تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال پرخوری: آزمایش تصادفی کنترل شده یک سوکور

ملیحه رحمانی[۱]، عبداله امیدی[۲]، حسین اکبری[۳]، ذات‌اله عاصمی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال پرخوری انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی یک سوکور، جامعه پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال پرخوری شهرستان کاشان تشکیل داد. از بین افرادی که در نیمه اول سال ۱۳۹۴ به کلینیک تخصصی تغذیه کاشان مراجعه کرده بودند، ۶۰ نفر با دامنه سنی ۵۲-۱۹ سال و تشخیص اختلال پرخوری، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه اختصاص یافتند تا تحت درمان فراتشخیصی قرار گیرند (۳۰ نفر) یا به مدت ۱۲ هفته در لیست انتظار بمانند (۳۰ نفر). متغیرهای وابسته با استفاده از مقیاس پرخوری Gormally و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان Gratz و Roemer (Difficulties in Emotion Regulation Scale یا DERS) اندازه‌گیری شد. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بعد از ۱۲ هفته، درمان فراتشخیص منجر به کاهش معنی‌دار نتایج پرخوری (۳/۵۵ ± ۸/۴۶- در مقابل ۱/۹۰ ± ۱/۳۶-) ($P < ۰/۰۰۱$) و دشواری در تنظیم هیجان (۳۳/۹۱ ± ۹۹/۷۰- در مقابل ۲۴/۳۲ ± ۱۵/۴۳) ($P < ۰/۰۰۱$) در مقایسه با گروه شاهد شد.

نتیجه‌گیری: در درمان فراتشخیصی یکپارچه، عنصر رفتاری درمان در عادی کردن الگوهای خوردن، برنامه‌ریزی وعده‌های غذا، آموزش تغذیه و خاتمه دادن به چرخه‌های پرخوری تمرکز دارد و به فرد آموزش می‌دهد تا مقادیر کمتری از غذا را به طور منظم مصرف کند. همچنین، عنصر شناختی این درمان، به مقابله با افکار ناکارامد همراه با پرخوری می‌پردازد. به طور کلی، به دنبال این مداخله، تأثیرات مثبتی بر پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان مشاهده شد.

واژه‌های کلیدی: درمان، اختلال پرخوری، هیجانات

ارجاع: رحمانی ملیحه، امیدی عبداله، اکبری حسین، عاصمی ذات‌اله. **تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال پرخوری: آزمایش تصادفی کنترل شده یک سوکور.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۲): ۲۳۱-۲۲۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۳/۲۸

مقدمه

اختلال پرخوری (Binge eating disorder) در پنجمین راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition یا DSM-5)، یک طبقه تشخیصی مجزا محسوب می‌شود؛ در حالی که در نسخه قبلی (DSM-4th edition-Text Revision یا DSM-IV-TR) جزء اختلال خوردن تصریح نشده بود (۱) و دو مشخصه آن، مصرف مقدار غذای بیشتر از دیگران و احساس فقدان کنترل در موقعیت‌های مشابه بدون رفتار پاکسازی می‌باشد (۲). شواهد پژوهشی، نقش هیجان‌ها (به خصوص هیجان‌های منفی) را در پرخوری مورد تأکید قرار می‌دهد. افراد دارای پرخوری افراطی، دچار استرس و عواطف منفی بیشتری هستند (۳). دلیل بالقوه‌ای که افراد دارای پرخوری در پاسخ به خلق منفی می‌خورند و موقعیت‌ها را استرس‌زاتر قضاوت می‌کنند، ناشی از نقص در تنظیم هیجاناتشان است (۴). تنظیم هیجان به گونه فزاینده‌ای در الگوهای آسیب روانی وارد شده است و با توجه به شواهد مختلف، افرادی که قادر به مدیریت پاسخ‌های هیجانی در برابر حوادث روزمره نباشند، دوره‌های طولانی و سختی از اختلالاتی همچون افسردگی و اضطراب را تجربه خواهند نمود (۵).

مطالعات محدودی اثر دارو درمانی به خصوص مصرف داروهای ضد افسردگی را بر کاهش وزن و بهبود اختلال پرخوری مورد توجه قرار داده‌اند و نتایج نشان داده است که دارو درمانی تنها در مدت کوتاهی باعث کاهش وزن و پرخوری می‌شود و در بلندمدت اثربخشی لازم را ندارد (۶). پژوهش‌های دیگر نیز پیشنهاد می‌کنند که تلفیق دارو درمانی و رفتار درمانی می‌تواند اثرات

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳- استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۴- دانشیار، مرکز تحقیقات بیوشیمی و تغذیه در بیماری‌های متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
نویسنده مسؤول: عبداله امیدی
Email: abomidi20@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.11.2]

پایـــدارتری داشـــته باشـــد (۷، ۶). حتـــی روان درمـــانی بـــین فـــردی (Interpersonal psychotherapy یا IPT) نیز هیجانات را مورد توجه قـرار نمی‌دهد (۸). رفتار درمانی دیالکتیک (Dialectical behavioral therapy یا DBT) اگرچه رویکرد جامع و اثرگذاری است، اما با توجه به پیچیـدگی تمـرین‌هـا، لزوم تخصص درمانگر و طولانی و پرهزینه بودن درمان، مقرون بـه صـرفه نیسـت. هرچند رفتار درمانی- شـناختی (Cognitive behavioral therapy یـا CBT) به عنوان یک درمان انتخابی برای بهبود اختلال پرخوری محسوب می‌شود، امـا در پیگیری‌های اثربخشی این درمان مشاهده شده است کـه خـوردن بیمارگونـه ادامه می‌یابد یا دوباره ظاهر می‌شود (۹). همچنـین، CBT بـرای همـه مناسـب نیست، به خصوص در افرادی که تکانشگری بـالا دارنـد، احتمـال تـرک کـردن درمان بیشـتر اسـت (۱۰). بنـابراین، احتمـال دارد بـرای چنـین افـرادی درمـان فراتشخیصی که بر تنظیم هیجان تأکید ویژه‌ای دارد، درمان مناسبی باشد (۱۱).

پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه Barlow (۱۳، ۱۲) برای افـراد دارای اختلال‌های اضطرابی و خلقی یک قطبـی بـا کاربردپـذیری بـالقوه بـرای سـایر اخـتلال‌هـای هیجـانی ارایـه گردیـد کـه تـدوین آن بـا توجـه بـه اشـتراکات و مشابهت‌های موجود بین اختلال‌های هیجـانی از جملـه عوامـل فراتشخیصـی و سطح بالاتر (مانند هیجان منفی، کمال‌گرایی، نشخوار ذهنـی، مشـکلات تنظـیم هیجانی، نگرانی و مشکل خواب)، نرخ بالای هماینـدی بـین ایـن اخـتلال‌هـا و میزان بهبودی بالا در اختلال همایند با اختلال اصلی تحت درمان انجام گرفـت (۱۴). بنابراین، تدوین و کاربرد یک پروتکل درمانی واحد کارا و اثـربخش بـرای طبقه‌ها و مقوله‌های تشخیصی به منظـور مـورد هـدف قـرار دادن ویژگـی‌هـای مرکزی اختلالات هیجانی مانند پرخوری، می‌تواند گزینه‌های مقتصـدانه و شـاید قدرتمند در مقایسه با پروتکل‌های درمانی موجود کنـونی بـرای تشـخیص‌هـای بالینی خاص باشد. پروتکل درمان فراتشخیص که این عوامـل مشـترک را مـورد هدف قرار می‌دهد، رویکرد مناسبی است (۱۱). طبق تحقیقات انجام شده، درمان فراتشخیصـی یکپارچـه، در کـاهش علایـم اخـتلالات اضـطرابی (۱۶، ۱۵) و افسردگی (۱۷، ۱۶) مؤثر است و منجر به تنظـیم هیجـان (۱۸-۱۶) و سـازگاری اجتماعی و شغلی (۱۶) و عملکرد عمومی (۱۹) می‌شود.

از نقاط مشترک اساسی اختلال‌های هیجانی، به طور خلاصه مـی‌تـوان بـه شواهد مربوط به میزان همایندی و هم‌پوشی تشخیصی بالا (۲۰)، تعمـیم‌پـذیری پاسخ‌های درمانی در این اختلال‌ها به واسطه واحد بودن این اخـتلال‌هـا، وجـود یک سندرم روان‌رنجوری عمومی (General neurotic syndrome) احتمالی (۲۱)، الگوهـای فعالیـت عصـبی مشـترک بـه خصـوص تحریـک‌پـذیری (Hyper excitability) بالای ساختارهای سیستم لیمبیک (Limbic) همـراه بـا کنترل بازدارنده مختل یا محدود ساختارهای قشری (۲۲)، بدتنظیمی هیجـانی (۲۳)، هم‌گرایی‌های ابعاد سرشتی بارز و سازه‌های مکنون مشترک (مثل عاطفـه مثبـت و منفی) مطابق با مدل سـه بخشـی (Tripartite model) اخـتلال‌هـای هیجـانی (۲۴)، تأکید مدل آسیب‌پذیری سـه‌گانـه (Triple vulnerability model) (۲۵) بر وجود عوامل سبب‌ساز مشترک آسیب‌پذیری زیسـتی و روان‌شـناختی عمـومی علاوه بر آسیب‌پذیری اختصاصی در اختلال‌های هیجانی و در نهایت، فرایندهای شناختی و رفتاری مشترک مانند سوگیری‌ها و افکار تکـرار شـونده (۲۶) در ایـن اختلال‌ها اشاره کرد.

با توجه به اهمیت پرخوری و بـه دنبـال آن اضـافه وزن در امـر سـلامت و بهداشت و اثر ناپایدار درمان‌های دارویی و جراحی در نتیجه عدم رضایت‌بخشـی لازم برای حل این مشکل (۲۹-۲۷)، به نظـر مـی‌رسـد کـه گسـترده‌تـرین و در دسترس‌ترین درمان، درمان‌های روان‌شناختی باشد (۳۰)، اما در میان روش‌هـای روان‌شناختی هم تناقضـات و سـود و زیـان‌هـایی وجـود دارد (۹، ۶) کـه باعـث سردرگمی و تردید در به کارگیری یک روش درمانی می‌شود. بنـابراین، پـژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر کارایی پروتکل درمان فراتشخیصی بـر روی پرخـوری مورد بررسی قرار گرفت.

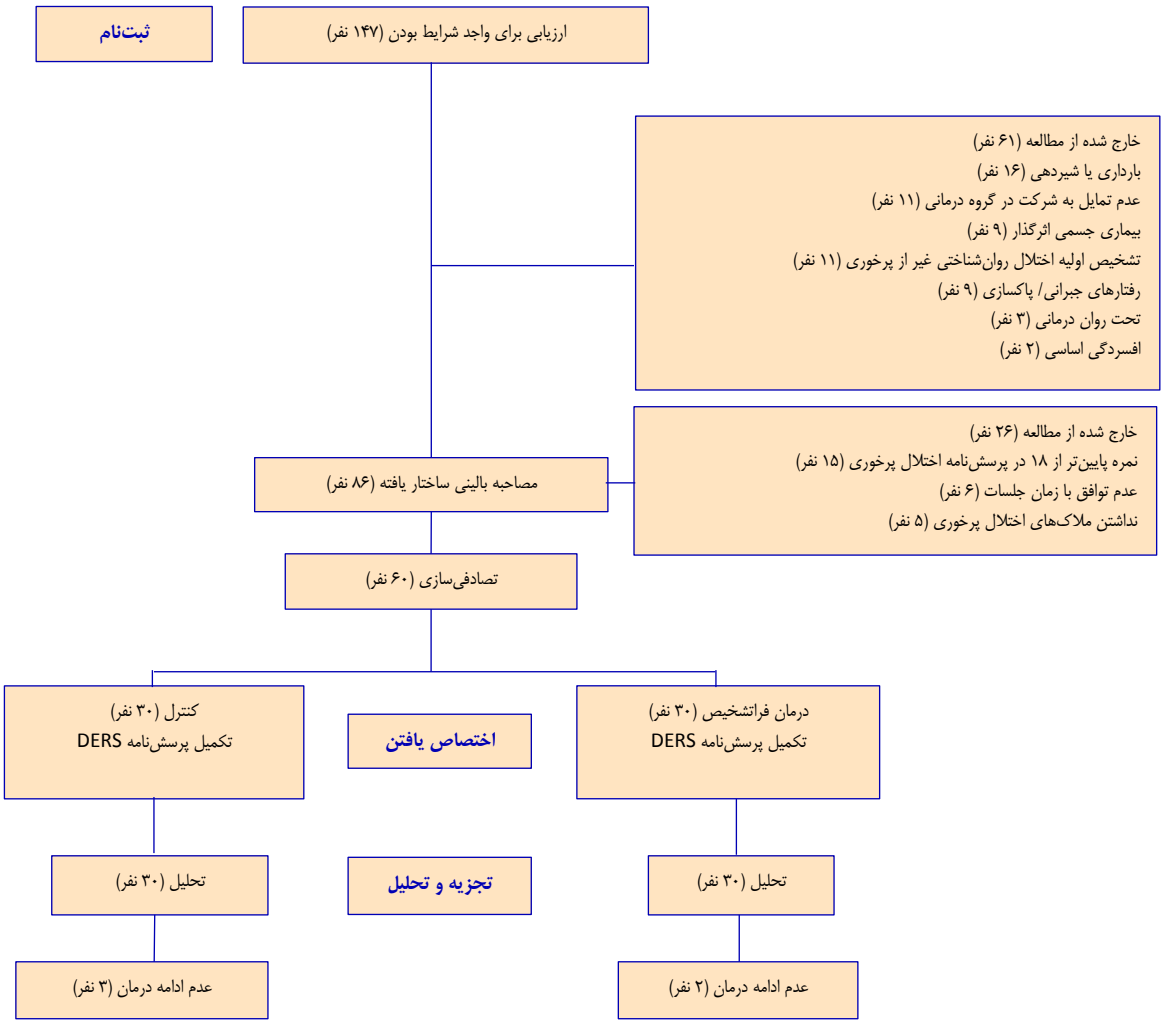
مواد و روش‌ها

این مطالعه که با کد IRCT20150614227O9N1 در پایگاه ثبت کارآزمـایی بالینی ایران درج شده است، از نوع آزمایش تصادفی کنترل شده یک سـوکور بـا دو گروه آزمایش و شاهد بود.

جامعه آماری پژوهش، کلیه زنـان مبـتلا بـه اخـتلال پرخـوری شهرسـتان کاشان بودند. از بین بیماران مبتلا به پرخوری کـه در نیمـه اول سـال ۱۳۹۴ بـه کلینیک تخصصی تغذیه شهرستان کاشان مراجعه کرده بودنـد، ابتـدا ۱۴۷ بیمـار بررسی شدند و ۶۰ نفر از آن‌ها که ملاک‌های ورود را داشتند، به دو گروه درمـان و شاهد اختصاص یافتند. به این صورت کـه در آغـاز کـار، افـراد از جهـت تمـام معیارهای ورود و برخی معیارهـای خـروج شـامل چـاقی ناشـی از بیمـاری‌هـای جسمی، دیابت نوع ۲، وجود بارداری یا دوره شیردهی و سابقه سوء مصرف مـواد مخدر، توسط متخصص تغذیه بررسی شدند و پرسش‌نامه اختلال پرخوری توسط آن‌ها تکمیل شد تا کسانی که نمره بالاتر از ۱۷ کسب کردنـد، بـرای شـرکت در پژوهش انتخاب شوند. همچنین، برای اطمینـان از تشـخیص اخـتلال پرخـوری، مصاحبه بالینی ساختار یافته (Structured clinical interview disorders یا SCID) بر اساس چهارمین راهنمـای تشخیصـی و آمـاری اخـتلالات روانـی توسـط مجـری انجـام شـد (۳۱). مجـری جلسـات درمـان، کارشـناس ارشـد روان‌شناسی بالینی بود که در کارگاه درمان فراتشخیص با گواهی معتبـر شـرکت نموده بود. در اولین دیدار، محقق روند کار را برای شرکت کنندگان توضیح داد و رضایت آن‌ها را جلب نمود. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، همه شـرکت کنندگان فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی محقق ساخته را تکمیل کردند. از بیماران درخواست شد که در طول اجرای مطالعه تغییری در سبک زندگی خـود ندهنـد و عادات روزانه، ورزش، رژیم غذایی و داروهای قبلی خود را ادامـه دهنـد. لازم بـه ذکر است که تمام شرکت کنندگان تحت رژیم درمانی توسـط متخصـص تغذیـه بودنـــد. مقیـــاس دشـــواری در تنظـــیم هیجـــان Gratz و Roemer (Difficulties in Emotion Regulation Scale یـا DERS) بـر روی تمامی افراد اجرا گردید و داروهای مصرفی و رژیم غذایی ثبت گردیـد. افـراد بـه طور تصادفی در دو گروه فراتشخیص (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) قرار گرفتند کـه این کار بر اساس جدول اعداد تصادفی انجام شد. تخصیص تصادفی به این دلیل انجام شد که کورسازی (Blinding) جهـت اختصـاص افـراد بـه گـروه‌هـا، بـرای محققان صورت گیرد، اما محققی که مداخله را انجام می‌داد، از اختصـاص گـروه‌هـا باخبر بود. با این حال، برای دستیاری که داده‌هـای مطالعـه را جمع‌آوری مـی‌کـرد، نسبت به تخصیص افراد و مداخله کورسازی صورت گرفت. اندازه‌گیری نتـایج در دو مقطع قبل و بعد از مطالعه انجام شد. شکل ۱ روند انجام مطالعه را نشان می‌دهد.

برای اندازه‌گیری اثربخشی مداخله، حداقل حجم نمونه با استفاده از فرمـول Cohen، محاسبه شد (۳۲).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.11.2]
www.mui.ac.ir



شکل ۱. روند اجرای مطالعه

DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale

نتایج این فرمول نشان داد با در نظر گرفتن اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۹۰، ۲۶ نفر برای هر گروه لازم است که با در نظر گرفتن احتمال ریزش و امکانات موجود، این مطالعه بر روی دو گروه ۳۰ نفره (در مجموع ۶۰ نفر) با روش نمونه‌گیری هدفمند انجام گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص اختلال پرخوری، سن بالای ۱۸ سال، دریافت رژیم غذایی تجویز شده توسط متخصص تغذیه و تمایل به شرکت در پژوهش بود. با توجه به دشواری‌های نسبی این روش درمانی، عنصر انگیزه در این درمان بسیار مهم است. بنابراین، این درمان بر روی کسانی اجرا شد که نسبت به محتوای این روش درمانی، آگاهی و برای گذراندن دشواری‌های آن انگیزه لازم را داشتند. همچنین، معیارهای خروج شامل تشخیص اولیه سایر تشخیص‌های روان‌پزشکی، رفتارهای جبرانی یا پاکسازی، بیماری‌های جسمی شدید (مانند دیابت وابسته به انسولین و شیمی درمانی در سرطان)، بارداری یا شیردهی، اختلال افسردگی اساسی، سابقه سوء مصرف مواد مخدر، غیبت بیش از ۳ جلسه و سابقه دریافت مداخلات روان‌شناختی طی یک ماه گذشته بود. در ادامه توضیحات مربوط به ابزار جمع‌آوری داده‌ها آمده است.

مقیاس پرخوری: این مقیاس توسط Gormally و همکاران به منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی شده و از ۱۴ آیتم چهار گزینه‌ای و ۲ آیتم سه گزینه‌ای تشکیل شده است و ابعاد شناختی- عاطفی (مانند احساس گناه، اشتغال ذهنی با خوردن محدود) و رفتاری (مانند غذا خوردن سریع، تنها غذا خوردن سریع، تنها غذا خوردن) اختلال خوردن را می‌سنجد (۳۳). ماده‌ها از صفر تا سه درجه‌بندی می‌شود و نمره کلی از صفر تا ۴۶ متغیر است. در این مقیاس، نمرات ۱۷ و پایین‌تر از ۱۷ عدم پرخوری، نمرات ۱۸ تا ۲۶ پرخوری متوسط و نمرات ۲۷ به بالا پرخوری شدید را نشان می‌دهد. روایی و پایایی مقیاس پرخوری در ایران مورد تأیید قرار گرفته است؛ به طوری که اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آزمون مجدد، روش دو نیمه‌سازی و ضریب Cronbach's alpha به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۷ و ۰/۸۵ گزارش شد. همچنین، ضریب حساسیت و ویژگی، با استفاده از نقطه برش ۱۷ به ترتیب ۸۴/۶ و ۸۰/۸ درصد به دست آمد (۳۵، ۳۴) که در مطالعه حاضر نیز از این فرم استفاده گردید. این مقیاس نمره‌گذاری معکوس ندارد.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.11.2]

جدول ۱. محتوای جلسات درمان فراتشخیص

جلسه	صورت جلسه
اول	افزایش انگیزه: مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارایه منطق درمان و تعیین اهداف درمان
دوم	ارایه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها، ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجان و مدل ARC
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به خصوص با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی
پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر، ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان، تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
هفتم	بررسی EDBs، آشنایی و شناسایی آن‌ها و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویاروی شدن با رفتارها
هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علایم
نهم تا یازدهم	رویایی احشایی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس، اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی، عینی و ممانعت از اجتناب
دوازدهم	پیشگیری از عود، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی بیمار

EDBs: Emotion-driven behavior

DERS: این مقیاس اولیه یک ابزار سنجش ۳۶ گزینه‌ای خودگزارش‌دهی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی از لحاظ بالینی تدوین شده است (۳۶). مقیاس انتظار تعمیم یافته تنظیم هیجانی منفی به عنوان الگویی در تدوین این مقیاس به کار گرفته شده است.طیف پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت بین ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد. تحلیل عاملی وجود شش عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند (اهداف یا Goals)، دشواری در کنترل تکانه (تکانه یا Impulse)، فقدان آگاهی هیجانی (آگاهی یا Awareness)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها یا Mechanism)، فقدان شفافیت هیجانی (شفافیت یا Lucidity) را نشان داد. نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجانات می‌باشد. این مقیاس در ایران مورد هنجاریابی قرار گرفته است که ضریب Cronbach's alpha آن ۰/۹۲ برآورد شد و پایایی همسانی درونی بالایی برای کل مقیاس (۰/۸۶) و خرده مقیاس‌ها (۰/۷۵ برای عدم پذیرش، ۰/۷۴ برای تکانه، ۰/۶۳ برای آگاهی، ۰/۷۴ برای راهبردها و ۰/۸۵ برای شفافیت) گزارش شد (۳۹-۳۷).

SCID-DSM-IV: مصاحبه‌ای است که بر مبنای DSM-IV به منظور تشخیص اختلالات روانی به صورت ساختار یافته طراحی شده است و به وسیله آن با پرسش درباره نشانه‌های اختلالات روانی، تشخیص مورد نظر تأیید می‌گردد (۳۱). در بررسی پایایی و قابلیت اجرای SCID، توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی به صورت متوسط تا خوب بود (ضریب Kappa بالاتر از ۰/۶). توافق کلی (Kappa مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود و اغلب مصاحبه شوندگان و مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند (۴۰).

در بررسی روایی نسخه فارسی SCID از شاخص‌های Kappa درصد توافق تشخیصی، حساسیت و ویژگی استفاده شد. برای تمام تشخیص‌ها به جز کل اختلالات اضطرابی، Kappa بالاتر از ۰/۴ بود. در بیشتر تشخیص‌ها، ویژگی بالاتر از ۰/۸۵ و در نیمی از این تعداد بالای ۰/۹ بود که نشان دهنده ویژگی مطلوب است. شاخص حساسیت تا حدودی پایین‌تر گزارش شد (۴۱).

ساختار جلسات بر اساس مبانی و روش درمان فراتشخیصی (برگرفته از طرح Barlow و همکاران) تدوین شده بود (۱۲، ۱۱). جلسات درمان گروهی شامل ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود که به صورت هفتگی برگزار گردید. ساختار و تکنیک‌های ارایه شده در هر جلسه به شرح جدول ۱ می‌باشد.

افراد بیماری (۶۰ نفر) که به طور تصادفی به گروه‌های فراتشخیص و شاهد اختصاص یافته بودند (هر گروه ۳۰ نفر)، وارد مطالعه شدند. ۵۵ نفر در پس‌آزمون شرکت کردند و داده‌های حاصل از آن‌ها در تحلیل نهایی لحاظ گردید. میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه‌های فراتشخیص و شاهد به ترتیب ۶/۶۴ ± ۲۸/۵۶ و ۷/۲۷ ± ۳۱/۳۱ سال بود. داده‌ها بر پایه یک تحلیل معطوف به درمان (Intention-to-treat یا ITT) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ (version 19, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در طول دوره مداخله، ۲ نفر از گروه فراتشخیص و ۳ نفر از گروه شاهد خارج شدند. از آن‌جا که تحلیل‌ها بر پایه اصول ITT انجام گرفت، نمرات مربوط به تمام ۶۰ نفر مبتلا به اختلال پرخوری در تحلیل نهایی وارد شد. به طور متوسط، نسبت همکاری شرکت کنندگان در مطالعه بالا بود؛ به طوری که ۹۰ درصد از بیماران، درمان را در گروه مداخله ادامه دادند و به پایان رساندند.

میانگین و انحراف معیار نمرات پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان و خرده مقیاس‌های مربوط به این دو به تفکیک گروه و نوع آزمون در جدول ۲ ارایه شده است. به منظور بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی، از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. قبل از ارایه نتایج آزمون مذکور، پیش‌فرض‌های این آزمون مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس، نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov بیانگر عدم تخطی داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون شاخص‌های مورد بررسی از فرض نرمال بودن بود ($P > ۰/۰۵$). همچنین، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون Levene که نتایج آن بیانگر عدم معنی‌داری مقدار P بود ($P > ۰/۰۵$) و پیش‌فرض تساوی ماتریس‌های واریانس- کواریانس با استفاده از آزمون M Box مورد سنجش قرار گرفت ($P > ۰/۰۵$).

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.11.2]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار خطوط پایه و انتهای درمان در گروه‌های مورد مطالعه

مقیاس	زیرمقیاس	گروه فراتشخیص (۳۰ نفر)			گروه شاهد (۳۰ نفر)		
		خط پایه	انتهای درمان	تغییرات	خط پایه	انتهای درمان	تغییرات
اختلال	رفتار	۱۱/۵۶ ± ۳/۱۹	۶/۵۶ ± ۲/۴۳	−۵/۰۰ ± ۲/۵۳	۱۱/۰۰ ± ۳/۱۲	۱۰/۳۶ ± ۲/۴۱	−۰/۶۳ ± ۲/۸۷
پرخوری	شناخت	۱۱/۹۰ ± ۳/۱۵	۸/۴۳ ± ۲/۴۰	−۳/۴۶ ± ۲/۴۷	۱۱/۵۳ ± ۳/۰۷	۱۰/۸۰ ± ۳/۱۷	−۰/۷۳ ± ۲/۳۷
	کل	۲۳/۴۶ ± ۵/۳۱	۱۵/۰۰ ± ۴/۴۵	−۸/۴۶ ± ۳/۵۵	۲۲/۵۳ ± ۵/۰۴	۲۱/۱۶ ± ۴/۷۲	−۱/۳۶ ± ۱/۹۰
دشواری در	پذیرش	۴/۱۳ ± ۰/۶۲	۱/۴۰ ± ۰/۸۳	−۲/۷۳ ± ۰/۹۶	۳/۹۸ ± ۰/۵۳	۴/۳۸ ± ۰/۲۵	۰/۴۳ ± ۰/۵۹
تنظیم هیجان	اهداف	۴/۱۹ ± ۰/۷۳	۱/۴۴ ± ۰/۹۰	−۲/۷۴ ± ۱/۰۷	۴/۱۶ ± ۰/۵۹	۴/۵۴ ± ۰/۲۴	۰/۴۲ ± ۰/۶۸
	تکانه	۴/۱۲ ± ۰/۶۸	۱/۳۷ ± ۰/۸۱	−۲/۷۴ ± ۱/۰۱	۴/۰۵ ± ۰/۷۱	۴/۳۷ ± ۰/۲۵	۰/۳۷ ± ۰/۷۸
	آگاهی	۴/۲۸ ± ۰/۷۰	۱/۴۱ ± ۰/۸۷	−۲/۸۷ ± ۱/۰۶	۴/۰۴ ± ۱/۰۳	۴/۵۱ ± ۰/۳۴	۰/۵۵ ± ۰/۸۹
	راهبرد	۴/۱۹ ± ۰/۶۸	۱/۴۵ ± ۰/۸۳	−۲/۷۳ ± ۰/۹۹	۳/۹۵ ± ۰/۷۳	۴/۳۲ ± ۰/۱۹	۰/۴۲ ± ۰/۸۴
	شفافیت	۴/۲۱ ± ۰/۷۱	۱/۴۲ ± ۰/۸۰	−۲/۷۹ ± ۱/۰۸	۳/۸۱ ± ۱/۱۱	۴/۴۲ ± ۰/۳۵	۰/۶۸ ± ۱/۰۸
	کل	۱۵۰/۸۳ ± ۲۰/۸۶	۵۱/۱۳ ± ۲۹/۸۲	−۹۹/۷۰ ± ۳۳/۹۱	۱۴۴/۰۳ ± ۲۵/۶۴	۱۵۹/۴۷ ± ۴/۸۲	۱۵/۴۳ ± ۲۴/۳۲

با توجه به جدول ۳، هر کدام از آماره‌های اثر پیلایی، Wilks's lambda، اثر Hotelling، بزرگ‌ترین ریشه‌روی نشان دهنده معنی‌دار بودن اثر گروه بر اختلال پرخوری با وجود اثر متقابل بین خرده مقیاس‌های آن بود. همچنین، آماره‌های مذکور نشان داد که اثر گروه بر دشواری در تنظیم هیجان با وجود اثر متقابل بین خرده مقیاس‌های آن وجود داشت.

جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای مقایسه پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان دو گروه در مرحله پس‌آزمون را نشان می‌دهد که بعد از ۱۲ هفته مداخله و پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، مقایسه دو گروه فراتشخیص و شاهد در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معنی‌داری را در پرخوری، دشواری در تنظیم هیجان و زیرمقیاس‌های مربوط به آن‌ها آشکار کرد. با توجه به جدول میانگین‌ها و تغییرات (جدول ۲)، می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراتشخیصی بر کاهش پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان افراد مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون اثربخش بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر اولین مطالعه در زمینه تأثیر درمان فراتشخیص بر پرخوری در ایران بود. نتایج نشان داد که رویکرد فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان مؤثر است.

طبق مطالعات صورت گرفته، خوردن یک رفتار است و وابستگی زیادی به حالات هیجانی دارد. قسمت عمده فراتشخیص هم به مهارت‌های تنظیم هیجان اختصاص دارد. این تغییرات در کاهش نمره دشواری در تنظیم هیجان افراد نمونه مشهود است. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که میانگین نمرات کل و خرده مقیاس‌های اختلال پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان گروه درمان، در مرحله پس‌آزمون به طور معنی‌داری کمتر از میانگین این مؤلفه‌ها در گروه شاهد بود (جدول ۴). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراتشخیصی بر پرخوری و تنظیم هیجان زنان مورد مطالعه تأثیر گذاشته است. هرچند پژوهشی که به اثربخشی درمان فراتشخیصی بر پرخوری بپردازد، یافت نشد، اما یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج حاصل از تحقیقاتی که اثربخشی راهبردهای هیجانی را بر بهبود اختلال مذکور سنجیده است (۵۱-۴۲)، مشابه و هم‌سو بود. علاوه بر این، تحقیقات نشان داده‌اند که درمان فراتشخیصی موجب کاهش هیجان‌های منفی می‌شود (۵۳، ۵۲، ۱۹، ۱۵، ۱۱). از آن‌جا که بیماران پرخور در زمینه تنظیم هیجانات خود و به خصوص هیجان‌های منفی نقص دارند و در پاسخ به خلق منفی به مصرف زیاد غذا روی می‌آورند، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که نتایج پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر درمان فراتشخیصی بر پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان، به طور غیر مستقیم با پژوهش‌های ذکر شده همخوانی دارد. ضمن این که در جریان پژوهش، یافته‌هایی که اثربخشی مداخلات فراتشخیصی و هیجان محور را زیر سؤال ببرد، یافت نشد که این مسأله می‌تواند به دلیل نوپا بودن این مطالعات و کم بودن موارد مخالف با تحقیق حاضر باشد.

جدول ۳. تحلیل کواریانس چند متغیره در مرحله پس‌آزمون

مقیاس	گروه	آزمون	مقدار آماره	آماره F	مقدار P	مجذور اتا	توان آماری
اختلال پرخوری	فراتشخیص	اثر پیلایی	۰/۶۶	۵۴/۳۰	< ۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
		Wilks's Lambda	۰/۳۳	۵۴/۳۰	< ۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
		اثر Hotelling	۱/۹۷	۵۴/۳۰	< ۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
		بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۱/۹۷	۵۴/۳۰	< ۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
دشواری در تنظیم هیجان	شاهد	اثر پیلایی	۰/۸۵	۴۷/۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱
		Wilks's Lambda	۰/۱۴	۴۷/۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱
		اثر Hotelling	۶/۰۰	۴۷/۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱
		بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۶/۰۰	۴۷/۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.11.2]
www.mui.ac.ir

جدول ٤. نتایج تحلیل کواریانس عضویت گروهی بر اختلال پرخوری و دشواری در تنظیم هیجان

متغیر وابسته	زیرمقیاس	مراحل	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	مجذور اتا	توان آماری
اختلال پرخوری	رفتار	اثر پیش‌آزمون	۴۷/۸۶	۴۷/۸۶	۱۴/۷۰	< ۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
		اثر گروه	۲۴۹/۲۹	۲۴۹/۲۹	۷۶/۷۸	< ۰/۰۰۱		
	شناخت	اثر پیش‌آزمون	۱۰۴/۶۲	۱۰۴/۶۲	۳۲/۴۹	< ۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱
		اثر گروه	۱۱۲/۷۱	۱۱۲/۷۱	۳۵/۰۰	< ۰/۰۰۱		
دشواری در تنظیم هیجان	پذیرش	اثر پیش‌آزمون	۰	۰	۰	۰/۹۳۰	۰/۸۴	۱
		اثر گروه	۱۰۹/۵۹	۱۰۹/۵۹	۲۷۸/۳۴	< ۰/۰۰۱		
	اهداف	اثر پیش‌آزمون	۰/۹۰	۰/۹۰	۱/۹۶	۰/۱۶۰	۰/۸۲	۱
		اثر گروه	۱۱۶/۲۲	۱۱۶/۲۲	۲۵۲/۷۷	< ۰/۰۰۱		
	تکانه	اثر پیش‌آزمون	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۲۸	۰/۵۹۰	۰/۸۴	۱
		اثر گروه	۱۱۲/۱۱	۱۱۲/۱۱	۲۸۸/۰۱	< ۰/۰۰۱		
	آگاهی	اثر پیش‌آزمون	۰/۳۹	۰/۳۹	۰/۸۷	۰/۳۵۰	۰/۸۴	۱
		اثر گروه	۱۲۴/۲۹	۱۲۴/۲۹	۲۷۸/۴۴	< ۰/۰۰۱		
	راهبرد	اثر پیش‌آزمون	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۵۲	۰/۴۷۰	۰/۸۳	۱
		اثر گروه	۱۰۱/۲۶	۱۰۱/۲۶	۲۷۰/۲۴	< ۰/۰۰۱		
	شفافیت	اثر پیش‌آزمون	۰/۱۷	۰/۱۷	۰/۴۴	۰/۵۰۰	۰/۸۴	۱
		اثر گروه	۱۱۶/۶۶	۱۱۶/۶۶	۲۸۹/۷۴	< ۰/۰۰۱		

مدل تنظیم هیجان بر مبنای تعداد زیادی از پژوهش‌ها که ارتباط بین هیجان منفی و اختلالات خوردن را درمان می‌کند، شکل گرفته است (۵۴، ۳). در واقع این مدل، پرخوری و دیگر انواع آسیب‌شناسی خوردن را به عنوان یک تلاش رفتاری برای تحت تأثیر قرار دادن، تغییر و یا کنترل سطح هیجانی دردناک در نظر می‌گیرد. وهله‌های پرخوری در اختلال پرخوری به عنوان وسیله‌ای برای ایجاد تقویت منفی یا اجتناب موقت از این هیجان‌ها عمل می‌کند (۵۴، ۳). بنابراین، با توجه به منطق پدیدآیی روش درمانی فراتشخیصی، بهبودی و تغییرات معنی‌دار بالینی در شدت علایم اختلال هیجانی بیماران مبتلا به پرخوری، می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، افکار تکرار شونده و هیجان‌های منفی باشد که در ماژول‌های پروتکل روی آن تأکید شده است (۵۵).

با مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه فراتشخیص، مشاهده شد که این درمان تأثیر مثبتی بر کاهش پرخوری در بیماران دارد. در تبیین آن می‌توان گفت که کاهش علایم اختلال در تنظیم هیجان، در محتوای برنامه‌های فراتشخیص در نظر گرفته شده است؛ چرا که در این روش، عنصر رفتاری درمان برای پرخوری می‌تواند روی عادی کردن الگوهای خوردن تمرکز داشته باشد. همچنین، برنامه‌ریزی وعده‌های غذا، آموزش تغذیه و خاتمه دادن به چرخه‌های پرخوری را در برمی‌گیرد و به فرد آموزش داده می‌شود که مقادیر کمتری از غذا را به طور منظم مصرف کند. همچنین، عنصر شناختی این درمان، تغییر شناخت‌ها و رفتارهایی است که چرخه پرخوری را آغاز می‌کند یا به آن‌ها تداوم می‌بخشد. این کار از طریق مقابله با افکار ناکارامد همراه با پرخوری انجام می‌شود. این پروتکل با ارایه اطلاعات مبتنی بر واقعیت، بیمار را ترغیب می‌کند برای خودش مشخص نماید که خوردن غذای بد به طور حتم به از دست دادن کامل کنترل بر خوردن منجر نمی‌شود. از شیوه‌های رفتاری طراحی شده، جهت جایگزینی رژیم غذایی نادرست و خوردن افراطی با خوردن بهینه و سالم، خودوارسی رفتارها و تشکیل عادت‌ها و تمرین‌های آشکار برای مهارت یافتن در کنترل فرایندهای شناختی استفاده شد. بنابراین، درمان از طریق توقف هر نوع رفتاری که با درمان در تداخل بود (برای مثال توقف پرخوری، حذف خوردن تکانشی و بدون برنامه، کاهش میل، ولع و اشتغال ذهنی با غذا، افزایش مقاومت در برابر ولع) میزان پرخوری افراد را کاهش داد.

فردی که توانایی مدیریت هیجانی رشد یافته‌ای دارد، آزاد از هرگونه اجبار درونی و بیرونی می‌تواند هیجان‌ها را تجربه کند یا از بروز آن‌ها جلوگیری کند. شخصی که به دلیل نقص در سیستم تنظیم هیجانی، تکانشی عمل می‌کند، در کنترل میزان خوردن غذا نیز دچار مشکل می‌شود و عواملی از جمله تحریک‌پذیری شدید نسبت به غذا، عدم تمایل نسبت به تناسب بدن و فرار از مشکلات باعث پرخوری در او می‌شود. بیشترین فراخوان‌های انگیزشی پرخوری، نگرانی و خلق منفی است (۳). مطالعات، نتایج مشابهی در مورد نقش خلق منفی در برانگیختگی پرخوری نشان می‌دهند و عنوان می‌کنند که یک دلیل بالقوه در پاسخ‌دهی به پرخوری افراد به هنگام هیجانات و خلق منفی، این است که چنین افرادی موقعیت‌ها را بیش از آن که استرس‌زا باشد، تعبیر می‌کنند و این شاید به دلیل وجود نقص در سیستم تنظیم هیجانات آن‌ها باشد.

مداخلات فراتشخیص به افراد کمک می‌کند تا بیاموزند که چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبه‌رو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های نظم‌بخشی هیجانی، شدت وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش داده، میزان آسیب را کم و کارکرد را افزایش دهد. در رویکردهای CBT که بر نقش تنظیم هیجانی تأکید دارد، تنظیم هیجان از طریق دستکاری شناخت‌ها انجام می‌شود، اما رویکردهای جدیدتر مانند DBT و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) به طور اختصاصی بر نقش تنظیم هیجان تأکید می‌کند و در این میان، درمان فراتشخیص تأکید ویژه‌ای بر نقش هیجان‌ها دارد. این درمان شاید با تأثیر بر عوامل مشترک سطح بالاتر و فراشخیصی، تغییر معنی‌داری را در کاهش شدت علایم اختلال‌ها ایجاد

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.11.2]

می‌کند و در این باره، در روش درمانی و تحقیقات انجام گرفته توسط سایر پژوهشگران مبنی بر کارایی درمان فراتشخیص برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی اضطرابی و خلقی نشان داده شد که این درمان علاوه بر ایجاد تغییر و بهبودی در شدت نشانه‌های اختلال هیجانی اصلی، می‌تواند تغییر معنی‌داری در نشانه‌های اختلال هیجانی همایند با هدف قرار دادن عوامل مرکزی سطح بالاتر هیجانی را موجب شود (۵۸-۵۶). به عبارت دیگر، کاهش در شدت علایم اختصاصی این اختلال هیجانی در بیماران، شاید به طور غیر مستقیم به واسطه تغییرات حاصل شده در این عوامل مشترک باشد. این امر می‌تواند به دلیل در نظر گرفتن عوامل مشترک یا فراتشخیصی، به عنوان علایم کلیدی تمام اختلال‌های طیف هیجانی از طریق تجمع مهارت‌ها و تکنیک‌های اثربخش در این پروتکل صورت گیرد (۵۹).

افراد مبتلا به پرخوری دارای اضافه وزن برانگیزاننده‌های بیشتری در پاسخ به هیجانات منفی نسبت به کسانی که پرخور نیستند، صرف نظر از میزان اضافه وزن‌شان گزارش می‌کنند (۶۰). مشکل چنین افرادی در تعیین سطوح هیجانات به همراه محدودیت در به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی است که با پرخوری و بیش ارزش‌گذاری وزن بدن همراه است. بسیاری از افرادی که رفتارهای مخرب خوردن دارند، احساس می‌کنند که پرخوری آن‌ها به مراتب آسان‌تر از مقابله با افکار، تصاویر و عواطف پریشان و ناخوشایند است و مدل تنظیم هیجانی بر این مسأله تأکید دارد که برخی یاد گرفته‌اند تا هیجان‌های دردآور خود را با خوردن کنترل و تنظیم نمایند و از این طریق به نوعی روی آن‌ها سرپوش بگذارند (۵۳). خلق منفی، پیشایند و تقویت کننده پرخوری در اختلال پرخوری است، اما این مکانیسم منجر به کاهش خلق منفی نمی‌شود؛ چرا که بعد از پرخوری فرد دچار احساس گناه می‌شود و خلق منفی تشدید می‌گردد (۶۱). حتی گفته شده است که راهبردهای مقابله ناسازگارانه به جای حل تعارضات، می‌تواند منجر به اختلالات خوردن شود (۶۲). از آن‌جایی که افراد دارای اختلال پرخوری مستعد چاقی هستند، این عامل در خلق آن‌ها تأثیر می‌گذارد و باعث می‌شود تا برداشت منفی از خود داشته باشند که در این صورت سیکل بیماری‌زا ادامه می‌یابد. فراتشخیص که به دلیل تأثیر بر اختلالات همایند به وجود آمد، طبق مکانیسم یاد شده می‌تواند بر کاهش پرخوری مؤثر واقع شود (۵۸-۵۶).

مداخله‌های فراتشخیصی به افراد کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبه‌رو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های نظم‌بخشی هیجانی، اثرات وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش دهد، میزان آسیب را کم کند و کارکرد را ارتقا بخشد. در رویکرد یکپارچه، افکار، رفتارها و احساسات با هم تعامل پویایی دارد و هر یک از آن‌ها در تجربه هیجانی نقش دارد و بر آن تأثیر می‌گذارد (۶۳).

در پایان باید گفت اگرچه برخی نیاز به جایگزینی درمان فراتشخیصی به جای درمان‌های اختصاصی نمی‌بینند و معتقد هستند که درمان فراتشخیصی می‌تواند مکملی برای درمان‌های اختصاصی دارای حمایت تجربی قبلی باشد و حتی قبل از درمان‌های اختصاصی و به منظور آموزش مهارت‌های عمومی و مقابله با مشکلات عمومی به کار رود (۵۲)، اما تلویحات کاربردی نتایج این پژوهش می‌تواند علاوه بر معرفی و تأیید روش درمان فراتشخیص به عنوان روشی کارامد و اثربخش در درمان ملاک‌های هیجانی افراد مبتلا به اختلال پرخوری، برخی معایب درمان‌های اختصاصی اختلال (از جمله DBT) همچون نیاز به صرف هزینه قابل ملاحظه برای درمان بیماران و آموزش صحیح پروتکل‌های درمانی از طرف متخصصان بالینی را برطرف نماید و همچنین، آن‌ها را از سردرگمی ناشی از انتخاب روش مناسب درمان از بین گزینه‌های مختلف درمانی برای اختلال واحد، رها سازد.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به جامعه آماری پژوهش که تنها زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه شهرستان کاشان بودند، اشاره کرد. همچنین، انتخاب نمونه به صورت هدفمند، تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. محدودیت دیگر، صورت نگرفتن کورسازی برای شرکت کنندگان نسبت به گروه‌های مطالعه بود که به طور حتم کورسازی بیماران در مطالعات روان‌شناختی امر غیر ممکنی است. بنابراین، از آن‌جا که یافته‌های این مطالعه نشان داد، فراتشخیص تأثیرات مثبتی بر پرخوری و تنظیم هیجان دارد، پیشنهاد می‌شود این روش به عنوان درمان مکمل پرخوری به‌کار رود. در ضمن، مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر برای تعیین طول اثر این درمان نیاز است.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشد که در نیمه اول سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. از تمامی بیماران و پرسنلی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition: DSM-IV-TR®. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
3. Polivy J, Herman CP. Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment. New York, NY: Guilford Press; 1993.
4. Safer DL, Telch CF, Chen EY. Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia. New York, NY: Guilford Press; 2009.
5. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. Behav Res Ther 2010; 48(10): 974-83.
6. Agras WS, Crow SJ, Halmi KA, Mitchell JE, Wilson GT, Kraemer HC. Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. Am J Psychiatry 2000; 157(8): 1302-8.
7. Marcus MD, Wing RR, Ewing L, Kern E, Gooding W, McDermott M. Psychiatric disorders among obese binge eaters. Int J

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.11.2]

Eat Disord 1990; 9(1): 69-77.
8. Cain AS. Two brief treatments based on dialectical behavior therapy for binge eating across diagnoses and thresholds: Results from a preliminary randomized dismantling study [Thesis]. Columbia, MO: University of Missouri Columbia; 2009.
9. Halmi KA, Agras WS, Mitchell J, Wilson GT, Crow S, Bryson SW, et al. Relapse predictors of patients with bulimia nervosa who achieved abstinence through cognitive behavioral therapy. Arch Gen Psychiatry 2002; 59(12): 1105-9.
10. Mitchell JE, Halmi K, Wilson GT, Agras WS, Kraemer H, Crow S. A randomized secondary treatment study of women with bulimia nervosa who fail to respond to CBT. Int J Eat Disord 2002; 32(3): 271-81.
11. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide. Oxford, UK: Oxford University Press; 2010.
12. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. Behav Ther 2004; 35(2): 205-30.
13. Allen LB, McHugh RK, Barlow DH. Emotional disorders: A unified protocol. In: Barlow DH, editor. Clinical Handbook of Psychological Disorders. New York, NY: Guilford Press; 2007.
14. Wilamowska ZA, Thompson-Hollands J, Fairholme CP, Ellard KK, Farchione TJ, Barlow DH. Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Depress Anxiety 2010; 27(10): 882-90.
15. Abdi R, Bakhshipour A, ALilo MM, Farnam AR. Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment on reduction of symptoms severity in women with generalized anxiety disorder. J Res Behav Sci 2013; 11(5): 375-90. [In Persian].
16. Akbari M, Roshan R, Shabani A, Fata L, Shairi MR, Zarghami F. the comparison of the efficacy of transdiagnostic therapy based on repetitive negative thoughts with unified transdiagnostic therapy in treatment of patients with co-occurrence anxiety and depressive disorders: a randomized clinical trial. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2015; 21(2): 88-107. [In Persian].
17. Zemestani M, Imani M. Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. Contemporary Psychology 2016; 11(1): 21-32. [In Persian].
18. Mohammadi A, Birashk B, Gharraee B. Comparison of the effect of group transdiagnostic treatment and group cognitive therapy on emotion regulation. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2014; 19(3): 187-94. [In Persian].
19. Hooman F, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y, Davodi I. The effectiveness of transdiagnostic therapy on anxiety, depression, cognitive strategies of emotional regulation, and general performance in women with comorbid anxiety and depression. J Fasa Univ Med Sci 2016; 5(4): 551-63. [In Persian].
20. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003; 289(23): 3095-105.
21. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York, NY: Guilford Press; 2002.
22. Etkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. Am J Psychiatry 2007; 164(10): 1476-88.
23. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ, Editor. Handbook of emotion regulation. New York, NY: Guilford Press; 2007.
24. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. J Abnorm Psychol 1991; 100(3): 316-36.
25. Suarez L, Bennett S, Goldstein C, Barlow DH. Understanding anxiety disorders from a triple vulnerability framework. In: Antony MM, Stein MB, Editors. Oxford handbook of anxiety and related disorders. Oxford, UK: Oxford University Press; 2009. p. 72-153.
26. Harvey AG, Watkins E. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.
27. Stallone DD, Stunkard AJ. The regulation of body weight evidence and clinical implications. Ann Behav Med 1991; 13(4): 220-30.
28. Balsiger BM, Murr MM, Poggio JL, Sarr MG. Bariatric surgery. Surgery for weight control in patients with morbid obesity. Med Clin North Am 2000; 84(2): 477-89.
29. Aronne L. Current pharmacological treatments for obesity. In: Fairburn CG, Brownell KD, Editors. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York, NY: Guilford Press; 2002. p. 551-6.
30. Wing RR. Behavioral approaches to the treatment of obesity. In: Bray GA, Bouchard C, Editors. Handbook of obesity: Clinical applications. Boca Raton, FL: CRC Press; 2003. p. 147-67.
31. Mohammadkhani P, Jahani Tabesh O, Tamannaiefar SH, Jokar M. Structured clinical interview for DSM-IV-TR. Danjeh Publications; 2009. [In Persian].
32. Cohen J. Statistical power analysis. Curr Dir Psychol Sci 1992; 1(3): 98-101.
33. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. Add Behav 1982; 7(1): 47-55.
34. Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the Binge Eating Scale among Iranian Obese Population.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.11.2]

Iran J Psychiatry 2009; 4(4): 143-6. [In Persian].
35. Moloodi R, Dezhkam M, Mootabi F, Omidvar N. Comparison of early maladaptive schema in obese binge eaters and obese non-binge eaters. J Res Behav Sci 2010; 4(2): 9-10. [In Persian].
36. Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22(2): 131-43.
37. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. Hakim Health Sys Res 2010; 13(1): 11-8. [In Persian].
38. Soltan Mohammadlou S, Gharraee B, Fathali Lavasani F, Gohari MR. The relationship of behavioral activation and inhibition systems (BAS/BIS), difficulty of emotional regulation, metacognition with worry. Adv Cogn Sci 2014; 3(2): 85-100. [In Persian].
39. Alavi K, Modarres Gharavi M, Amin Yazdi Sa, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. J Fundam Ment Health 2011; 13(2): 124-35. [In Persian].
40. Mohamadi MR, Asaadi SM., Amini H, Kavyani H, Semnani U., Shabani A. Relability and capability Implementation of Persian version Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Adv Cogn Sci 2004; 6(1-2): 10-22. [In Persian].
41. Amini H, Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Kaviani H, Semnani Y, et al. Validity of the iranian version of the structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I) in the diagnosis of psychiatric disorders. Payesh Health Monit 2008; 7(1): 49-57. [In Persian].
42. Corstorphine E, Mountford V, Tomlinson S, Waller G, Meyer C. Distress tolerance in the eating disorders. Eat Behav 2007; 8(1): 91-7.
43. Fischer S, Meyer AH, Dremmel D, Schlup B, Munsch S. Short-term cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: Long-term efficacy and predictors of long-term treatment success. Behav Res Ther 2014; 58: 36-42.
44. Grilo CM, Masheb RM. A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. Behav Res Ther 2005; 43(11): 1509-25.
45. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT, Gueorguieva R, White MA. Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2011; 79(5): 675-85.
46. Gupta S, Zachary RM, Mancini AD, Cheavens JS, Lynch TR. Emotion regulation skills mediate the effects of shame on eating disorder symptoms in women. Eat Disord 2008; 16(5): 405-17.
47. Kristeller JL, Hallett CB. An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. J Health Psychol 1999; 4(3): 357-63.
48. Lynch WC, Everingham A, Dubitzky J, Hartman M, Kasser T. Does binge eating play a role in the self-regulation of moods? Integr Physiol Behav Sci 2000; 35(4): 298-313.
49. Pollert GA, Engel SG, Schreiber-Gregory DN, Crosby RD, Cao L, Wonderlich SA, et al. The role of eating and emotion in binge eating disorder and loss of control eating. Int J Eat Disord 2013; 46(3): 233-8.
50. Telch CF. Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder. Int J Eat Disord 1997; 22(1): 77-81.
51. Telch C. Emotion regulation skills training treatment for binge eating disorder: Therapist manual; 1997. [Unpublished].
52. Clark DA, Taylor S. The Transdiagnostic Perspective on Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: New Wine for Old Wineskins? J Cogn Psychother 2009; 23(1): 60-6.
53. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A"transdiagnostic" theory and treatment. Behav Res Ther 2003; 41(5): 509-28.
54. Arnow B, Kenardy J, Agras WS. Binge eating among the obese: A descriptive study. J Behav Med 1992; 15(2): 155-70.
55. Fairholme CP, Boisseau CL, Ellard KK, Ehrenreich JT, Barlow DH. Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. In: Kring AM, Sloan DM, editors. Emotion Regulation and Psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York, NY: Guilford Press; 2009. p. 283-309.
56. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. Behav Ther 2012; 43(3): 666-78.
57. Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: protocol development and initial outcome data. Cogn Behav Pract 2010; 17(1): 88-101.
58. Boisseau CL, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Barlow DH. The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. Cogn Behav Pract 2010; 17(1): 102-13.
59. Hayes SC, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. Behav Anal 1994; 17(2): 289-303.
60. Eldredge KL, Agras WS. Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. Int J Eat Disord 1996;

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.11.2]

19(1): 73-82.
61. Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. Int J Eat Disord 2007; 40(6): 521-30.
62. Hinrichsen H, Wright F, Waller G, Meyer C. Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. Eat Behav 2003; 4(2): 117-26.
63. Newman MG, Zuellig AR, Kachin KE, Constantino MJ, Przeworski A, Erickson T, et al. Preliminary reliability and validity of the generalized anxiety disorder questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. Behav Therap 2002; 33(2): 215-33.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.11.2]

The Effect of Unified Transdiagnostic Therapy on Binge Eating and Difficulties in Emotion Regulation in Patients with Binge Eating Disorder: A Single-Blind Randomized Controlled Trial

Maliheh Rahmani[1], Abdollah Omidi[2], Hossein Akbari[3], Zatollah Asemi[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: This study was designed to determine the effect of unified transdiagnostic therapy on binge eating and difficulties in emotion regulation in patients with binge eating disorder.

Methods and Materials: In this single-blind randomized controlled trial, the study population consisted of all women diagnosed with binge eating disorder in Kashan, Iran. Of those who went to the nutrition clinic in Kashan in the first half of 2015, 60 individuals of 19-52 years of age who were diagnosed with binge eating disorder were selected through purposive sampling and were randomly assigned to two groups in order to receive transdiagnostic therapy (n = 30) or remain on the waiting list (n = 30) for 12 weeks. The dependent variables were measured using the Binge Eating Scale (BES) (Gormally et al.) and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz and Roemer). The collected data were analyzed using MANCOVA.

Findings: After 12 weeks, compared with the control group, transdiagnostic therapy resulted in a significant reduction in binge eating (-8.46 ± 3.55 vs. -1.36 ± 1.90) ($P < 0.001$) and difficulties in emotion regulation results (-99.70 ± 33.91 vs. 15.43 ± 24.32) ($P < 0.001$).

Conclusions: The behavioral component of unified transdiagnostic therapy focuses on the normalization of eating patterns, planning of meals, nutrition education, and culmination of the cycles of binge eating, and training of the individual to use smaller amounts of food regularly. Moreover, the cognitive component of this therapy focuses on coping with dysfunctional thoughts associated with binge eating. Generally, unified transdiagnostic therapy intervention had positive effects on binge eating disorder and difficulties in emotion regulation.

Keywords: Therapy, Binge-eating disorder, Emotions

Citation: Rahmani M, Omidi A, Akbari H, Asemi Z. **The Effect of Unified Transdiagnostic Therapy on Binge Eating and Difficulties in Emotion Regulation in Patients with Binge Eating Disorder: A Single-Blind Randomized Controlled Trial.** J Res Behav Sci 2017; 15(2): 221-31.

Received: 13.04.2017 Accepted: 18.06.2017

1- MSc Student, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
3- Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
4- Associate Professor, Research Center for Biochemistry and Nutrition in Metabolic Diseases, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
Corresponding Author: Abdollah Omidi, Email: abomidi20@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.2.11.2]