رویش روان شناسی، سال ۱۳، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۰۰، مهر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(7), 2024

اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شیءانگاری و کاهش علائم در دانش‌آموزان دختر با نشانه‌های پرخوری عصبی

The effectiveness of emotion-focused therapy on emotional self-awareness, self-objectification and reduction of symptoms in girl students with symptoms of binge-eating

مریم سلیمانی
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی خانواده، گروه روانشناسی بالینی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.
فاطمه ایزدی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

چکیده
هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شیءانگاری و کاهش علائم در دانش‌آموزان دختر با نشانه-های پرخوری عصبی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه‌ی دانش-آموزان دختر مبتلا به پرخوری شهر اصفهان در زمستان ۱۴۰۱ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزار اندازه‌گیری پژوهش شامل مقیاس پرخوری (BES) گورمالی و همکاران (۱۹۸۲)، مقیاس خودتاملی و بینش (SRIS) گرنت و همکاران (۲۰۰۲) و پرسشنامه خود شیءانگاری (SOQ) نول و فردریکسون (۱۹۹۸) بود. گروه آزمایش ۱۲ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای (۲ جلسه در هفته) تحت درمان هیجان‌مدار گرینبرگ (۲۰۱۷) قرار گرفتند. داده‌ها از طریق آزمون آماری کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس-آزمون متغیرهای خودآگاهی هیجانی، خودشیءانگاری و علائم پرخوری عصبی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار رویکردی مناسب جهت بهبود مشکلات ناشی از پرخوری عصبی در دانش‌آموزان دختر مبتلا محسوب می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: *خودآگاهی هیجانی، خود شیءانگاری، درمان هیجان‌مدار، نشانه‌های پرخوری عصبی.*

Maryam Soleimani
M.A. in Clinical Family Psychology, Department of Clinical Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran.
Fatemeh Izadi *
Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran.
Izadi@iaukhsh.ac.ir

Abstract
The purpose of the study was the effectiveness of emotion-focused therapy on emotional self-awareness, self-objectification, and reduction of symptoms in girl students with symptoms of binge-eating. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the research included all female students suffering from binge eating in the city of Isfahan in the winter of 2022, and 30 people were selected by purposeful sampling and randomly assigned to two experimental and control groups (15 people in each group). Research measurement tools included the Binge Eating Scale (BES) by Gormally et al. (1982), the Self-Reflection and Insight Scale (SRIS) by Grant et al. (2002), and the Self-Objectification Questionnaire (SOQ) by Noll and Fredrickson (1998). The experimental group underwent 12 60-minute sessions (2 sessions per week) of Greenberg's (2017) emotion-focused therapy. Data were analyzed through multivariate covariance statistical tests. The results of this study showed that by controlling the pre-test effect, there is a significant difference between the post-test averages of emotional self-awareness, self-objectification, and binge-eating symptoms between the experimental and control groups (P<0.05). Based on the results of the research, it can be said that emotion-focused therapy is considered a suitable approach to improve the problems caused by binge eating in affected female students.

Keywords: *Emotional Self-Awareness, Self-Objectification, Emotion-Focused Therapy, Symptoms of Binge-Eating.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آبان ۱۴۰۲** | **پذیرش: خرداد ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: مهر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

اختلال تغذیه و خوردن[1] با اختلالات پایدار در خوردن یا رفتارهای مربوط به خوردن، مشخص می‌شود، که منجر به تغییر در مصرف یا جذب غذا و آسیب قابل توجه سلامت جسمی و عملکرد روانی- اجتماعی می‌گردد (گاکاسیان و اسچریر[2]، ۲۰۲۲). انجمن روان‌پزشکی آمریکا[3] (۲۰۲۱) پرخوری عصبی را شامل بلع مقدار زیادی غذا به‌طور نامعمول و احساس فقدان کنترل در طول دوره‌ی خوردن تعریف می‌کند. ازاین نظر اختلال پرخوری می‌تواند منجر به اختلال در کارکرد روزانه همچون مشکل در خواب (بری[4] و همکاران، ۲۰۲۲) و عامل برخی بیماری‌های جسمی و مشکلات گوارشی (موهاجان و موهاجان[5]، ۲۰۲۳) گردد. لیناردون[6] (۲۰۲۱) در این بین نشان می‌دهد که این مشکلات می‌تواند کاهش کیفیت زندگی و بار اقتصادی برای این افراد به همراه داشته باشد. در این راستا یکی از عوامل مهم در پرخوری عصبی، خود شیءانگاری[7] است که به ارزیابی دیگران براساس ظاهر فیزیکی، زیبایی و جذابیت جنسی اشاره دارد پدیده‌ای که امروزه منبع عمده درد و رنج زنان به‌شمار می آید (چوی و فنگ[8]، ۲۰۲۲). در واقع زنان و دختران می‌آموزند که براساس معیارهای اجتماعی خودشان را از روی ظاهر فیزیکی که دیگران از آن برای قضاوت و ارزیابی بهره می‌برند، بسنجند. از این جهت برخی از تأثیرات اجتماعی‌فرهنگی، آنان را به سمت شیء انگاری سوق می‌دهد (ولدهیوس و آلوا[9]،۲۰۲۰). به طور کلی خود شیءانگاری شامل نگرش‌های مبتنی بر ظاهر (جذابیت جنسی، عضلات سفت، وزن، جذابیت فیزیکی و اندازه اعضای بدن) و خصوصیات فیزیکی (سطح انرژی، سلامتی، قدرت، تناسب فیزیکی و هماهنگی فیزیکی) می‌شود (سان[10] ،۲۰۲۳) که می تواند زنان را به مثابه یک شیء در نظر بگیرد و توجه به ظاهر را از نظر اجتماعی آرمانی سازد که این خود می‌تواند نتایج منفی جسمی و روانی زیادی برای این قشر از افراد در جامعه به بار آورد (گاتینو[11] و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از عواملی که در این بین می‌تواند تاثیر گذار باشد و در اختلالات خوردن نیز نقش دارد خودآگاهی هیجانی[12] است. خودآگاهی هیجانی که توسط هاگینز و همکاران (۲۰۲۰) به‌عنوان یک توانایی شامل مهارت درک هیجان‌های خود و دیگران توصیف شده است و دربرگیرنده پنج سطح درک احساس‌های بدنی، تمایل به عمل، هیجان‌های منفرد، هیجان‌های وابسته و درک ترکیبی تجربیات هیجانی آمیخته می گردد. این توانایی به افراد این امکان را می دهد که پاسخ‌ها را به شکلی مناسب، سریع و همگام با تغییرات محیطی به کار برند و بهزیستی روانی مطلوبی را برای خویش فراهم نمایند (ترنتینی[13] و همکاران، ۲۰۲۲). از این لحاظ دشواری در خودآگاهی هیجانی یک عامل مهم در ایجاد و نگهداری اختلال پرخوری است چرا که بسیاری از افرادی که در تنظیم هیجانات خود به ویژه هیجانات منفی دچار مشکل هستند از پرخوری به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای و آرامش‌بخش استفاده می‌کنند (وسیلیو[14]، ۲۰۲۳). مدل‌های تبیینی پرخوری در پراشتهایی عصبی نیز در این راستا نشان داده‌اند که هیجانات دردناک، مهم‌ترین تسریع‌کننده و نگه‌دارنده اختلالات پرخوری هستند (کول[15] و همکاران، ۲۰۲۳).

باتوجه به آنکه تاکنون مداخلات زیادی بر روی اختلالات خوردن به ویژه پرخوری (برنامه‌های رفتاری از دست دادن وزن و غیره) انجام شده است (هی[16] و همکاران، ۲۰۲۲) و بیشتر آنان بر شناخت‌ها و رفتارهای عینی تاکید داشته‌اند (رالف و برانان[17]، ۲۰۲۲) و کمتر بر آسیب‌پذیری هیجانی و نقص افراد مبتلا در مهارت‌های تنظیم هیجانات منفی توجه شده است با نظر به اینکه این مسئله در تداوم اختلالات خوردن نقش به‌سزایی ایفا می‌کند و در درمان‌های منتخب همچون شناختی رفتاری و بین فردی مورد تاکید قرار نمی‌گیرد، بنابراین رویکردهای درمانی که بیشتر بر هیجان تأکید دارند، می‌توانند تاثیر به‌سزایی در درمان نشانگان مبتلایان به اختلال پرخوری، داشته باشند.

1. Eating disorder
2. Gukasyan &Schreyer
3. American Psychiatric Association
4. Bray
5. Mohajan and Mohajan
6. Linardon
7. self-objectification
8. Cui, Fang
9. Veldhuis and Alleva
10. Sun
11. Gattino
12. Emotional self-awareness
13 .Trentini
14. Vasiliu
15 . Colle
16. Hay and Palavras
17 . Ralph and Brennan

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

یافته‌های پژوهشی در این باره نشان می‌دهد که رویکردهای مبتنی بر هیجان همچون درمان هیجان‌محور توانسته نشانه‌های اختلال خوردن را در زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی کاهش دهد و همچنین افسردگی و پریشانی منتج از آن را بهبود بخشد و موجب ارتقا خودکارآمدی و تنظیم هیجانات در آنان گردد (گلیسنتی[1] و همکاران، ۲۰۲۱). این رویکرد درمانی در واقع با توجه و تاکید به نقش مهم هیجانات و ارتباط هیجانی در سازمان‌دهی الگوهای ارتباطی، هیجانات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد (اوسورو[2] و همکاران، ۲۰۲۱) این درمان با بهره بردن از تکنیک‌های همدلی و پذیرش مثبت درمان مراجع‌محور[3] و تکنیک‌های تمرکز و صندلی درمان گشتالتی[4] به همگامی لحظه به لحظه‌ی تجربیات افراد در جلسه درمان می پردازد و تجربیات آنان را ردگیری می‌کند (فوی[5] و همکاران، ۲۰۱۹).

در این راستا یافته‌های اتفاقی و همکاران (۲۰۲۱)، گلیسنتی[6]و همکاران (۲۰۲۲)، فولپ[7]و همکاران (۲۰۲۱) و نوک[8] و همکاران (۲۰۱۵) حاکی از تاثیر درمان هیجان‌مدار بر نشانه‌های پرخوری عصبی است، همچنین یافته‌های پژوهشی دیگر همچون آرتنگ و ایزدی (۱۴۰۱)، اسمری برده‌زرد و همکاران (۱۴۰۰)، پای پوزان (۱۳۹۹)، یعقوبی و همکاران (۲۰۲۰)، کاس[9] و همکاران (۲۰۱۳) نیزحاکی از تاثیرگذاری این درمان بر خودآگاهی هیجانی می‌باشد. نتایج پژوهشی آوری و همکاران (۱۴۰۰)، رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، خاکباز و همکاران (۱۳۹۵)، قمرانی و سطانی (۱۳۹۴) نیز حاکی از تاثیر درمان هیجان مدار بر خودشئ‌انگاری می باشد. با توجه به اینکه پژوهش‌های بسیاری به طور مجزا گویای تاثیر درمان هیجان‌مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شئ‌انگاری و نشانگان پرخوری بوده‌اند اما پژوهشی که به طور همزمان این مساله را در افراد با نشانه‌های پرخوری مورد توجه قرار دهد، یافت نشد که این خود اهمیت توجه به این پژوهش به ویژه در بین دانش‌آموزان دختر دارای علائم پرخوری عصبی را دو چندان می‌نماید؛ بنابراین به دلیل رفع خلاء دانشی موجود در این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شیءانگاری و کاهش علائم پرخوری در دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های پرخوری عصبی پرداخته شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم مبتلا به نشانگان پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، مراکز تغذیه و رژیم درمانی شهر اصفهان در زمستان سال ۱۴۰۱ بود که از بین آنها ۳۰ نفر به صورت هدفمند (از بین ۲ مدرسه از ۸ مدرسه‌ی دخترانه متوسطه دوم در نواحی ۱ و ۳) انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود شامل دختر بودن، بازه سنی ۱۶ تا ۱۸ سال، کسب نمره بالای ۱۷ در پرسشنامه پرخوری عصبی، نمره بالای ۱۰ در پرسشنامه خود شئ‌انگاری و نمره کمتر از ۶۵ در پرسشنامه خودتاملی و بینش و رضایت داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در طول مداخله، دریافت همزمان درمان (روانشناختی یا دوره آموزشی)، عدم همکاری در اجرای تکالیف درمانی و عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل جلب رضایت آگاهانه متقاضیان، حفظ اطلاعات افراد به صورت محرمانه، رعایت رازداری و بیان اهداف پژوهشی برای شرکت‌کنندگان بود. همچنین پژوهش حاضر دارای کد اخلاق با شناسه IR.IAU.KHSH.REC.1402.024 از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر است. در این پژوهش افراد گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، درمان هیجان-مدار را دریافت نموده درحالی که افراد گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت ننمودند. تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، قبل و بعد مداخله به پرسشنامه‌های پرخوری گورمالی و همکاران (۱۹۸۲)، خود شیءانگاری نول و فردریکسون (۱۹۹۸)، و خودتاملی و بینش گرنت و همکاران (۲۰۰۲)، پاسخ دادند و داده‌های حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS-23 و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت.

1. Glisenti
2. Osoro
3. Client-Centerd Therapy
4. Gestalt Therapy
5. Foye
6. Glisenti
7. Fülep
8. Wnuk
9. Kass

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

ابزار سنجش

مقیاس پرخوری[1](BES): این مقیاس که توسط گورمالی[2] و همکاران (۱۹۸۲) طراحی شد شامل ۱۴ آیتم چهارگزینه‌ای و ۲ آیتم سه گزینه‌ای است که دامنه نمرات بین صفر تا ۴۶ را در بر می‌گیرد. نمرات پایین‌تر از ۱۷ نشان‌دهنده عدم ابتلا به اختلال پرخوری عصبی است در حالی که نمرات بالاتر، نشان‌دهنده پرخوری عصبی بیشتر است (نقطه برش ۱۷). این مقیاس در دو عامل شناختی- عاطفی (احساس گناه، اشتغال ذهنی با خوردن محدود) و رفتاری (غذا خوردن سریع، تنها غذا خوردن سریع، تنها غذا خوردن) اختلال پرخوری را می‌سنجد (گورمالی و همکاران، ۱۹۸۲). یان[3] و همکاران (۲۰۲۳) روایی به روش تحلیل عاملی تاییدی را مورد بررسی قرار دادند و همسانی درونی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ را به میزان ۰/۸۷ گزارش کردند. فرم ایرانی این مقیاس را موتابی و همکاران (۲۰۰۹) بر روی شصت آزمودنی اجرا کردند و روایی همزمان (شاخص حساسیت) این مقیاس به میزان ۰/۸۵ بدست آمد همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

مقیاس خودتاملی و بینش[4](SRIS): این مقیاس که جهت سنجش خودآگاهی هیجانی استفاده می‌شود دارای ۳۰ گویه است که توسط گرنت[5] و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شده است و با یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از هرگز تا خیلی زیاد) خودآگاهی هیجانی افراد را اندازه‌گیری می‌کند، بازه نمرات در این پرسشنامه بین ۳۰ تا ۱۵۰ می‌باشد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودآگاهی هیجانی بیشتر می‌باشد. خرده مقیاس‌های آن شامل بازشناسی، شناسایی، تبدیل‌سازی یا ارتباط، محیط‌گرایی و حل مسئله یا تصمیم‌گیری هستند. روایی این مقیاس به روش تحلیل عاملی تایید شده است و همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد (گرنت و همکاران، ۲۰۰۲). در پژوهش مهنا و طالع پسند (۱۳۹۵) روایی محتوایی این پرسشنامه بر اساس نظر پنج نفر از متخصصان تأیید و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

پرسشنامهٔ خود شیءانگاری[6](SOQ): این پرسشنامه که توسط نول و فردریکسون[7] (۱۹۹۸) طراحی گردید دارای ۱۰ گویه است و دارای ۲ زیر مقیاس نگرش مبتنی بر ظاهر و خصوصیات فیزیکی (هرکدام ۵ گویه) می‌باشد. مقیاس مرتبط با نگرش‌های مبتنی بر ظاهر شامل جذابیت جنسی، عضلات سفت، وزن، جذابیت فیزیکی و اندازه اعضای بدن است در حالی که مقیاس مبتنی بر خصوصیات فیزیکی شامل سطح انرژی، سلامتی، قدرت، تناسب فیزیکی و هماهنگی فیزیکی می‌باشد. نمره‌دهی از طریق اختصاص ارزش و درجه‌بندی بدست می‌آید که می‌تواند بین ۱ (کمترین ارزش) تا ۱۰ (بیشترین ارزش) باشد که در انتها نمره نهایی از کسر ارزش‌های مبتنی بر صلاحیت از ارزش‌های مبتنی بر ظاهر بین ۲۵- و ۲۵ بدست می‌آید (نول و فردریکسون، ۱۹۹۸). روایی ملاکی این پرسشنامه با پرسشنامه بد ریخت-انگاری ۰/۴۳ بدست آمده و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش گردیده است (نول و فردریکسون، ۱۹۹۸). در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۴) روایی همگرای این پرسشنامه با پرسشنامه درونی‌سازی لاغری ۰/۵۳ محاسبه شد و پایایی درونی آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد.

در ادامه به منظور اجرای پژوهش از الگوی پروتکل گرینبرگ و گلدمن (۲۰۱۵) استفاده شد (خادم دزفولی و همکاران، ۱۴۰۲) بدین جهت افراد گروه آزمایش هفته‌ای دو بار در سالن فرهنگسرای خانواده شهر اصفهان به مدت ۶۰ دقیقه در طی ۱۲ جلسه مداخله دریافت نمودند و گروه کنترل در این مدت درمانی دریافت ننمودند و در لیست انتظار باقی ماندند. در جدول ۱ به طور مختصر شرح جلسات آورده شده است.

جدول ۱. شرح برنامه درمان هیجان مدار (گریبنرگ و گلدمن، ۲۰۱۵؛ ترجمه رمضانی و همکاران، ۱۳۹۹).

جلسات	رئوس محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری رابطه درمانی امن و ایجاد اتحاد درمانی قدرتمند از طریق هماهنگی همدلانه، حضور، اصالت، پذیرش بی‌قیدوشرط، اعتباربخشی

1. Binge Eating Scale (BES)
2 . Gormally
3. Yan
4. Self-Reflection and Insight Scale (SRIS)
5. Grant
6. Self-Objectification Questionnaire (SOQ)
7. Noll and Fredrickson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

جلسه دوم	ارائه توضیح در مورد ساختار و فرآیند درمان هیجان‌مدار به مراجع، توافق بر سر اهداف و وظایف درمانی، آموزش تجربی در مورد انواع هیجانات
جلسه سوم	تاگشایی داستان زندگی/روایت مبتنی بر هیجان (در رابطه با تاریخچه دل‌بستگی و هویت) از طریق گوش دادن به مشکلات کنونی مطرح‌شده (مشکلات رابطه‌ای و رفتاری)، توجه و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و ناگوار
جلسه چهارم	همراهی، مشاهده و کشف چرخه پردازش هیجانی مراجع از طریق توجه به کیفیت صدا، میزان برانگیختگی هیجانی، تجربه کردن مراجع و مولد بودن هیجان، کوچینگ هیجانی مراجع از طریق مراحل (آگاهی، بیان و تجربه، انعکاس و کامل، تبدیل، هیجان اصلاحی)
جلسه پنجم	ساخت مشترک یک کانون درمانی و کاوش همدلانه روی یکی از کانون‌های اصلی درمان از طریق کاربر روی نشانگرها و تکالیف درمانی مرتبط با هر نشانگر به‌وسیله شناسایی هیجانات ابزاری، ثانویه و اولیه
جلسه ششم	شناسایی طرح‌های هیجانی هسته‌ای زیربنایی حول هیجانی خاص و عناصر آن (ادراکی-موقعیتی، بیانگر بدنی، نمادین-مفهومی، انگیزشی-رفتاری)
جلسه هفتم	ادامه شناسایی، بازنمایی هیجانات اصلی زیربنایی سازگار/ناسازگار و شناسایی نیازها در حین انجام تکالیف درمانی مرتبط با هر نشانگر
جلسه هشتم	شناسایی و کاربر روی بازدارنده‌ها یا وقفه‌های موجود در مسیر دستیابی به طرح‌های هیجانی هسته‌ای
جلسه نهم	ردگیری و شناسایی نشانگرهای پدیدارشده، تشخیص بن‌مایه‌ها (رابطه‌های خود-خود، خود-دیگری، مسائل وجودی) و تکلیف درمانی ویژه برای هرکدام از آن‌ها
جلسه دهم	ساخت مشترک صورت‌بندی موردی روایت و ارتباط دادن مشکلات رفتاری و رابطه‌ای به ماشه چکان‌ها و طرح‌های هیجانی هسته‌ای، کوچینگ مراجع در حین بازنمایی تجربه‌ای و رسیدن به بینش تجربه‌ای
جلسه یازدهم	ارزیابی این‌که چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می‌شود و ارتباط آن‌ها با مشکلات مطرح‌شده
جلسه دوازدهم	تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده

یافته ها

در پژوهش حاضر تعداد ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر مبتلا به پرخوری در محدوده سنی ۱۶ تا ۱۸ سال در دو گروه ۱۵ نفری (گروه آزمایش و گواه) مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش برابر ۰/۸۱ ± ۱۶/۶۶ و گروه کنترل برابر ۰/۷۵ ± ۱۷ بود. به‌طوری که ۸ نفر از افراد گروه آزمایش (۵۳/۳ درصد) ۱۶ سال، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ۱۷ سال و ۳ نفر (۲۰درصد) ۱۸ سال بودند. همچنین در گروه کنترل نیز ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ۱۶ سال، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) ۱۷ سال و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ۱۸ سال بودند. علاوه بر این ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) از افراد گروه آزمایش و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) از افراد گروه کنترل کلاس دهم، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) از افراد گروه آزمایش و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) از افراد گروه کنترل کلاس یازدهم، ۳ نفر (۲۰درصد) از افراد گروه آزمایش و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) از افراد گروه کنترل کلاس دوازدهم بودند. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

	آزمایش				کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بازشناسی	۶/۲۰	۲/۰۷	۱۷/۴۶	۲/۱۳	۷/۵۳	۲/۶۹	۸/۰۶	۲/۸۹
شناسایی	۶/۶۰	۱/۸۴	۲۱/۸	۳/۰۵	۶/۳۳	۲/۴۳	۶/۴۶	۱/۷۶
ارتباط	۹/۴۰	۲/۱۶	۱۴/۸	۲/۸۸	۹/۶۰	۲/۶۶	۹/۴۰	۲/۹۷
محیط‌گرایی	۱۱/۸۰	۳/۲۵	۲۴/۴۶	۲/۷۷	۱۳/۴۰	۳/۶۶	۱۳/۶۰	۳/۸۶
حل مسئله	۵/۰۶	۱/۵۷	۶/۲۰	۱/۷۸	۵/۹۳	۲/۰۸	۶/۷۳	۱/۲۷
خودآگاهی هیجانی	۳۹/۰۶	۴/۰۲	۸۴/۷۳	۵/۹۲	۴۲/۸۰	۴/۶۳	۴۴/۲۶	۴/۷۵
نگرش‌های مبتنی بر ظاهر	۳۴/۶۶	۳/۶۵	۲۸/۶۰	۳/۵۸	۳۴/۸۰	۳/۸۷	۳۴/۶	۳/۹۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

خصوصیات فیزیکی	۲۰/۲۰	۳/۸۲	۲۴/۶۶	۳/۸۸	۲۰/۲۰	۳/۶۲	۲۰/۰۶	۳/۳۲
خود شیءانگاری	۱۴/۴۶	۷/۴۶	۳/۹۳	۷/۳۷	۱۴/۶۰	۷/۴۴	۱۴/۵۳	۷/۱۳
ابعاد شناختی- عاطفی	۱۰/۳۳	۳/۶۱	/۳۳	۳/۳۵	۹/۶	۳/۷۹	۹/۱۳	۳/۸۸
ابعاد رفتاری	۱۰/۸۶	۲/۶۹	۷/۹۳	۲/۶۵	۱۲/۱۳	۲/۹۷	۱۲/۳۳	۲/۸۹
علائم پرخوری	۲۱/۲	۴/۸۵	۱۵/۲۶	۴/۲۳	۲۱/۷۳	۵/۰۴	۲۱/۴۶	۴/۷۱

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌گردد میانگین خودآگاهی هیجانی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون، افزایش و میانگین متغیرهای خود شیءانگاری و علائم پرخوری عصبی، کاهش داشته‌اند. درصورتی‌که در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه کنترل، اختلاف زیادی مشاهده نشد. به منظور انجام آزمون فرضیه پژوهش ابتدا پیش فرض‌های همسانی واریانس‌ها، توزیع نرمال داده‌ها و شیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آزمون‌های مرتبط با آن همچون آزمون لوین و کولموگروف-اسمیرنوف حاکی از برقراری این پیش فرض‌ها است. همچنین نتیجه‌ی پیش فرض شیب خط رگرسیون حاکی از برقراری این پیش فرض است به طوری که تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش برای متغیرهای خودآگاهی هیجانی برابر با F=۳/۶۷، خود شیءانگاری برابر با F=۰/۳۰ و علائم پرخوری عصبی برابر با F=۰/۱۷ می‌باشد (P>۰/۰۵).

جدول ۳. نتایج آنالیز کوواریانس چند متغیره در بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های خودآگاهی هیجانی، خود شیءانگاری و علائم پرخوری عصبی

نام آزمون	مقدار	آماره F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری	اتا	توان
اثر پیلایی	۰/۶۰	۲/۹۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
لامبدای ویلکس	۰/۳۹	۲/۹۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
اثرهتلینگ	۱/۵۱	۲/۹۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۵۱	۸۹/۵۷	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که درمان هیجان‌محور حداقل بر یکی از مولفه‌های خودآگاهی هیجانی، خود شیءانگاری و علائم پرخوری عصبی تاثیر معنادار داشته است (P=۰/۰۰۰۱، F=۲/۹۱، ۰/۶۰= اثر پیلایی)؛ همچنین ضریب اتا ۰/۶۰ محاسبه شده است. در ادامه نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای متغیرهای حاضر در پژوهش در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری درمان هیجان‌مدار بر خودآگاهی هیجانی، خودشی انگاری و نشانه‌های پرخوری عصبی

		مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
خودآگاهی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۳۱/۲۳	۱	۲۳۱/۲۳	۳۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
	گروه	۳۹۴/۳۸	۱	۳۹۴/۳۸	۶۷/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
	خطا	۱۵۷/۶۹	۲۷	۵/۸۴				
خود شیءانگاری	پیش‌آزمون	۷۰۶/۰۸	۱	۷۰۶/۰۸	۲۳۸/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
	گروه	۷۸۰/۴۷	۱	۷۸۰/۴۷	۲۶۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
	خطا	۸۰/۰۴	۲۷	۲/۹۶	۱۶/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۷
علائم پرخوری عصبی	پیش‌آزمون	۶۰/۲۴	۱	۶۰/۲۴	۱۴۶/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	
	گروه	۵۲۹/۲۱	۱	۵۲۹/۲۱				۱
	خطا	۹۷/۴۸	۲۷	۳/۶۱				

بر اساس نتایج جدول ۴، بین نمرات خودآگاهی هیجانی، خود شیءانگاری و کاهش علائم افراد با نشانه‌های پرخوری عصبی در پیش-آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش تفاوت معنادار مشاهده شد (P<۰/۰۵)، که این نتیجه حاکی از تاثیر مداخله درمان هیجان‌مدار بر افزایش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

میانگین نمرات خودآگاهی هیجانی، و کاهش نمرات خودشیءانگاری و علائم پرخوری عصبی در دانش‌آموزان دختر با نشانه‌های پرخوری عصبی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شیءانگاری و کاهش علائم پرخوری در دانش‌آموزان دختر مبتلا به نشانه‌های پرخوری عصبی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر خودآگاهی هیجانی افراد با نشانه‌های پرخوری عصبی دارای تاثیر معنادار بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های آرتنگ و ایزدی (۱۴۰۱)، اسمری برده‌زرد و همکاران (۱۴۰۰)، پای پوزان (۱۳۹۹)، یعقوبی و همکاران (۲۰۲۰) و کاس و همکاران (۲۰۱۳) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان هیجان مدار با تقویت پردازش و خودآگاهی هیجانی باعث تغییر در هیجان شده است و با جانشین کردن پاسخ‌های سازگار منجر به کاهش نشانه‌های پرخوری عصبی گردیده است. در این راستا یکی از اهداف درمان هیجان‌مدار کار بر روی فرایندهای زیربنایی هیجانات ناخوشایند به‌وسیله آگاهی و بیان درست تجربیات درونی هیجانات می‌باشد تا از این طریق، تحمل این هیجانات آموخته و منجر به تنظیم هیجانی گردد این تجربیات که در قالب کلمات، معنا و انعکاس، نمادگذاری می شوند و با برچسب دهی مجدد، منجر به فعال‌سازی هیجانات سالم زیربنایی می‌گردند که با نیازها و اعمال مربوط با آن ارتباط دارند (گرینبرگ و واتسون[1]، ۲۰۰۶). بر این اساس با آموزش دیالوگ (خود–خود) خود افراد که تجربیات هیجانی را مسدود می‌کند، وضوح می‌یابد و در راستای آن نشان می‌دهد که چگونه از خودآگاهی هیجانی برای منقطع کردن تجربیات هیجانی خود استفاده نمایند. در واقع راه‌حل این کار بیان کردن کامل جنبه‌هایی از خود است که قبلاً انکار شده‌اند (آرتنگ و ایزدی، ۱۴۰۱).

تکنیک‌های به‌کار رفته در این درمان مانند آموزش در مورد هیجانات مثبت و منفی و ارزیابی مجدد و کمک به پذیرش بدون چون و چرای آن‌ها به تا افراد دارای نشانه‌های پرخوری عصبی کمک می‌کند تا بتواند با تنظیم هیجان به‌جای سرکوب هیجانات، آن‌ها را باز پردازش کند و در این زمینه، تجربه کردن عمیق و پذیرش به‌نوعی از خودآگاهی منجر می‌گردد. همچنین در طول جلسات با اجرای فن دو صندلی به منظور آشنا شدن با جنبه‌های سرکوب‌کننده خود و حل کردن صداهای متضاد منجر می‌گردد تا خود مهربان و دلسوز بر بخشی دیگر از خود که منتقد و سرکوبگر است و آنان را به خاطر پرخوری عصبی سرزنش می‌کند غلبه پیدا کند. استفاده از تکنیک تمرکز تجربی از طریق باز کردن فضا، معطوف کردن توجه به درون و تمرکز بر بدن، مدیریت و برانگیختگی هیجان، درنهایت باعث شد که مراجعان با درک و شناسایی هیجانات خود، به سطح بالاتری از خودآگاهی هیجانی برسند. درنهایت با تأکید بر رابطه درمانی برای ایجاد یک فضای امن، آرام و توأم با همدلی، خودآگاهی هیجانی دانش‌آموزان برانگیخته شد (گرینبرگ و گلدمن، ۲۰۱۵).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر خود شیءانگاری و مؤلفه‌های آن در افراد با نشانه‌های پرخوری عصبی دارای تاثیر معنادار بود. این یافته با نتایج آوری و همکاران (۱۴۰۰)، رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، خاکباز و همکاران (۱۳۹۵) و قمرانی و سطانی (۱۳۹۴) همسو بود. در تبیین این نتایج باید به این نکته اشاره کرد که آموزش هیجان‌مدار می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به‌موقع آن‌ها، نقش مهمی در کاهش رفتارهای مخرب همچون خود شیءانگاری که عدم رضایت‌مندی از ویژگی‌های بدنی خویش است و افزایش رفتارهای مطلوب برای جلوگیری از واکنش‌های هیجانی را رقم زند. در همین راستا یکی از پیش‌فرض‌های رویکرد هیجان‌مدار آن است که جلوگیری از ابراز هیجان‌های اولیه موجب آسیب زدن به رمزگذاری سالم، خشم ناشی از احترام قائل شدن به خود در مواقع لازم می‌شود؛ همچنین پردازش کافی و مناسب هیجان‌های حل‌نشده، تبدیل و استحاله آن را در پی دارد، که در خلال درمان گاهی لازم است مراجعان به صحبت کردن در مورد خیال‌پردازی‌هایشان درباره خود شیءانگاری و دیدگاهشان نسبت به بدنشان، ترغیب شوند (خاکباز و همکاران، ۱۳۹۵)، بنابراین اجرای تکنیک صندلی در گفتگو با فردی که پرخوری عصبی دارد موجب رهاشدگی از احساس‌های در خود فرورفتگی شد. همچنین در طول جلسات، انواعی از تعارضات دوپاره در رابطه با خود شیءانگاری مانند خود انتقادگر، خود تخریب‌گر و خود بازدارنده مشاهده شد. تعارضات که نماینده‌ی استانداردهای درونی‌شده‌ای بودند که قبل از حل‌وفصل آن‌ها در فرآیند درمان، افراد به‌جای انتخاب آنچه مناسب بود و به بیشترین میزان برآورده شدن نیازهایشان می‌انجامید، از روی ترس، شرم، به خاطر هم‌رنگی با معیارهای ایده آل جامعه و یا مهم دانستن قضاوت‌های دیگران دراین‌باره که باید چگونه بود، زندگی

1. Greenberg &Watson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

می‌کردند؛ درنتیجه نیازهای مهم‌شان نادیده یا کوچک شمرده می‌شد و درنهایت افراد به‌جای ارزش‌گذاری خود بر مبنای نگرش‌های مبتنی بر صلاحیت و حرکت به سمت آن‌ها، درگیر ارزش‌های مبتنی بر ظاهر می‌شدند. از این رو اجرای تکنیک صندلی و به چالش کشیدن هیجانات منفی، سهم عمده‌ای در کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجانی و افزایش راهبردهای مثبت دانش‌آموزان جهت کاهش خود شیءانگاری در مطالعه حاضر ایفا کرد (آرتنگ و ایزدی، ۱۴۰۱).

علاوه بر این با توجه به نتایج می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار بر کاهش علائم افراد با نشانه‌های پرخوری عصبی دارای تاثیر معنادار بود که نتایج اخیر با یافته‌های اتفاقی و همکاران (۲۰۲۱)، گلیسنتی[1] و همکاران (۲۰۲۲)، فولرپ[2] و همکاران (۲۰۲۱) و نوک و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان هیجان مدار که مبتنی بر نظریه دل‌بستگی است به مراجعان کمک می‌کند تا از یک موقعیت پریشان به یک رابطه متصل حرکت کنند و بهتر با احساساتشان رابطه برقرار کنند، بدون هیچ دفاعی، احساسات را بشنوند و بفهمند و اعتبار ببخشند. در گروه‌درمانی متمرکز بر هیجان بنا به گزارش شرکت‌کنندگان در پژوهش، یک عنصر مهم درمان، تجربه کردن هیجانات اصلاحی است. اعضا، اعتباربخشی سالم، همدردی و تسکین و آرامش بین فردی را از یکدیگر و از طرف درمانگر تجربه می‌کنند. تکنیک‌های به‌کاررفته در این درمان مثل آموزش درباره هیجان‌های سازگار و ناسازگار و ارزیابی مجدد و کمک به پذیرش بدون چون‌وچرای آن‌ها در این راستا بود تا مراجعان بتوانند با تنظیم هیجان به‌جای سرکوب هیجانات، آن‌ها را باز پردازش کنند و تجربه کردن عمیق و پذیرش آن به خودآگاهی منجر گردید. در واقع مراجعان در طول جلسات به این درک رسیدند که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار (فولرپو همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین می‌توان به‌جای گریز از آن‌ها یا غرق شدن در آن‌ها، پیام پنهانی‌شان را شنید. در حقیقت از دانش‌آموزان دختر در این راستا خواسته شد تا رویداد آزاردهنده و هیجانات مرتبط با آن را نیز بیان کنند و همچنین بیان کنند که چه هیجانات دیگری را نیز می‌توانند در آن شرایط بروز بدهند. این تکالیف به آن‌ها کمک نمود تا یاد بگیرند که هیجانات ناسازگار خود را کنار بگذارند و هیجان مناسب‌تری را جایگزین کنند. همچنین در طول جلسات استفاده از تکنیک صندلی خالی باعث حل‌وفصل احساسات منفی و هیجانات ناسازگار ناشی از تعارضات بین فردی شد.

در مجموع و به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شیءانگاری و کاهش علائم افراد با نشانه‌های پرخوری عصبی مؤثر می‌باشد. از این جهت درمان هیجان‌مدار به عنوان رویکردی نوین موجب تغییر در متغیرهای پیشایندی همچون خودآگاهی هیجانی، خود شیءانگاری و کاهش علائم افراد با نشانه‌های پرخوری عصبی می‌گردد. از این رو لازم است به‌طور ویژه، متغیرهای فوق در زمینه بهبود شرایط دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های پرخوری عصبی مورد توجه متخصصان و پژوهشگران قرار گیرد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل عدم اجرای پیگیری، تعداد نمونه کم و روش نمونه‌گیری هدفمند بود. پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها، پژوهش‌های مشابهی با در نظر گرفتن دوره‌های پیگیری بلند مدت، با حجم نمونه بزرگ‌تر و استفاده از نمونه‌گیری‌های احتمالی انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود جهت بهبود خودآگاهی هیجانی، خود شیءانگاری و کاهش علائم پرخوری عصبی نوجوانان به برگزاری دوره‌های گروهی و تدوین بسته‌های آموزشی مرتبط با رویکرد هیجان‌مدار در مراکز درمانی پرداخته شود.

منابع

آرتنگ، ه.، و ایزدی، ف. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر پردازش اطلاعات هیجانی و تحریف‌های شناختی بین فردی در زنان با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰ (۱)، ۷۳-۶۰. https://rbs.mui.ac.ir/article-1-1150-fa.html

آوری، ن.، فیلی، ع.، و اسلمی، ا. (۱۴۰۰). *پیش بینی خود شیء انگاری بر اساس گرایش به شبکه‌های اجتماعی، اختلالات خوردن و عزت نفس جنسی زنان متقاضی عمل زیبایی مراجعه کننده به مراکزعمل زیبایی در شهر شیراز*، پنجمین کنفرانس ملی حقوق، علوم اجتماعی و انسانی. روانشناسی و مشاوره، شیروان. https://civilica.com/doc/1232786

اسمری برده‌زرد، ی.، خانجانی، س.، موسوی اصل، ا.، و دولتشاهی، ب. (۱۴۰۰). اثر بخشی درمان هیجان محور بر اضطراب، افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در اختلال پرخوری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۷* (۱)، ۱۵-۲. https://www.sid.ir/paper/992324/fa

1. Glisenti
2. Fülep

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

پای پوزان، س.(۱۳۹۹). اثربخشی درمان هیجان‌مدار شناختی بر خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجانی در زنان مبتلابه چاقی. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۴ (۸)، ۱۳-۱. https://jnip.ir/article-1-492-fa.html

خاکباز، س.، صفاری نیا، م.، و آخوندی، ن. (۱۳۹۵). *رابطه خود شیء انگاری بدن با بهزیستی روانشناختی و میانجیگری عزت نفس جنسی در زنان مراجعه کننده به کلنیک های زیبایی شهر تهران*، کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم. https://civilica.com/doc/592198

رضایی، م.، افلاک سیر، ع.، محمدی، ا.ح.، یاوری، ن.، و غیور، م. (۱۳۹۴). طراحی و آزمون مدلی از متغیرهای درونی سازی لاغری، خودشیءانگاری و نارضایتی بدنی به عنوان پیش آیندهای خطر اختلالات خوردن در دختران دانشجو. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران* ۲ (۱۰)، ۱۱-۱۸. https://journal.rums.ac.ir/browse.php?a_id=2281&sid=1&slc_lang=fa&html=1.

قمرانی، ا.، و سطانی، ف. (۱۳۹۴). *رابطه بین خودشی انگاری و افسردگی دانش آموزان دختر ۱۲ - ۱۵ سال اصفهان*، سومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم رفتاری، تهران. https://civilica.com/doc/430506 .

گریبنرگ، ل.، و گلدمن، ر. (۲۰۱۵). *صورت‌بندی موردی در درمان هیجان‌مدار: همکاری در ایجاد نقشه‌های بالینی جهت تغییر*. ترجمه رمضانی، شریف‌زاده، رسولی (۱۳۹۹). انتشارات ویرایش. چاپ اول. https://www.gisoom.com/book/11732716 .

مهنا، س.، و طالع پسند، س. (۱۳۹۵) رابطه بین حمایت‌های محیطی و خودآگاهی هیجانی با درگیری تحصیلی با نقش میانجی بهزیستی تحصیلی. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۶ (۴)، ۴۲-۳۱. https://ijme.mui.ac.ir/browse.php?a_id=3795&sid=1&slc_lang=fa

American Psychiatric Association. (2021). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. bookpointUS https://psychiatryonline.org/guidelines.

Bray, B., Bray, C., Bradley, R., & Zwickey, H. (2022). Mental health aspects of binge eating disorder: A cross-sectional mixed-methods study of binge eating disorder experts' perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 953203. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.953203

Colle, L., Hilviu, D., Boggio, M., Toso, A., Longo, P., Abbate-Daga, G., & Fossataro, C. (2023). Abnormal sense of agency in eating disorders. *Scientific Reports*, *13*(1), 14176. https://doi.org/10.1038/s41598-023-41345-5

Cui, J., & Fang, Y. (2022). Mediating effects of self-concept clarity and self-objectification on the relationship between celebrity worship and the process of considering cosmetic surgery among Chinese undergraduates. *BMC psychology*, *10*(1), 259. https://doi.org/10.1186/s40359-022-00975-6

Etafaghi, M., Sabet, M., & Alhoseini, K. A. (2021). Effectiveness of Barlows Unified Transdiagnostic Treatment, Emotion-Focused Therapy and Mindfulness on Moderating the Eating Behavior of Adults with Obesity. *Iranian Journal of Health Psychology*, *3*(2), 89-102. https://doi.org/10.30473/ijohp.2020.53011.1080

Foye, U., Hazlett, D. E., & Irving, P. (2019). 'The body is a battleground for unwanted and unexpressed emotions': exploring eating disorders and the role of emotional intelligence. *Eating disorders*, *27*(3), 321-342. https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1517520

Fülep, M.., Pilárik, Ľubor., Novák, L., & Mikoška, P. (2021). The effectiveness of Emotion-Focused Therapy: A systematic review of experimental studies. *Československá Psychologie*, 65(5), 459-473. https://doi.org/10.51561/cspsych.65.5.459

Hay, P., Palavras, M. A., da Luz, F. Q., dos Anjos Garnes, S., Sainsbury, A., Touyz, S., & Claudino, A. M. (2022). Physical and mental health outcomes of an integrated cognitive behavioural and weight management therapy for people with an eating disorder characterized by binge eating and a high body mass index: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, *22*(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04005-y

Huggins, C. F., Donnan, G., Cameron, I. M., & Williams, J. H. (2020). A systematic review of how emotional self-awareness is defined and measured when comparing autistic and non-autistic groups. *Research in autism spectrum disorders*, *77*, 101612. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101612

Kass, A. E., Kolko, R. P., & Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, *26*(6), 549. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4096990/

Gattino, S., Czepczor-Bernat, K., Fedi, A., Brytek-Matera, A., Boza, M., Lemoine, J. E., & Rollero, C. (2023). Self-Objectification and its Biological, Psychological and Social Predictors: A Cross-Cultural Study in Four European Countries and Iran. *Europe's Journal of Psychology*, *19*(1), 27. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10103054

Glisenti, K., Strodl, E., & King, R. (2023). The role of beliefs about emotions in emotion-focused therapy for binge-eating disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *53*(2), 117-124. https://doi.org/10.1007/s10879-022-09555-6

Greenberg, L., & Warson, J. (2006). *Emotion Focused Therpy For Depresion. Washington*. American Psychology Association. https://www.apa.org/pubs/books/4317081

Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, *9*, 1-15. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5

Grant, A. M., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The self-reflection and insight scale: A new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality: an international journal*, *30*(8), 821-835. https://psycnet.apa.org/record/2002-11396-012

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

Gormally, J. I. M., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, *7*(1), 47-55. https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7

Gukasyan, N., Schreyer, C. C., Griffiths, R. R., & Guarda, A. S. (2022). Psychedelic-Assisted Therapy for People with Eating Disorders. *Current psychiatry reports*, 1-9. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36374357/

Linardon, J. (2021). *15 Best Eating Disorder Books of All-Time to Improve Your Eating Behaviors*. https://breakbingeeating.com/

Mootabi, F., Moloodi, R., Dezhkam, M., & Omidvar, N. (2009). Standardization of the binge eating scale among Iranian obese population. *Iranian Journal of Psychiatry*, *4*(4), 143-146. https://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/517

Mohajan, D., & Mohajan, H. K. (2023). Anorexia Nervosa: A Dreadful Psychosocial Health Complication. *Unpublished Manuscript*. https://mpra.ub.uni-muenchen.de/117258/

Noll, S. M., & Fredrickson, B. L. (1998). A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychology of women quarterly*, *22*(4), 623-636. https://doi/abs/10.1111/j.1471-6402.1998.tb00181.x

Osoro, A., Villalobos, D., & Tamayo, J. A. (2022). Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(3), 815-836. https://doi.org/10.1002/cpp.2690

Ralph, A. F., Brennan, L., Byrne, S., Caldwell, B., Farmer, J., Hart, L. M., ... & Hay, P. (2022). Management of eating disorders for people with higher weight: clinical practice guideline. *Journal of Eating Disorders*, *10*(1), 1-42. https://doi.org/10.1186/s40337-022-00622-w

Sun, Q. (2023). Self-objectification and career aspirations among young Chinese women: the roles of self-esteem and career decision-making self-efficacy. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1-14. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1193008

Wnuk, S. M., Greenberg, L., & Dolhanty, J. (2015). Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating disorders*, *23*(3), 253-261. https://doi.org/10.1080/10640266.2014.964612

Trentini, C., Tambelli, R., Maiorani, S., & Lauriola, M. (2022). Gender differences in empathy during adolescence: Does emotional self-awareness matter?. *Psychological reports*, *125*(2), 913-936. https://doi.org/10.1177/0033294120976631

Vasiliu, O. (2023). An integrative model as a step toward increasing the awareness of eating disorders in the general population. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1184932. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1184932

Veldhuis, J., Alleva, J. M., Bij de Vaate, A. J., Keijer, M., & Konijn, E. A. (2020). Me, my selfie, and I: The relations between selfie behaviors, body image, self-objectification, and self-esteem in young women. *Psychology of Popular Media*, *9*(1), 3. https://doi.org/10.1037/ppm0000206

Yaghoubi, R., Bayazi, M. H., Babaei, M., & Asadi, J. (2020). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy Group on Difficulties in Emotion Regulation and Health Promoting Lifestyle in Obese Women. *International Journal of Health Studies*, *6*(2), 34-40. https://doi.org/10.22100/ijhs.v6i2.737

Yan, H. Y., Lin, F. G., Tseng, M. C. M., Fang, Y. L., & Lin, H. R. (2023). The psychometric properties of Binge Eating Scale among overweight college students in Taiwan. *Journal of Eating Disorders*, *11*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s40337-023-00774-3

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]