

اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و ذهن آگاهی بر نشانه‌های پرخوری عصبی

مجید محمود علیو^۱، بهارک حیدری اقدم^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۹/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۱۲/۰۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و ذهن آگاهی بر بهبود نشانه‌های پرخوری عصبی بود. **مواد و روش کار:** این پژوهش در چهارچوب طرح تجربی تک موردی و با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی صورت پذیرفت. نمونه‌های این پژوهش ۳ نفر از ساکنین شهر ارومیه بودند که طبق ملاک‌های DSM5 مبتلا به پرخوری عصبی بودند و به‌صورت در دسترس انتخاب و داوطلبانه وارد برنامه آموزش شدند. برنامه آموزشی طبق پروتکل پیشنهادی مک کی و وود و برنتلی طرح‌ریزی و در جهت بهبودی علائم پرخوری عصبی برنامه‌ریزی شد و در ۱۰ جلسه انجام گرفت. هر جلسه با پرسشنامه‌های بولیمیا، پرسشنامه تصویر بدنی (روابط چندبعدی بدن)، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب بک سنجش صورت گرفت. در پایان برنامه خودیاری ارائه شد و یک ماه بعد سنجش پیگیری صورت گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که پس از ۱۰ جلسه آموزش تنظیم هیجان و ذهن آگاهی به‌طور متوسط علائم پرخوری عصبی ۶۴.۳۳ درصد و تصویر بدنی ۳۹.۶۵ درصد و افسردگی ۳۹.۹۶ درصد و اضطراب ۵۰.۷۶ درصد بهبود یافته و پس از پیگیری یک‌ماهه در علائم پرخوری عصبی به میزان ۵۴.۷۱ درصد، تصویر بدنی ۳۹.۳۹ درصد، افسردگی ۲۸.۱۷ درصد و اضطراب ۴۵.۴۴ درصد بهبودی مشاهده شد. **بحث و نتیجه‌گیری:** تجزیه و تحلیل یافته‌های این پژوهش بیانگر آن بود که آموزش تنظیم هیجان و ذهن آگاهی بر بهبود اختلال پرخوری عصبی مؤثر است و با مقداری تأمل می‌توان گفت در موجب بهبودی در اضطراب افراد مبتلا به پرخوری عصبی می‌شود. اما در بهبود ادراک نادرست از تصویر بدنی و افسردگی در افراد مبتلا به پرخوری عصبی تأثیری ندارد. **کلیدواژه‌ها:** تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، پرخوری عصبی، تصویر بدنی، افسردگی، اضطراب

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و نهم، شماره دوازدهم، ص ۸۹۵-۸۸۸، اسفند ۱۳۹۷

آدرس مکاتبه: ارومیه- دانشگاه آزاد اسلامی- دانشکده علوم پایه- گروه روانشناسی بالینی، تلفن: ۰۹۱۴۱۴۰۰۵۱۴

Email: baharak.heydariaghdam@gmail.com

مقدمه

اکثر اختلالات دیگر، عوامل اجتماعی فرهنگی بیشتر از عوامل روان‌شناختی و زیستی نقش دارد (۱). پرخوری عصبی^۳ از بسیاری جهات نمایانگر شکست تلاش‌های بیمار در دستیابی به وضعیت بی‌اشتهایی عصبی است. هدف بیماران در هر دو اختلال لاغری مفرط است اما در پراشتهایی عصبی، بیمار در مقایسه با بیماران مبتلا به نوع محدودکننده بی‌اشتهایی عصبی کم‌تر می‌تواند حالت گرسنگی یا گرسنگی شدید را به‌صورت پیوسته حفظ کند و در

افزایش اختلالات خوردن در نیمه دوم قرن بیستم حیرت‌آور است و مختص فرهنگ نیست و در حال جهانی شدن است. این اختلال قبلاً در کشورهای غربی مسئله‌ساز بود اما امروز چین و ژاپن هم در حال نزدیک شدن به آمریکا هستند. از طرفی اختلالی بودن جنسیتی و سنی این اختلال بی‌نظیر است و این موضوع بررسی علل آن‌ها را جالب‌تر می‌کند و در سبب‌شناسی این اختلال برخلاف

^۱ دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، استاد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ Bulimia nervosa

ادراک نادرست هستند، بدین معنی که در مورد برآورد اندازه قسمتی از بدن خود و یا کل بدن خود مبالغه می‌کنند. تجربه بالینی با بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی نشان می‌دهد که تغییر و اصلاح رفتار به‌طور مستقیم در بهبود این اختلال اثری ندارد (۳). برهم خوردن تنظیم هیجان (بد تنظیمی هیجانی) به دشوار بودن یا ناممکن بودن مقابله با تجربه هیجان و یا پردازش آن گفته می‌شود. پردازش هیجانی در اختلالات مختلف به طریق متفاوتی فعال‌سازی می‌شود. بخشی از راهبردهای تراتژی‌محیطی^۳ مفید واقع می‌شود، استفاده از فن‌های تنظیم هیجان برای کمک به آن دسته از بیماران است که به روش‌های دردمساز مقابله (مانند پرخوری، استفرغ عمدی، نوشیدن الکل، بریدن اعضای بدن خود) متوسل می‌شوند، زیرا نمی‌دانند که برای برخورد با هیجان‌های خود چه اقدام دیگری می‌توانند انجام دهند (۴). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی شیوه درمان است که به‌طور روزافزون مورد استفاده قرار می‌گیرد. این درمان مراجع را قادر می‌سازد که بدون قضاوت در مورد تجاربش آن‌ها را درک کند. همچنین با به چالش کشیدن و پذیرش باورها و احساساتش روابط خود را با دیگران تغییر دهد. گرچه در این راه ممکن است سختی‌ها و دشواری‌های فراوانی وجود داشته باشد اما در حال حاضر این روش یکی از مناسب‌ترین و موفق‌ترین روش‌های موجود در درمان به شمار می‌رود. زمانی که شرکت‌کنندگان در حال بهبودی هستند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به آن‌ها کمک می‌کند که یاد بگیرند چگونه از احساس‌های بدنی، افکار و هیجان‌های خود آگاهی یابند و چگونه پاسخ سازگارانهای به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهد (۵). امروزه آموزش ذهن آگاهی به‌عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی تنظیم هیجان و تحمل عواطف در رویکردهای رفتاری شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. پژوهشگران به‌صورت تجربی نشان داده‌اند که آموزش ذهن آگاهی، در یاری دادن بیماران جهت مقابله با هیجان‌های دشوار کارآمد است. ذهن آگاهی سبب می‌شود فرد به‌دوراز قضاوت و احساس گناه متوجه شود نیازی نیست که هیجان‌های خود را کنترل یا سرکوب کند، بلکه می‌توان تحمل و تجربه کرد. درواقع هدف آموزش ذهن آگاهی تشویق بیماران به تجربه هیجان‌ها با سعه‌صدر، در همان لحظه و بدون واکنش‌پذیری شدید رفتاری است (۴). پژوهش‌های فراوانی ارتباط تنظیم هیجانی

مواردی به پرخوری دست می‌زنند. این پرخوری‌ها سبب حالت وحشت‌زدگی در فرد می‌شود، چون فرد فکر می‌کند خوردن وی از کنترل خارج شده است. پرخوری‌های ناخواسته منجر به اقدامات ثانویه‌ای برای اجتناب از افزایش وزن مورد هراس بیمار می‌شود که برای این منظور رفتارهای جبرانی مختلفی از جمله پاک‌سازی یا ورزش‌های مفرط انجام می‌شود (۲). ۹۰ تا ۹۵ درصد پرخورهای عصبی که به درمان تن می‌دهند زن هستند در میان زنان از همه بیشتر دختران نوجوان در خطرند. میانه سن شروع برای همه اختلالات خوردن در دامنه ۱۸ تا ۲۱ سالگی است اما گاهی پرخوری عصبی حتی در ۱۰ سالگی شروع می‌شود. پرخوری عصبی بعد از ایجاد و در صورت درمان نشدن مزمن می‌شود. فراوانی و الگوی وقوع این اختلال در میان فرهنگ‌های اغلب غربی در گذشته قدری فرق داشت ولی این فرق در حال از بین رفتن است. الگوهای متفاوت رشد فیزیکی دختران و پسران در تعامل با عوامل فرهنگی اختلالات خوردن را ایجاد می‌کنند. دختران بعد از بلوغ عمدتاً در قالب بافت چربی اضافه‌وزن پیدا می‌کنند در حالی که پسران دارای بافت عضلانی و غیر چرب بیشتری می‌شوند. از آنجاکه هیکل آرمانی برای پسران در کشورهای غربی هیکل عضلانی و قامت بلند و برای دختران هیکل لاغر پیش از بلوغ است رشد فیزیکی، پسران را به هیکل آزمانی نزدیک‌تر و دختران را از آن دورتر می‌کند و به‌طور کلی نگرانی در مورد تصویر بدن با افزایش سن کم می‌شود (۱). این بیماران اهمیت یا ارزش خود را تقریباً به‌طور کامل برحسب شکل و اندام و وزن خود، مورد قضاوت قرار می‌دهند. در نتیجه گرفتار افکاری درباره هیکل و وزن خود می‌شوند و با جدیت تمام از اضافه شدن وزن خود یا فربهی اجتناب می‌ورزند و بسیاری دست به هر تلاشی می‌زنند تا لاغر بشوند و رفتارهایی مثل رژیم غذایی سخت‌گیرانه، استفرغ‌های خودخواسته، استفاده نادرست از مدرها و ملین‌ها و ورزش‌های سنگین انجام می‌دهند (۳). در درمان پرخوری عصبی دارودرمانی و روان‌درمانی مؤثر هستند و کاربرد دارند، مثلاً در cbt^۱ با اصلاح رفتار و تغییر شناخت‌های معیوب فرد در مورد غذا و تصویر بدن و غیره درمان صورت می‌گیرد. از طرفی مصرف دوز بالای داروهای ضدافسردگی به‌تنهایی تا ۲۲ درصد موجب کاهش رفتار پرخوری و پاک‌سازی می‌شود (۲). برخی از بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی در مورد تصویر بدنی خود، آشکارا دچار

3 transdiagnostic

1 Cognitive behavior therapy

2 Body image

پرسشنامه افسردگی بک BDI این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و هنگام اجرا از نمونه خواسته می‌شود شدت این نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ درجه‌بندی کند. این آزمون از نوع خودسنجی است و برای تکمیل آن ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان لازم است. برای درک ماده‌ها داشتن توانایی خواندن در سطح کلاس ۵ یا ۶ کافی است. دامنه نمره‌ها بین حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ قرار دارد

پرسشنامه اضطراب بک BAI این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که نمونه در هر ماده یکی از چهار گزینه را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هریک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد.

پس از انتخاب نمونه‌ها و اجرای مرحله خط پایه برای هر کدام مداخلات برحسب پروتکل زیر انجام گرفت. نمونه شماره یک، یک تست برای تعیین خط پایه انجام داد، نمونه شماره دو، دو تست انجام داد سپس وارد مداخلات شد و نمونه سه، پس از سه تست. به این ترتیب نمونه‌ها ۱ و ۲ و ۳ خط پایه برای کنترل نهایی نتیجه دارند. برای نمونه‌ها آموزش تنظیم هیجان و ذهن آگاهی طبق پروتکل ۱۰ جلسه‌ای تنظیم هیجان مستخرج از فن‌های نظم‌بخشی هیجانی متیو مک کی^۴ (۷) صورت گرفت، و در کنار آن هنگام شرح علائم از طرف نمونه‌ها و پاسخ به سؤالاتشان، اشتباهات تغذیه‌ای و رفتاری‌شان برای ادامه چرخه پرخوری تصریح می‌شد. اطلاعات آماری این پژوهش با روش اندازه‌گیری مکرر صورت پذیرفت. ملاک تغییر حداقل ۵۰ درصد بهبودی در نمرات نمونه‌ها هست.

یافته‌ها

در این مطالعه بعد از مداخلات و ارائه آموزش به هر سه آزمودنی نمرات آزمون‌ها ثبت و بررسی شده است. درصد بهبودی نمرات آزمون بولیمیا (جدول شماره ۱) در نمونه شماره ۱ و ۲ و ۳ به ترتیب برابر ۵۰ درصد و ۵۶.۷۶ درصد و ۶۴.۳۳ درصد می‌باشد که دلالت بر اثربخش بودن مداخلات دارد. پس از پیگیری یک‌ماهه برابر ۴۸.۲۷ درصد و ۵۳.۱۵ درصد و ۶۲.۷۰ درصد می‌باشد و به‌طور متوسط ۵۴.۷۱ درصد بهبودی دیده می‌شود که بر اثربخش

و ذهن آگاهی با اختلالات خوردن را تأیید کرده‌اند، اما پژوهش‌های مداخله‌ای معدودی در بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی و ذهن آگاهی صورت گرفته است و همین بررسی معدود نیز به‌صورت آماری گزارش شده است و بررسی به‌صورت آزمایشی اندک و طرح مورد منفرد در منابع اطلاعاتی مشاهده نشد. هرچند در زمینه رابطه این اختلال با عوامل زمینه‌ساز و تداوم‌دهنده مطالعات فراوانی صورت گرفته است، اما مطالعه کاملاً آزمایشی اثربخشی روش درمانی آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی موضوع جدیدی هست که نیازمند بررسی و پژوهش بیشتر می‌باشد. از این‌رو مسئله اساسی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و ذهن آگاهی بر نشانه‌های پرخوری عصبی می‌باشد.

مواد و روش کار

این پژوهش در چهارچوب طرح تجربی تک موردی^۱ و با استفاده از طرح خطوط پایه‌ی چندگانه‌ی پلکانی^۲ صورت گرفته است. روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس است که یک روش نمونه‌گیری غیر تصادفی است. ملاک ورود به پژوهش ابتلا به بولیمیا طبق ملاک‌های DSM5 (۶) می‌باشد. به‌منظور گردآوری اطلاعات از ابزار پرسشنامه استفاده گردید:

پرسشنامه بولیمیا: این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی اختلال بولیمیا در افراد می‌باشد. طیف پاسخ‌دهی آن از نوع لیکرت پنج گزینه‌ای می‌باشد. پایایی این پرسشنامه قبل از استفاده در این پژوهش اندازه‌گیری نشده بود، بدین جهت برای بررسی آن در پژوهش حاضر بر روی ۲۰ نفر آزمون انجام گرفت و آلفای کرونباخ برابر ۰/۶۷ به دست آمد.

پرسشنامه تصویر بدنی MBSRQ: پرسشنامه روابط چندبعدی بدن - خود (MBSRQ)^۳ یکی از روش‌های سنجش بدگویی از تصویر بدن استفاده از پرسشنامه روابط چندبعدی بدن - خود است. این پرسشنامه یک آزمون ۴۶ سؤالی است. سؤال‌های آزمون شش بعد روابط بدن - خود شامل ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب‌اندام، جهت‌گیری تناسب‌اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی را برحسب مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) می‌سنجد. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است.

3 multidimensional body self-relation questionnaire

4 Matthew Mackey

1 Single case design

2 Multiple baseline design

یک‌ماهه درصد بهبودی برابر ۱۶.۶۷ درصد و ۲۰ درصد و ۴۷.۸۳ درصد می‌باشد و به‌طور متوسط ۲۸.۱۷ درصد بهبودی دیده می‌شود که اثربخشی تأیید نمی‌شود. درصد بهبودی نمرات آزمون اضطراب (جدول شماره ۴) در نمونه شماره ۱ و ۲ و ۳ به ترتیب ۴۷.۰۶ درصد و ۵۵.۱۰ درصد و ۵۰ درصد می‌باشد و پس از پیگیری یک‌ماهه برابر ۳۵.۲۹ درصد و ۵۱.۰۲ درصد و ۵۰ درصد می‌باشد و به‌طور متوسط ۴۵.۴۴ درصد بهبودی دیده می‌شود. در نتیجه با مقداری تأمل می‌توان گفت آموزش تنظیم هیجان و ذهن آگاهی در بهبود اضطراب فرد مبتلا به بولیمیا اثربخش بوده است.

بودن آموزش تنظیم هیجان و ذهن آگاهی بر بهبود بولیمیا دلالت دارد. درصد بهبودی نمرات آزمون تصویر بدنی (جدول شماره ۲) در نمونه شماره ۱ و ۲ و ۳ به ترتیب برابر ۳۵.۵۵ درصد و ۳۶.۸۴ درصد و ۴۶.۵۵ درصد می‌باشد و پس از پیگیری یک‌ماهه برابر ۳۴.۰۷ درصد و ۳۳.۶۰ درصد و ۵۰.۴۹ درصد می‌باشد و به‌طور متوسط ۳۹.۳۹ درصد بهبودی دیده می‌شود که اثربخش بودن مداخلات بر تصویر بدنی تأیید نمی‌شود. درصد بهبودی نمرات آزمون افسردگی (جدول شماره ۳) نمونه شماره ۱ و ۲ و ۳ به ترتیب برابر ۳۳.۳۳ درصد و ۲۰ درصد و ۶۶.۵۴ درصد می‌باشد که به علت تفاوت در نمونه‌ها که فقط شماره ۳ افسردگی بالا داشته و بهبودیافته نتایج برای هر سه قابل‌تعمیم نمی‌باشد. پس از پیگیری

جدول (۱): درصد بهبودی نمرات بولیمیا در نمونه‌ها

| بولیمیا | میانگین خط پایه | بعد از ۵ جلسه | | بعد از ۱۰ جلسه | | بعد از یک ماه (پیگیری) |
|---------------|-----------------|---------------|-------------|----------------|-------------|------------------------|
| | | نمره | درصد بهبودی | نمره | درصد بهبودی | |
| نمونه شماره ۱ | ۵۸ | ۵۱ | %۱۲.۰۷ | ۲۹ | %۵۰ | ۳۰ |
| نمونه شماره ۲ | ۵۵.۵ | ۳۹ | %۲۹.۷۳ | ۲۴ | %۵۶.۷۶ | ۲۶ |
| نمونه شماره ۳ | ۶۱.۶۷ | ۴۰ | %۳۵.۱۴ | ۲۲ | %۶۴.۳۳ | ۲۳ |

جدول (۲): درصد بهبودی نمرات تصویر بدنی در نمونه‌ها

| تصویر بدنی | میانگین خط پایه | بعد از ۵ جلسه | | بعد از ۱۰ جلسه | | بعد از یک ماه (پیگیری) |
|---------------|-----------------|---------------|-------------|----------------|-------------|------------------------|
| | | نمره | درصد بهبودی | نمره | درصد بهبودی | |
| نمونه شماره ۱ | ۱۳۵ | ۱۵۲ | %۱۲.۵۹ | ۱۸۳ | %۳۵.۵۵ | ۱۸۱ |
| نمونه شماره ۲ | ۱۲۳.۵ | ۱۵۳ | %۲۳.۸۹ | ۱۶۹ | %۳۶.۸۴ | ۱۶۵ |
| نمونه شماره ۳ | ۱۰۱.۶۷ | ۱۰۹ | %۷.۲۱ | ۱۴۹ | %۴۶.۵۵ | ۱۵۳ |

جدول (۳): درصد بهبودی نمرات افسردگی در نمونه‌ها

| افسردگی | میانگین خط پایه | بعد از ۵ جلسه | | بعد از ۱۰ جلسه | | بعد از یک ماه (پیگیری) |
|---------------|-----------------|---------------|-------------|----------------|-------------|------------------------|
| | | نمره | درصد بهبودی | نمره | درصد بهبودی | |
| نمونه شماره ۱ | ۶ | ۶ | %۰ | ۴ | %۳۳.۳۳ | ۵ |
| نمونه شماره ۲ | ۱۰ | ۸ | %۲۰ | ۸ | %۲۰ | ۸ |
| نمونه شماره ۳ | ۳۰.۶۷ | ۲۵ | %۱۸.۴۹ | ۱۷ | %۶۶.۵۴ | ۱۶ |

جدول (۴): درصد بهبودی نمرات اضطراب در نمونه‌ها

| اضطراب | میانگین خط پایه | بعد از ۵ جلسه | | بعد از ۱۰ جلسه | | بعد از یک ماه (پیگیری) |
|--------|-----------------|---------------|-------------|----------------|-------------|------------------------|
| | | نمره | درصد بهبودی | نمره | درصد بهبودی | |
| | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------|------|----|--------|----|--------|----|--------|
| نمونه شماره ۱ | ۱۷ | ۱۶ | ۵.۸۸٪ | ۹ | ۴۷.۰۶٪ | ۱۱ | ۳۵.۲۹٪ |
| نمونه شماره ۲ | ۲۴.۵ | ۱۵ | ۳۸.۷۷٪ | ۱۱ | ۵۵.۱۰٪ | ۱۲ | ۵۱.۰۲٪ |
| نمونه شماره ۳ | ۱۴ | ۱۱ | ۲۱.۴۳٪ | ۷ | ۵۰٪ | ۷ | ۵۰٪ |

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تنظیم هیجان و ذهن آگاهی بر بهبود علائم پرخوری عصبی مؤثر است. این نتایج با تحقیقات کجویی و همکاران (۸)، خدابخش و همکاران (۹)، کجویی و همکاران (۱۰)، عسگری و همکاران (۱۱)، کریستلر^۱ و همکاران (۱۲)، هاریسون^۲ و همکاران (۱۳)، هاباکی^۳ و همکاران (۱۴)، برجیت^۴ و همکاران (۱۵) که نشان می‌داد رابطه معنی‌داری بین تنظیم هیجان‌ها و پرخوری وجود دارد همسو هست. همچنین با تحقیقات سودانی و همکاران (۱۶)، موسیان و همکاران (۱۷)، بوترینا^۵ و همکاران (۱۸)، لوند^۶ و همکاران (۱۹) و بتر^۷ و همکاران (۲۰) که رابطه ذهن آگاهی و پرخوری عصبی را بررسی کرده‌اند همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت همان‌طور که تحقیقات فیبرن، هاینس، مالر نشان می‌دهد، افراد دچار پرخوری عصبی از عمل خوردن به‌عنوان تنظیم‌کننده هیجان‌ها خود استفاده می‌کنند (۱) که گاهی همین رفتار خود موجب ایجاد اضطراب مضاعف می‌شود و فرد به رفتارهای جبرانی برای تنظیم هیجان‌ها خود روی می‌آورد. بنابراین آموزش تنظیم هیجان به این افراد کمک می‌کند. بنابراین از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان از طریق افزایش آگاهی نسبت به هیجان‌ها و مهارت کنترل آن‌ها و در نهایت کاهش رنج هیجانی ناشی از آن با ذهن آگاهی، از رفتارهای خود آسیب زنی مانند پرخوری افراطی و رفتارهای جبرانی پس‌از آن می‌کاهد و بدین ترتیب علائم بولیمیا کاهش می‌یابد. در کل می‌توان نتیجه گرفت که یک صفت خاموش در اختلال بولیمیا وجود مشکل در تنظیم هیجان است و رفتار پرخوری احتمالاً از طریق تغییر توجه از هیجان‌ها دردناک به رفتارهای خوشایند و گرایشی با مکانیسم توجه گردانی، حداقل در کوتاه‌مدت به دوری از هیجان‌ها خوشایند کمک کرده و باعث کاهش رنج هیجانی می‌شود. در صورتی که آموزش راهبرد سازگاران تنظیم هیجان فرد را از توسل به شیوه‌های ناسازگاران چون پرخوری عصبی

بی‌نیاز می‌سازد. نتایج پژوهش همچنین نشان داد که آموزش تنظیم هیجان و ذهن آگاهی بر بهبود تصویر بدنی مؤثر است و متغیر مداخله‌ای در بهبود تصویر بدنی تأثیری نداشته است. مطابق پژوهش‌های فیبرن (۲۱) درمان اختصاصی برای بهبود تصویر بدنی وجود ندارد هرچند برخی افراد به درمان‌های روان‌شناختی پاسخ می‌دهند و ادراک نادرست بدون استفاده از مداخله اختصاصی حل می‌شود. اما این خود ارزشیابی منفی دیرپاست و نسبت به سایر مسائل مرتبط و همراه با پرخوری عصبی بهبودی کم‌تری دارد. همچنین نتایج نشان داد آموزش تنظیم هیجان و ذهن آگاهی بر بهبود افسردگی در افراد مبتلا به پرخوری عصبی مؤثر است و متغیر مداخله‌ای تأثیری بر افسردگی نداشته است. همان‌طور که قبلاً ذکر شد حدود ۲۰ درصد افراد مبتلا به پرخوری عصبی از افسردگی هم رنج می‌برند که احتمالاً این افسردگی واکنشی به پرخوری عصبی است. در پژوهش حاضر یکی از نمونه‌ها که مبتلا به پرخوری عصبی بود، نمره افسردگی بالایی داشت و مقداری بهبودی در نمره افسردگی وی مشاهده شد و در دو نفر دیگر که از ابتدا نمره افسردگی پایینی داشتند تغییری مشاهده نشد. با این توصیف نمی‌توان نتیجه گرفت بهبودی در نمره افسردگی نمونه صرفاً در اثر بهبود نشانه‌های پرخوری بوده یا در اثر مداخلات، بنابراین نیازمند پژوهش و بررسی بیشتر می‌باشد. نتایج بررسی نمرات اضطراب نشان داد مداخلات مؤثر بوده است. نتایج حاضر با نتیجه پژوهش رحمانی و همکاران (۲۲) و همچنین صبحی قراملکی و همکاران (۲۳) که اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر بهبود اضطراب و محمودعلیلو و همکاران (۲۴) همچنین زارع و همکاران (۲۵) که رابطه تنظیم هیجان و اضطراب را بررسی کرده بودند همسو است. همچنین لی هی (۲۶) بیان می‌کند که شیوه بیان هیجان‌ها و بد تنظیمی آن‌ها موجب تداوم اضطراب می‌شود. در واقع اضطراب مشکل هیجانی است که نیازمند پاسخ‌دهی است. اضطراب در افرادی که مشکل تنظیم هیجانی دارند با رفتارهای دردمساز می‌مانند پرخوری پاسخ داده می‌شود که خود

⁵ Butryna

⁶ Lavender

⁷ Baer

¹ Kristeller

² Harrison

³ Hayaki

⁴ Birgit

رفتارهای دردسرساز کاهش می‌یابد و همان‌طور که پرخوری بهبود می‌یابد، اضطراب همراه با آن نیز بهبود می‌یابد. لذا پیشنهاد می‌شود نتایج این پژوهش در جهت درمان افراد مبتلا به پرخوری عصبی در کلینیک‌های روان‌درمانی روانشناسان و روان‌پزشکان بکار گرفته شود.

عمل پرخوری موجب اضطراب بیشتر می‌شود و گاهی برای رهایی از این اضطراب دست به رفتارهای جبرانی می‌زنند و درنهایت چرخه معیوب ایجاد می‌شود. با آموزش تنظیم هیجان و رفتارهای مقابله‌ای صحیح همچنین آموزش کنار آمدن با هیجان‌ها به شکل ذهن آگاهی

References:

1. Barlow David H, Vincent M. Abnormal psychology an integrative approach DSM5. Translate by: Mehrdad firoozbakht. 2014 (Persian)
2. Sadock Benjamin J. Kaplan & sadock's synopsis of psyvhiatry: behavioral sciences, 11th ed. Translate by: F. Rezaee M.D and others. 2015. (Persian)
3. Hawton K., Salkovskis PM, Kirk J, Clark D.M. Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. Translate by: H. Ghassemzadeh PH.D. 1989. (Persian)
4. Leahy T. Napolitano, Emotion Regulation in Psychotherapy: a Practitioner's Guide. Translate by: A. Mansouri Rad. 2011. (Persian)
5. Crane R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Translate by: E. Khosh Lahje Sedigh. 2009. (Persian)
6. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th, DSM-5. Translate by: Rezaee F and others. 2013. (Persian)
7. Mackey M, Wood Jeffrey C, Brantley J. Emotion regulation techniques. Translate by: Hamidpour H, Andouz Z. 2002. (Persian)
8. Kachooei M, Moradi A, Kazemi A S, Ghanbari Z. The discriminative role of emotion regulation and impulsivity in different unhealthy eating patterns. Feyz 2016; 20 (4):383-90. (Persian)
9. Khodabakhsh M R, Kiani F. The Mediator Role of Emotion Regulation Difficulties in Relationship between Alexithymia and Disordered Eating Behaviors among Students Allameh Tabataba'i University, Iran. Qom Univ Med Sci J 2016; 10 (2):44-51. (Persian)
10. Kachooei M, Hasani J, amrollahi Nia M. Comparison of Impulsivity and Difficulties in Emotion Regulation among Overweight Women With and Without Binge Eating Disorder. Iran J Endocrinol Metab 2015; 17(5). (Persian)
11. Asgari P, Pasha Gh, Aminian M. Relation of emotion regulation, psychological stresses of life and image of the body with eating disorders in women. Magazine of Thoughts and Behavior 2009; 4(13): 65-75. (Persian)
12. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. Eat Disord 2011;19(1):49-61.
13. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. Psychol Med 2010;40(11):1887-97.
14. Hayaki J. Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. Int J Eat Disord 2009;42(6):552-6.
15. Mauler BI, Hamm AO, Weike AI, Tuschen-Caffier B. Affect regulation and food intake in bulimia nervosa: emotional responding to food cues after deprivation and subsequent eating. J Abnorm Psychol 2006;115(3):567-79.
16. Sudanie M, Aslani Kh, Najafi Hajior S. The Effectiveness of group-Cognitive Therapy Based on mindfulness on Eating Disorder, Self-Control and Quality of Life of Married Women Referring to Ahwaz's Overweight Association. End of publication, Ministry of Science, Research, Technology. Faculty of

- Education and Psychology (Shahid Chamran University of Ahvaz). 2015. (Persian)
17. Mousavian N, Moradi A, Mirzaie J, Shidfâr F, Mahmoudi K, Bahram Taheri F. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Reducing Obesity. *Magazine Thoughts Behav* 2010; 4(16): 49-56. (Persian)
 18. Butryn ML, Juarascio A, Shaw J, Kerrigan SG, Clark V, O'Planick A, et al. Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eat Behav* 2013;14(1):13-6.
 19. Lavender JM, Gratz KL, Tull MT. Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *Cogn Behav Ther* 2011;40(3):174-82.
 20. Baer, Ruth A. Fischer, Sarah. Huss, Debra B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 351-358.
 21. Clark, David Millar., Fairburn, Christofer., Gelder, Micheal. *The Science and practice of cognitive behavior therapy*, 1997. Translate by: H. Kaviyani PH.D. (Persian)
 22. Rahmani F., Hashemniyan K., The Effectiveness of Cognitive Emotion Regulation on Reduction of Depression and Anxiety symptoms of Adolescents, Iran, alzahra university, Vol.12, No.3, Autumn 2016. (Persian)
 23. Sobhi-Gharamaleki N, Porzoor P, Aghajani S, Narimani M. Effectiveness of Emotion Regulation Training on Reduction of Anxiety, Stress and Depression Symptoms among University Students. *Iran J Health Educ Health Promot* 2015; 3 (1):5-13. (Persian)
 24. Mahmoud Alilou M, Khanjani Z, Bayat A. Comparing the Coping Strategies and Emotion Regulation of Students with Symptoms of Anxiety-Related Emotional Disorders and Normal Group. *JCMH* 2016; 3 (1):41-51. (Persian)
 25. Zare H, solgi Z. Investigation of the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depression, Anxiety and Stress in Students. *RPH* 2012; 6 (3):19-29. (Persian)
 26. Leahy Robert L. *Cognitive Therapy Techniques: a Practiitoners Guide*. Translate by: Hamidpour H, Andouz Z. 2003. (Persian)

THE EFFECTIVENESS OF EMOTION REGULATION AND MINDFULNESS TRAINING ON BULIMIA NERVOSA SYMPTOMS

Majied Mahmood Alilou¹, Baharak Heydari Aghdam^{2*}

Received: 13 Dec, 2018; Accepted: 21 Feb, 2019

Abstract

Background & Aims: The purpose of this study was to determine the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on improving bulimia nervosa. To so, the body image, depression and anxiety of these individuals were examined during the study

Materials and Method: This study was carried out in the framework of a single-case experimental design using a step-by-step multiple baseline design. The samples of this study were 3 individuals living in Urmia who were diagnosed with bulimia nervosa (based on DSM5 criteria) and were selected and voluntarily entered the training program. The training program was designed according to the proposed McKay, Wood and Brentley protocol and was planned to improve the symptoms of bulimia nervosa in 10 sessions. Each session was evaluated with BULIMIA, MBSRQ, BDI and BAI tests. At the end of the self-help plan, a follow-up measure was made one month later.

Results: The results showed that following the one-month follow-up training of emotion regulation and mindfulness training, 54.71% of the symptoms improved. After the interventions, 39.39% improvement was observed in body image, 28.17% in depression and 45.44% in anxiety.

Discussion and Conclusion: The findings of this study indicated that emotion regulation and mindfulness improved the symptoms of bulimia nervosa disorder and other associated problems, such as defective perception of body image and mood problems such as depression, anxiety, and Emotional dysregulation.

Keywords: emotion regulation, Mindfulness, bulimia nervosa, Body Image, Depression, Anxiety

Address: Department of Clinical Psychology- Islamic Azad University of Urmia, Urmia, Iran

Tel: +989141400514

Email: baharak.heydariaghdam@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2019; 29(12): 895 ISSN: 1027-3727

¹ Ph.D. in Clinical Psychology, Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran

² MSc Clinical Psychology, Islamic Azad University, Urmia, Urmia, Iran (Corresponding Author)