ۳۰ درصد بر دشواری در تنظیم هیجان تأثیر داشته است.

با توجه به نتایج جدول ۵ مشخص می‌شود که تفاوت‌ها بین گروه آزمایش و کنترل در میانگین‌های پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان معنادار است؛ بدین معنا که گروه

آن‌ها است. این تغییر ناشی از دسترسی درمان‌جو به هیجان‌ات سازگارانه در طول جلسات درمان می‌باشد (۳۳). در افراد مبتلا به پرخوری نیز نوعی نشخوار فکری برای غذا خوردن مشاهده می‌شود. در پژوهشی نشان داده شد که درمان‌های بر پایه تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی سبب کاهش انزوای اجتماعی، اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری افراد دچار تروما می‌شوند (۴۶) و این امر می‌تواند تبیینی بر کاهش شدت پرخوری باشد. پژوهشگران ادعا می‌کنند که راه‌های نابهنجار غذا خوردن در جهت تخلیه هیجان‌ات منفی می‌باشند (۴۷) و پرخوری به‌عنوان یک فرار از خودآگاهی به وسیله تمرکز بر اقدام فوری زیاده‌خواری و پاک‌سازی عمل می‌کند (۴۸). بر این اساس، رفتارهای اختلال خوردن یک تنظیم عملکرد برای زنانی که سطح بالایی از هیجان‌ات آزارنده را تجربه می‌کنند می‌باشد؛ بنابراین در درمان متمرکز بر هیجان، فن دو صندلی برای انشعابات خود از هم گسیخته استفاده می‌شود؛ هنگامی که خود بیان هیجانی را از قسمت‌های دیگر خود بازداری و ممانعت می‌کند و هدف این است که برای مراجعه‌کنندگان به وسیله دیالوگ خود-خود (خودی که تجربیات هیجانی را مسدود می‌کند) روشن شود که چگونه از خوردن نابهنجار برای منقطع کردن تجربیات هیجانی خود استفاده کنند. راه‌حل این کار بیان کردن کامل جنبه‌هایی از خود است که قبلاً انکار شده‌اند (۴۹). استفاده از تکنیک‌هایی مانند شناسایی احساسات متناقض، قراردادن بیماران در موقعیت گفتگوی صندلی خالی، آرام‌سازی، شکستن احساس ناقص بودن، توصیف حالت صدا و میزان بروز ناراحتی و آموزش فرایند انتقال در درمان متمرکز بر هیجان باعث می‌شود که آزمودنی‌ها عملکرد بهتری را در موضوعات مرتبط با سلامت روانی کسب کنند.

به‌طور کلی درمان‌هایی که بر هیجان تمرکز می‌نمایند، امروزه نتایج مهم و پایداری را عرضه می‌کنند. درمان

معنادار در نشانه‌های بدتنظیمی هیجان، افسردگی، خودکارآمدی و کاهش دوره‌های پرخوری می‌شود همسو می‌باشد. همچنین، این نتایج با یافته‌های پژوهش Compare و همکاران (۲۰۱۳) که عنوان نمودند درمان متمرکز بر هیجان به تنهایی نیز در ترکیب با مشاوره غذایی باعث بهبود نشانه‌های پاتولوژی اختلال خوردن و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال پرخوری و چاقی می‌شود همخوانی دارد. شایان ذکر است که در پژوهش مذکور پس از شش ماه پیگیری در گروهی که درمان متمرکز بر هیجان در ارتباط با آن‌ها اجرا شده بود، بهبودی ادامه داشت (۵).

بهبود علائم در تنظیم هیجان (مشکل در کنترل تکانه، عدم آگاهی هیجانی، دسترسی کم به راهبردهای تنظیم هیجانی و نبود شفافیت هیجانی) مهم‌ترین هدف درمان متمرکز بر هیجان در زنان مبتلا به اختلال پرخوری است که خود باعث بهبود در نشانه‌های دیگر و کنترل دوره‌های پرخوری می‌شود. با وجود آنکه رفتارهای پرخوری به‌طور مستقیم در درمان متمرکز بر هیجان مورد هدف نیستند؛ اما فرایندهای تنظیم هیجان دخیل در آن‌ها کاهش دوره‌های پرخوری را ایجاب می‌کنند؛ مانند درمان بین فردی برای اختلالات پرخوری که آن هم به‌طور مستقیم نشانه‌های اختلال پرخوری را هدف قرار نمی‌دهد (۴۳،۴۴). درمان متمرکز بر هیجان پیشنهاد می‌دهد که هیجان‌ات انسانی خاصیت سازگاری ذاتی دارند و در صورت فعال بودن می‌توانند به مراجعه‌کنندگان کمک کنند تا حالات هیجانی مشکل‌ساز و یا تجربیات ناخواسته خود را تغییر دهند. هیجان‌ات خود مانع درمان نمی‌شوند؛ اما ناتوانی در مدیریت و استفاده از هیجان‌ات مشکل‌ساز می‌شوند؛ زیرا هیجان‌ات با بیشتر نیازهای ضروری ما مرتبط می‌باشند (۴۵). در این ارتباط، مهم‌ترین هدف EFT رسیدن به تجربه زنده هیجان‌ات ناسازگار (مانند شرم و ترس مزمن) به‌منظور تغییر



به دلیل محدودیت‌های مکانی و زمانی لازم است در تعمیم نتایج به سایر افراد احتیاط نمود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی مداخله بر روی نمونه متفاوت با تعداد بیشتر اجرا گردد تا نتایج با روایی و پایایی بیشتری به دست آید.

### نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان بر شدت پرخوری و دشواری‌های تنظیم هیجان مؤثر است بنابراین در کنار دوره‌های دارو درمانی، می‌توان در درمان و کاهش نشانگان پرخوری استفاده کرد.

### حمایت مالی

منابع مالی این پژوهش توسط پژوهشگران تأمین شده است.

### ملاحظات اخلاقی

موارد اخلاقی از جمله رازداری و محرمانه ماندن هویت افراد شرکت‌کننده، کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در پژوهش و اجرای مداخله درمان متمرکز بر هیجان برای گروه کنترل پس از اتمام مداخله اجرا شده است.

### تضاد منافع

در این مطالعه هیچگونه تضاد منافع با شخص و یا سازمانی وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از متخصصان و افرادی که در مرکز درمان چاقی با گروه پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

متمرکز بر هیجان برای تغییر هیجانات مشکل‌دار که به اختلالات روانی مربوط می‌شوند مفید می‌باشد. فرض نظری هسته‌ای این درمان آن است که هیجانات به‌طور ذاتی خاصیت انطباقی دارند و اطلاعات مهمی را ارائه می‌دهند و از طریق یادگیری در داخل طرح‌واره‌های هیجانی، شبکه‌های شناختی، احساسات جسمانی و اعمال برانگیخته‌شده توسط محرک‌های درونی و بیرونی در افراد سازمان داده می‌شوند. زنان مبتلا به اختلالات خوردن به احتمال زیاد از استراتژی‌های معیوب تنظیم هیجانی مانند نشخوار فکری و سرکوب در پاسخ به عواطف منفی استفاده می‌کنند. در حقیقت، پرخوری نوعی مکانیسم مقابله‌ای است و در حالات هیجانی شدید، این رفتارها یک شکل ناسازگارانه از تنظیم هیجان هستند که با خودزنی در اختلال مرزی قابل مقایسه می‌باشند. در این افراد پرخوری به مراتب آسان‌تر از مقابله با افکار و احساسات پریشان‌کننده و ناخوشایند است؛ بنابراین پرخوری یک نوع سبک ناسازگارانه مقابله‌کردن می‌باشد. EFT رشد هوش هیجانی را تقویت می‌کند تا مراجعه‌کنندگان بتوانند به شیوه‌های سازگارانه و سلامت به موقعیت‌های محیطی پاسخ دهند (۵۰). درمان متمرکز بر هیجان که مبتنی بر نظریه دل‌بستگی است به مراجعه‌کنندگان کمک می‌کند تا از یک موقعیت پریشان به یک رابطه متصل حرکت کنند، بهتر با احساسات خود رابطه برقرار نمایند و بدون هیچ دفاعی احساسات را بشنوند، بفهمند و اعتبار بخشند. در گروه درمانی متمرکز بر هیجان بنا بر گزارش شرکت‌کنندگان در پژوهش، یک عنصر مهم درمان تجربه‌کردن هیجانات اصلاحی است. در این حالت افراد اعتباربخشی سالم، همدردی، تسکین و آرامش بین فردی را از یکدیگر و از سوی درمانگر تجربه می‌نمایند. در پایان باید گفت با توجه به اینکه جامعه پژوهش حاضر را فقط زنان تشکیل داده بودند و نیز با توجه به تعداد نمونه کم

## References

- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007; 61(3):348-58.
- Le Grange D, Swanson SA, Crow SJ, Merikangas KR. Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *Int J Eat Disord*. 2012; 45(5):711-8.
- Scott J, Crow M, Swanson S. Facts about eating disorders: what the research shows. Washington, D.C: EDC Eating Disorders Coalition for Research; 2014.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Compare A, Calugi S, Marchesini G, Shonin E, Grossi E, Molinari E, et al. Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Appetite*. 2013; 71:361-8.
- Smink FR, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14(4):406-14.
- Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(12):1342-6.
- Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, et al. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eating Disord*. 2000; 28(1):20-6.
- Zerbe KJ. *The body betrayed: a deeper understanding of women, eating disorders, and treatment*. California: Gurze Books; 2013.
- Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(3):313-21.
- Illing V, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *J Nerv Mental Dis*. 2010; 198(9):653-9.
- Racine SE, Wildes JE. Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: the unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *Int J Eat Disord*. 2013; 46(7):713-20.
- Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudofsky G, Herzog W, et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Compr Psychiatry*. 2014; 55(3):565-71.
- Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2004; 26(1):41-54.
- Yap MB, Allen NB, Sheeber L. Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2007; 10(2):180-96.
- Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
- Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Telch CF, Raeburn SD, Bruce B, et al. One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55(5):179-83.
- Latner JD, Stunkard AJ, Wilson GT, Jackson ML, Zelitch DS, Labouvie E. Effective long-term treatment of obesity: a continuing care model. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000; 24(7):893-8.
- Wilson GT, Fairburn CC, Agras WS, Walsh BT, Kraemer H. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *J Consult Clin Psychol*. 2002; 70(2):267-74.
- Carter JC, Fairburn CG. Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *J Consult Clin Psychol*. 1998; 66(4):616-23.
- Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(8):713-21.
- Marcus MD, Wing RR, Fairburn CG. Cognitive treatment of binge eating versus behavioral weight control in the treatment of binge eating disorder. *Ann Behav Med*. 1995; 17:S90.
- Azari S, Poursharifi H, Fata L. Efficacy of short term cognitive-behavioral therapy on binge eating disorder. *Int J Behav Sci*. 2012; 6(4):377-82.
- Abolghasemi A, Jafari E. The effectiveness of dialectical behavior therapy on body image and self-efficacy in girls with bulimia nervosa. *J Clin Psychol*. 2012; 4(2):29-38.
- Wilson GT, Grilo CM, Vitousek KM. Psychological treatment of eating disorders. *Am Psychol*. 2007; 62(3):199-216.
- Whiteside U, Chen E, Neighbors C, Hunter D, Lo T, Larimer M. Difficulties regulating emotions: do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate

- negative affect? *Eat Behav.* 2007; 8(2):162-9.
27. Ricca V, Castellini G, Lo Sauro C, Ravaldi C, Lapi F, Mannucci E, et al. Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite.* 2009; 53(3):418-21.
  28. Munsch S, Meyer AH, Quartier V, Wilhelm FH. Binge eating in binge eating disorder: a breakdown of emotion regulatory process? *Psychiatry Res.* 2012; 195(3):118-24.
  29. McManus F, Waller G. A functional analysis of binge-eating. *Clin Psychol Rev.* 1995; 15(8):845-63.
  30. Rice LN, Greenberg LS. Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process. New York: Guilford Press; 1984.
  31. Greenberg LS, Safran JD. Emotion in psychotherapy. *Am Psychol.* 1989; 44(1):19-29.
  32. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: a clinical synthesis. *Focus.* 2010; 8(1):32-42.
  33. Elliott R, Watson JC, Goldman RN, Greenberg LS. Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change. Massachusetts: American Psychological Association; 2004.
  34. Rice LN, Elliott R. Facilitating emotional change: the moment-by-moment process. New York: Guilford Press; 1996.
  35. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings. Massachusetts: American Psychological Association; 2002.
  36. MacLeod R, Elliott R, Rodgers B. Process-experiential/emotion-focused therapy for social anxiety: a hermeneutic single-case efficacy design study. *Psychother Res.* 2012; 22(1):67-81.
  37. Elliott R. Emotion-focused therapy. In: Sanders P, editor. *The tribes of the person-centred nation: an introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach.* Manchester: PCCS Books; 2012. P. 103-30.
  38. Wnuk SM, Greenberg L, Dolhanty J. Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eat Disord.* 2015; 23(3):253-61.
  39. Lafrance Robinson A, McCague EA, Whissell C. "That chair work thing was great": a pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person Centered Exper Psychother.* 2014; 13(4):263-77.
  40. Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the binge eating scale among Iranian obese population. *Iran J Psychiatry.* 2009; 4(4):143-6.
  41. Asgari P, Pasha GR, Aminiyan M. Relationship between emotion regulation, mental stresses and body image with eating disorders of women. *Andisheh Va Raftar.* 2009; 4(3):65-78.
  42. Ivanova I. The "how" of change in emotion-focused group therapy for eating disorders. [Doctoral Dissertation]. Toronto: University of Toronto; 2013. ?
  43. Rieger E, Van Buren DJ, Bishop M, Tanofsky-Kraff M, Welch R, Wilfley DE. An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): causal pathways and treatment implications. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30(4):400-10.
  44. Apple RF. Interpersonal therapy for bulimia nervosa. *J Clin Psychol.* 1999; 55(6):715-25.
  45. Angus LE, Greenberg LS. Working with narrative in emotion-focused therapy: changing stories, healing lives. Massachusetts: American Psychological Association; 2011.
  46. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30(2): 217-37.
  47. Bydlowski S, Corcos M, Jeammet P, Paterniti S, Berthoz S, Laurier C, et al. Emotion-processing deficits in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005; 37(4):321-9.
  48. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull.* 1991; 110(1): 86-108.
  49. Dolhanty J, Greenberg LS. Emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders. *Eur Psychother.* 2007; 7(1):97-116.
  50. Greenberg L. Emotion and cognition in psychotherapy: the transforming power of affect. *Canadian Psychol.* 2008; 49(1):49.

Original Article

# Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation and Periods of Overeating in Women with Binge Eating Disorder

Yousef Asmari Bardezard<sup>1\*</sup>, Nour Ali Khosravi Babadi<sup>2</sup>, Hadi Ansari<sup>3</sup>, Mohammad Masoud Motevalli<sup>4</sup>

<sup>1</sup> PhD Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> MSc in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> MSc in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Najaf Abad Branch, Isfahan, Iran

<sup>4</sup> MSc in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

**Received:** 01 May 2018

**Accepted:** 23 June 2018

---

## Abstract

**Introduction:** Emotion dysregulation is one of the predisposing factors for overeating. Regarding this, the aim of the present study was to investigate the effectiveness of emotion-focused group therapy on emotion regulation and courses of overeating in women with binge eating disorder.

**Materials and Methods:** This semi-experimental study was conducted on 16 women with binge eating disorder referring to the Obesity Treatment Centers in Tehran, Iran, using a pretest-posttest design and a follow-up of 6 weeks with a control group. The study population was randomly assigned into two groups of intervention (n=8) and control (n=8). The data collection was performed using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. The intervention group was subjected to 10 90-minute interventional sessions. The control group was provided with these sessions after the completion of the experiment for ethical considerations. At the end of the intervention, the questionnaire was administered on the research groups again. The data were analyzed in SPSS software (version 24) using descriptive statistics (i.e., mean and standard deviation) and inferential statistics, such as repeated measures analysis of covariance. P-value less than 0.05 was considered statistically significant.

**Results:** According to the findings, emotion-focused group therapy resulted in a significant increase in the overall score of emotional difficulty and index of overeating periods in binge eating disorder in the intervention group ( $P \leq 0.05$ ).

**Conclusion:** As the findings indicated, emotion-focused therapy could improve the symptoms of binge eating disorder.

**Keywords:** Emotion-focused therapy, Emotion regulation, Overeating

---