

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

ملیحه رحمانی^۱، عبدالله امیدی^۱، حسین اکبری^۲، ذات‌اله عاصمی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

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

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی یک سوکور، جامعه پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال پر خوری 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 ۱۹-۵۲ سال و تشخیص اختلال پر خوری، 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 پر خوری Gormally و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان Roemer و Gratz (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 پر خوری ($3/55 \pm 8/46$ - در مقابل $1/90 \pm 1/36$) ($P < 0/001$) و دشواری در تنظیم هیجان ($33/91 \pm 99/70$ - در مقابل $24/32 \pm 15/43$) ($P < 0/001$) 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 پر خوری 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 ناکارآمد همراه با پر خوری می‌پردازد. به طور کلی، به دنبال این مداخله، تأثیرات مثبتی بر پر خوری و دشواری در تنظیم هیجان مشاهده شد.

واژه‌های کلیدی: درمان، اختلال پر خوری، هیجان‌ات

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

پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۳/۲۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱/۲۴

مقدمه

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 پر خوری مورد توجه قرار داده‌اند و نتایج نشان داده است که دارو درمانی تنها در مدت کوتاهی باعث کاهش وزن و پر خوری می‌شود و در بلندمدت اثربخشی لازم را ندارد (۶). پژوهش‌های دیگر نیز پیشنهاد می‌کنند که تلفیق دارو درمانی و رفتار درمانی می‌تواند اثرات

اختلال پر خوری (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 غذایی 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 پر خوری مورد تأکید قرار می‌دهد. افراد دارای پر خوری افراطی، دچار استرس و عواطف منفی بیشتری هستند (۳). دلیل بالقوه‌ای که افراد دارای پر خوری در

- 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 بیهوشی و تغذیه در بیماری‌های متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
- نویسنده مسؤول: عبدالله امیدی

Email: abomid20@yahoo.com

لازم برای حل این مشکل (۲۹-۲۷)، به نظر می‌رسد که گسترده‌ترین و در دسترس‌ترین درمان، درمان‌های روان‌شناختی باشد (۳۰)، اما در میان روش‌های روان‌شناختی هم تناقضات و سود و زیان‌هایی وجود دارد (۶، ۹) که باعث سردرگمی و تردید در به کارگیری یک روش درمانی می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر کارایی پروتکل درمان فراتشخیصی بر روی پر خوری مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

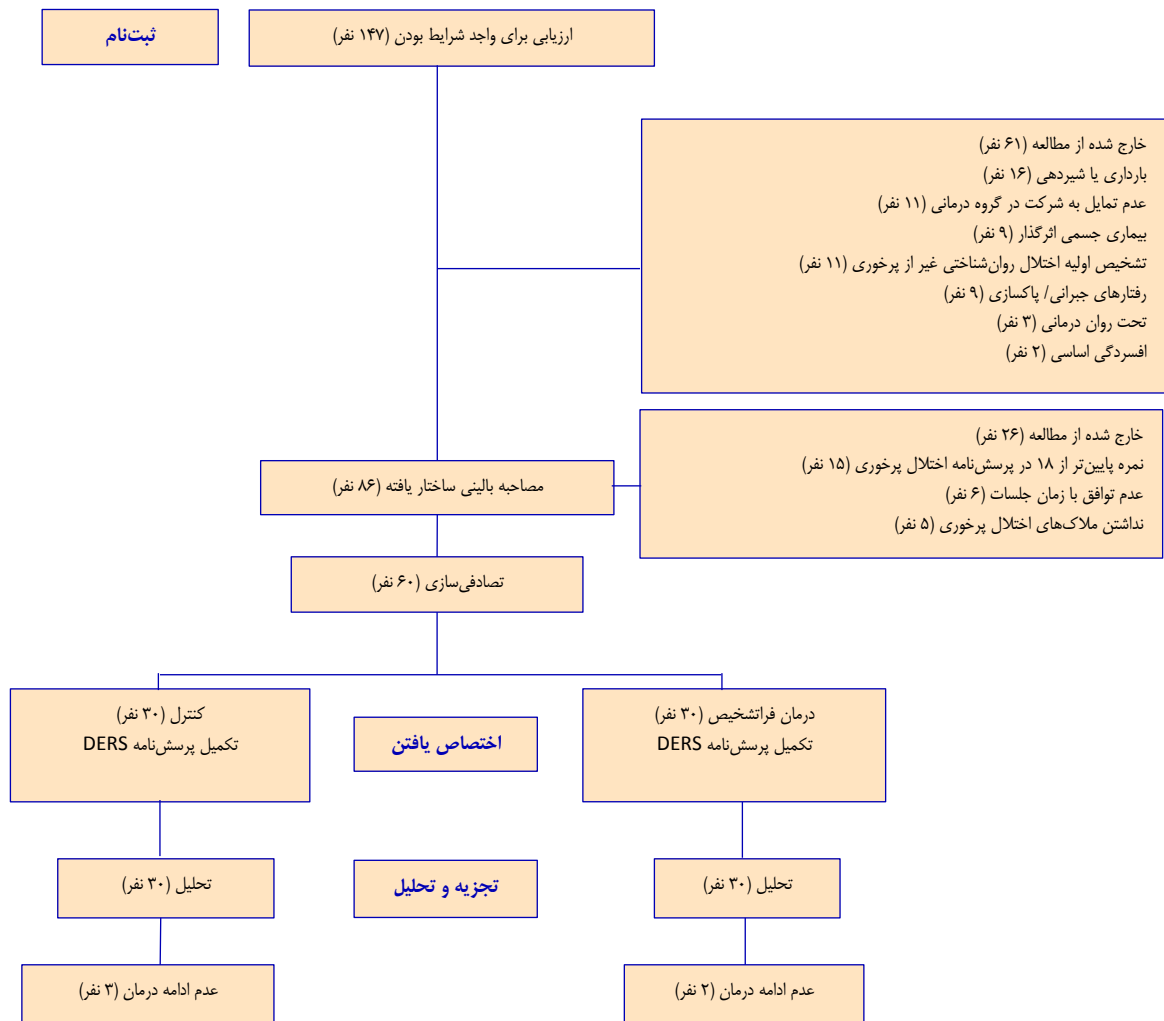
این مطالعه که با کد IRCT2015061422709N1 در پایگاه ثبت کارآزمایی بالینی ایران درج شده است، از نوع آزمایش تصادفی کنترل شده یک سوکور با دو گروه آزمایش و شاهد بود.

جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مبتلا به اختلال پر خوری شهرستان کاشان بودند. از بین بیماران مبتلا به پر خوری که در نیمه اول سال ۱۳۹۴ به کلینیک تخصصی تغذیه شهرستان کاشان مراجعه کرده بودند، ابتدا ۱۴۷ بیمار بررسی شدند و ۶۰ نفر از آن‌ها که ملاک‌های ورود را داشتند، به دو گروه درمان و شاهد اختصاص یافتند. به این صورت که در آغاز کار، افراد از جهت تمام معیارهای ورود و برخی معیارهای خروج شامل چاقی ناشی از بیماری‌های جسمی، دیابت نوع ۲، وجود بارداری یا دوره شیردهی و سابقه سوء مصرف مواد مخدر، توسط متخصص تغذیه بررسی شدند و پرسش‌نامه اختلال پر خوری توسط آن‌ها تکمیل شد تا کسانی که نمره بالاتر از ۱۷ کسب کردند، برای شرکت در پژوهش انتخاب شوند. همچنین، برای اطمینان از تشخیص اختلال پر خوری، مصاحبه بالینی ساختار یافته (Structured clinical interview disorders یا SCID) بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی توسط مجری انجام شد (۳۱). مجری جلسات درمان، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی بود که در کارگاه درمان فراتشخیص با گواهی معتبر شرکت نموده بود. در اولین دیدار، محقق روند کار را برای شرکت‌کنندگان توضیح داد و رضایت آن‌ها را جلب نمود. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، همه شرکت‌کنندگان فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی محقق ساخته را تکمیل کردند. از بیماران درخواست شد که در طول اجرای مطالعه تغییری در سبک زندگی خود ندهند و عادات روزانه، ورزش، رژیم غذایی و داروهای قبلی خود را ادامه دهند. لازم به ذکر است که تمام شرکت‌کنندگان تحت رژیم درمانی توسط متخصص تغذیه بودند. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Roemer and Gratz Difficulties in Emotion Regulation Scale یا DERS) بر روی تمامی افراد اجرا گردید و داروهای مصرفی و رژیم غذایی ثبت گردید. افراد به طور تصادفی در دو گروه فراتشخیص (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) قرار گرفتند که این کار بر اساس جدول اعداد تصادفی انجام شد. تخصیص تصادفی به این دلیل انجام شد که کورسازی (Blinding) جهت اختصاص افراد به گروه‌ها، برای محققان صورت گیرد، اما محقق که مداخله را انجام می‌داد، از اختصاص گروه‌ها باخبر بود. با این حال، برای دسترسی به داده‌های مطالعه را جمع‌آوری می‌کرد، نسبت به تخصیص افراد و مداخله کورسازی صورت گرفت. اندازه‌گیری نتایج 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 فرمول Cohen، محاسبه شد (۳۲).

پایداری داشته باشد (۶، ۷). حتی روان‌درمانی بین فردی (Interpersonal psychotherapy یا IPT) نیز هیجان‌ات را مورد توجه قرار نمی‌دهد (۸). رفتار درمانی دیالکتیک (Dialectical behavioral therapy یا DBT) اگرچه رویکرد جامع و اثرگذاری است، اما با توجه به پیچیدگی تمرین‌ها، لزوم تخصص درمانگر و طولانی و پرهزینه بودن درمان، مقرون به صرفه نیست. هرچند رفتار درمانی - شناختی (Cognitive behavioral therapy یا CBT) به عنوان یک درمان انتخابی برای بهبود اختلال پر خوری محسوب می‌شود، اما در پیگیری‌های اثربخشی این درمان مشاهده شده است که خوردن بیمارگونه ادامه می‌یابد یا دوباره ظاهر می‌شود (۹). همچنین، CBT برای همه مناسب نیست، به خصوص در افرادی که تکانشگری بالا دارند، احتمال ترک کردن درمان بیشتر است (۱۰). بنابراین، احتمال دارد برای چنین افرادی درمان فراتشخیصی که بر تنظیم هیجان تأکید ویژه‌ای دارد، درمان مناسبی باشد (۱۱). پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه Barlow (۱۲، ۱۳) برای افراد دارای اختلال‌های اضطرابی و خلقی یک قطبی با کاربردپذیری بالقوه برای سایر اختلال‌های هیجانی ارایه گردید که تدوین آن با توجه به اشتراکات و مشابهت‌های موجود بین اختلال‌های هیجانی از جمله عوامل فراتشخیصی و سطح بالاتر (مانند هیجان منفی، کمال‌گرایی، نشخوار ذهنی، مشکلات تنظیم هیجانی، نگرانی و مشکل خواب)، نرخ بالای هم‌آمدی بین این اختلال‌ها و میزان بهبودی بالا در اختلال هم‌آمدی با اختلال اصلی تحت درمان انجام گرفت (۱۴). بنابراین، تدوین و کاربرد یک پروتکل درمانی واحد کارا و اثربخش برای طبقه‌ها و مقوله‌های تشخیصی به منظور مورد هدف قرار دادن ویژگی‌های مرکزی اختلالات هیجانی مانند پر خوری، می‌تواند گزینه‌های مقتصدانه و شاید قدرتمند در مقایسه با پروتکل‌های درمانی موجود کنونی برای تشخیص‌های بالینی خاص باشد. پروتکل درمان فراتشخیصی که این عوامل مشترک را مورد هدف قرار می‌دهد، رویکرد مناسبی است (۱۱). طبق تحقیقات انجام شده، درمان فراتشخیصی یکپارچه، در کاهش علائم اختلالات اضطرابی (۱۶، ۱۵) و افسردگی (۱۶، ۱۷) مؤثر است و منجر به تنظیم هیجان (۱۸-۱۶) و سازگاری اجتماعی و شغلی (۱۶) و عملکرد عمومی (۱۹) می‌شود.

از نقاط مشترک اساسی اختلال‌های هیجانی، به طور خلاصه می‌توان به شواهد مربوط به میزان هم‌آمدی و هم‌پوشی تشخیصی بالا (۲۰)، تمهیم‌پذیری پاسخ‌های درمانی در این اختلال‌ها به واسطه واحد بودن این اختلال‌ها، وجود یک سندرم روان‌رنجوری عمومی (General neurotic syndrome) احتمالی (۲۱)، الگوهای فعالیت عصبی مشترک به خصوص تحریک‌پذیری (Hyper excitability) بالای ساختارهای سیستم لیمبیک (Limbic) همراه با کنترل بازدارنده مختل یا محدود ساختارهای قشری (۲۲)، بدتنظیمی هیجانی (۲۳)، هم‌گرایی‌های ابعاد سرشتی بارز و سازه‌های مکنون مشترک (مثل عاطفه مثبت و منفی) مطابق با مدل سه بخشی (Tripartite model) اختلال‌های هیجانی (۲۴)، تأکید مدل آسیب‌پذیری سه‌گانه (Triple vulnerability model) (۲۵) بر وجود عوامل سبب‌ساز مشترک آسیب‌پذیری زیستی و روان‌شناختی عمومی علاوه بر آسیب‌پذیری اختصاصی در اختلال‌های هیجانی و در نهایت، فرایندهای شناختی و رفتاری مشترک مانند سوگیری‌ها و افکار تکرار شونده (۲۶) در این اختلال‌ها اشاره کرد.

با توجه به اهمیت پر خوری و به دنبال آن اضافه وزن در امر سلامت و بهداشت و اثر ناپایدار درمان‌های دارویی و جراحی در نتیجه عدم رضایت‌بخشی



شکل ۱. روند اجرای مطالعه
DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale

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 ۰/۶۷، ۰/۷۲ 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 (۳۴، ۳۵) که در مطالعه حاضر نیز از این فرم استفاده گردید. این مقیاس نمره‌گذاری معکوس ندارد.

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

جدول ۱. محتوای جلسات درمان فراتشخیصی

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 ذهن آگاهی
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 عمل‌جایگزین به واسطه رویارویی شدن با رفتارها
هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
نهم تا یازدهم	رویایی احساسی 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

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 فراتشخیصی 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 شرکت‌کنندگان در گروه‌های فراتشخیصی و شاهد به ترتیب $28/56 \pm 6/64$ و $27/7 \pm 31/31$ 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 فراتشخیصی 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 پر خوری در تحلیل نهایی وارد شد. به طور متوسط، نسبت همکاری شرکت‌کنندگان 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 پر خوری 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، پیش فرض‌های 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 ($P > 0/05$). همچنین، پیش فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون Levene که نتایج آن بیانگر عدم معنی‌داری مقدار P بود ($P > 0/05$) و پیش فرض تساوی ماتریس‌های واریانس-کواریانس با استفاده از آزمون M Box مورد سنجش قرار گرفت ($P > 0/05$).

DEERS 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 هیجانان می‌باشد. این مقیاس در ایران مورد هنجاریابی قرار گرفته است که ضریب Cronbach's alpha آن $0/92$ برآورد شد و پایایی همسانی درونی بالایی برای کل مقیاس ($0/86$) و خرده مقیاس‌ها ($0/75$) برای عدم پذیرش، $0/74$ برای تکانه، $0/63$ برای آگاهی، $0/74$ برای راهبردها و $0/85$ برای شفافیت) گزارش شد (۳۷-۳۹).

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 $0/6$). توافق کلی (Kappa مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی $0/52$ و برای کل تشخیص‌های طول عمر $0/55$ بود و اغلب مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان 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 $0/4$ بود. در بیشتر تشخیص‌ها، ویژگی بالاتر از $0/85$ و در نیمی از این تعداد بالای $0/9$ بود که نشان دهنده ویژگی مطلوب است. شاخص حساسیت تا حدودی پایین‌تر گزارش شد (۴۱).

ساختار جلسات بر اساس مبنای و روش درمان فراتشخیصی (برگرفته از

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	خط پایه	انتهای درمان
اختلال	رفتار	۱۱/۵۶ ± ۳/۱۹	۶/۵۶ ± ۲/۴۳	۱۱/۰۰ ± ۳/۱۲	-۵/۰۰ ± ۲/۵۲
پر خوری	شناخت	۱۱/۹۰ ± ۳/۱۵	۸/۴۳ ± ۲/۴۰	۱۱/۵۳ ± ۳/۰۷	-۳/۴۶ ± ۲/۴۷
	کل	۲۳/۴۶ ± ۵/۳۱	۱۵/۰۰ ± ۴/۴۵	۲۲/۵۳ ± ۵/۰۴	-۸/۴۶ ± ۳/۵۵
دشواری در	پذیرش	۴/۱۳ ± ۰/۶۲	۱/۴۰ ± ۰/۸۳	۳/۹۸ ± ۰/۵۳	-۲/۷۳ ± ۰/۹۶
تنظیم هیجان	اهداف	۴/۱۹ ± ۰/۷۳	۱/۴۴ ± ۰/۹۰	۴/۵۴ ± ۰/۳۴	-۲/۷۴ ± ۱/۰۷
	تکانه	۴/۱۲ ± ۰/۶۸	۱/۳۷ ± ۰/۸۱	۴/۰۵ ± ۰/۷۱	-۲/۷۴ ± ۱/۰۱
	آگاهی	۴/۲۸ ± ۰/۷۰	۱/۴۱ ± ۰/۸۷	۴/۰۴ ± ۱/۰۳	-۲/۸۷ ± ۱/۰۶
	راهبرد	۴/۱۹ ± ۰/۶۸	۱/۴۵ ± ۰/۸۳	۴/۳۲ ± ۰/۱۹	-۲/۷۳ ± ۰/۹۹
	شفافیت	۴/۲۱ ± ۰/۷۱	۱/۴۲ ± ۰/۸۰	۳/۸۱ ± ۱/۱۱	-۲/۷۹ ± ۱/۰۸
	کل	۱۵۰/۸۳ ± ۲۰/۸۶	۵۱/۱۳ ± ۲۹/۸۲	۱۴۴/۰۳ ± ۲۵/۶۴	-۹۹/۷۰ ± ۳۳/۹۱

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 پر خوری 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 پر خوری و تنظیم هیجان زنان مورد مطالعه تأثیر گذاشته است. هرچند پژوهشی که به اثربخشی درمان فراتشخیصی بر پر خوری 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 پر خور در زمینه تنظیم هیجان 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 پر خوری 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 نوبت بودن این مطالعات و کم بودن موارد مخالف با تحقیق حاضر باشد.

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 پر خوری 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 پر خوری 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 پر خوری، 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 پر خوری 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 پر خوری در ایران بود. نتایج نشان داد که رویکرد فراتشخیصی یکپارچه بر کاهش پر خوری 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

جدول ۳. تحلیل کواریانس چند متغیره در مرحله پس‌آزمون

مقیاس	گروه	آزمون	مقدار آماره	آماره F	مقدار P	مجذور اتا	توان آماری
اختلال پر خوری	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

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس عضویت گروهی بر اختلال پر خوری و دشواری در تنظیم هیجان

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

کنترل فرایندهای شناختی استفاده شد. بنابراین، درمان از طریق توقف هر نوع رفتاری که با درمان در تداخل بود (برای مثال توقف پر خوری، حذف خوردن تکانشی و بدون برنامه، کاهش میل، ولع و اشتغال ذهنی با غذا، افزایش مقاومت در برابر ولع) میزان پر خوری 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 پر خوری در او می‌شود. بیشترین فراخوان‌های انگیزشی پر خوری، نگرانی و خلق منفی است (۳). مطالعات، نتایج مشابهی در مورد نقش خلق منفی در برانگیختگی پر خوری نشان می‌دهند و عنوان می‌کنند که یک دلیل بالقوه در پاسخ‌دهی به پر خوری 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 فراتشخیصی 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 عادات‌های نظم‌بخشی هیجانی، شدت وقوع عادات‌های 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 فراتشخیصی تأکید ویژه‌ای بر نقش هیجان‌ها دارد. این درمان شاید با تأثیر بر عوامل مشترک سطح بالاتر و فراتشخیصی، تغییر معنی‌داری را در کاهش شدت علائم اختلال‌ها ایجاد

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، پر خوری و دیگر انواع آسیب‌شناسی خوردن را به عنوان یک تلاش رفتاری برای تحت تأثیر قرار دادن، تغییر یا کنترل سطح هیجانی دردناک در نظر می‌گیرد. وهله‌های پر خوری در اختلال پر خوری به عنوان وسیله‌ای برای ایجاد تقویت منفی یا اجتناب موقت از این هیجان‌ها عمل می‌کند (۵۴، ۳). بنابراین، با توجه به منطق پدیدآوری روش درمانی فراتشخیصی، بهبودی و تغییرات معنی‌دار بالینی در شدت علائم اختلال هیجانی بیماران مبتلا به پر خوری، 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 فراتشخیصی، مشاهده شد که این درمان تأثیر مثبتی بر کاهش پر خوری در بیماران دارد. در تبیین آن می‌توان گفت که کاهش علائم اختلال در تنظیم هیجان، در محتوای برنامه‌های فراتشخیصی در نظر گرفته شده است؛ چرا که در این روش، عنصر رفتاری درمان برای پر خوری می‌تواند روی عادی کردن الگوهای خوردن تمرکز داشته باشد. همچنین، برنامه‌ریزی وعده‌های غذا، آموزش تغذیه و خاتمه دادن به چرخه‌های پر خوری 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 پر خوری را آغاز می‌کند یا به آن‌ها تداوم می‌بخشد. این کار از طریق مقابله با افکار ناکارآمد همراه با پر خوری انجام می‌شود. این پروتکل با ارائه 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، خوداروسی رفتارها و تشکیل عادت‌ها و تمرین‌های آشکار برای مهارت یافتن در

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 فراتشخیصی به عنوان روشی کارآمد 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 ممکن است. بنابراین، از آن‌جا که یافته‌های این مطالعه نشان داد، فراتشخیصی تأثیرات مثبتی بر پرخوری و تنظیم هیجان دارد، پیشنهاد می‌شود این روش به عنوان درمان مکمل پرخوری به کار 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.

می‌کند و در این باره، در روش درمانی و تحقیقات انجام گرفته توسط سایر پژوهشگران مبنی بر کارایی درمان فراتشخیصی 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 علائم 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 علائم 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 آن جایی 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. فراتشخیصی 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،

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

- 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, Mehrabzadeh 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.

- 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. Reliability 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;

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.

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 Rahmani¹, Abdollah Omid², Hossein Akbari³, Zatollah Asemi⁴

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, Omid 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 Omid, Email: abomidi20@yahoo.com