

## اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شیانگاری 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

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

مریم سلیمانی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی خانواده، گروه روانشناسی بالینی، واحد

Хمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

فاطمه ایزدی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی،

Хмینі شهر، اصفهان، ایران.

### 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.

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شیانگاری و کاهش علائم در دانش‌آموزان دختر با نشانه‌های پرخوری عصبی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان 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) گرنت و همکاران همکاران (۱۹۸۲)، مقیاس خودتمالی و بینش (SRIS) گرنت و فردیکسون (۲۰۰۲) و پرسشنامه خود شیانگاری (SOQ) نول و فردیکسون (۱۹۹۸) بود. گروه آزمایش ۶۰ جلسه‌ی ۱۲ (جلسه در هفتة) 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، خود شیانگاری و علائم پرخوری عصبی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.05$ ). 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 شیانگاری، درمان هیجان‌مدار، نشانه‌های پرخوری عصبی.

## مقدمه

اختلال تغذیه و خوردن<sup>۱</sup> با اختلالات پایدار در خوردن یا رفتارهای مربوط به خوردن، مشخص می شود، که منجر به تغییر در مصرف یا جذب غذا و آسیب قابل توجه سلامت جسمی و عملکرد روانی- اجتماعی می گردد (گاکاسیان و اسچریر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲). انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۳</sup> (۲۰۲۱) پرخوری عصبی را شامل بلع مقدار زیادی غذا به طور نامعمول و احساس فقدان کنترل در طول دوره خوردن تعریف می کند. ازین نظر اختلال پرخوری می تواند منجر به اختلال در کارکرد روزانه همچون مشکل در خواب (بری<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) و عامل برخی بیماری های جسمی و مشکلات گوارشی (موهاجان و موهاجان<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳) در این بین نشان می دهد که این مشکلات می تواند کاهش کیفیت زندگی و بار اقتصادی برای این افراد به همراه داشته باشد. در این راستا یکی از عوامل مهم در پرخوری عصبی، خود شیانگاری<sup>۶</sup> است که به ارزیابی دیگران براساس ظاهر فیزیکی، زیبایی و جذابیت جنسی اشاره دارد پدیده ای که امروزه منبع عده درد و رنج زنان به شمار می آید (چوی و فنگ<sup>۷</sup>، ۲۰۲۲). در واقع زنان و دختران می آموزند که براساس معیارهای اجتماعی خودشان را از روی ظاهر فیزیکی که دیگران از آن برای قضاؤ و ارزیابی بهره می برند، بستجند. از این جهت برخی از تأثیرات اجتماعی فرهنگی، آنان را به سمت شیء انگاری سوق می دهد (ولدھیوس و آلوا<sup>۸</sup>، ۲۰۲۰). به طور کلی خود شیء انگاری شامل نگرش های 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) می شود (سان<sup>۹</sup>، 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 می تواند نتایج منفی جسمی و روانی زیادی برای این قشر از افراد در جامعه به بار آورد (گاتینو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از عواملی که در این بین می تواند تاثیر گذار باشد و در اختلالات خوردن نیز نقش دارد خودآگاهی هیجانی<sup>۱۱</sup> است. خودآگاهی هیجانی که توسط هاگینز و همکاران (۲۰۲۰) به عنوان یک توانایی شامل مهارت درک هیجان های خود و دیگران توصیف شده است و در برگیرنده پنج سطح درک احساس های بدنی، تمایل به عمل، هیجان های منفرد، هیجان های وابسته و درک ترکیبی تجربیات هیجانی آمیخته می گردد. این توانایی به افراد این امکان را می دهد که پاسخ ها را به شکل مناسب، سریع و همگام با تغییرات محیطی به کار ببرند و بهزیستی روانی مطلوبی را برای خویش فراهم نمایند (ترنتینی<sup>۱۲</sup> 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 مقابله ای و آرامش بخش استفاده می کنند (وسیلیو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۳). مدل های تبیینی پرخوری در پژوهش های ادبی نیز در این راستا نشان داده اند که هیجانات در دنک، مهم ترین تسریع کننده و نگهدارنده اختلالات پرخوری هستند (کول<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

باتوجه به آنکه تاکنون مداخلات زیادی بر روی اختلالات خوردن به ویژه پرخوری (برنامه های رفتاری از دست دادن وزن و غیره) انجام شده است (هی<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) و بیشتر آنان بر شناختها و رفتارهای عینی تاکید داشته اند (رالف و برانان<sup>۱۶</sup>، ۲۰۲۲) و کمتر بر آسیب پذیری هیجانی و نقص افراد مبتلا در مهارت های تنظیم هیجانات منفی توجه شده است با نظر به اینکه این مسئله در تداوم اختلالات خوردن نقش بهسزایی ایفا می کند و در درمان های منتخب همچون شناختی رفتاری و بین فردی مورد تاکید قرار نمی گیرد، بنابراین رویکردهای درمانی که بیشتر بر هیجان تأکید دارند، می توانند 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

یافته‌های پژوهشی در این باره نشان می‌دهد که رویکردهای مبتنی بر هیجان همچون درمان هیجان محور توانسته نشانه‌های اختلال خوردن را در زنان مبتلا به پراشتلهایی عصبی کاهش دهد و همچنین افسردگی و پرسانی منتج از آن را بهبود بخشد و موجب ارتقا خودکارآمدی و تنظیم هیجانات در آنان گردد (گلیسنتی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). این رویکرد درمانی در واقع با توجه و تأکید به نقش مهم هیجانات و ارتباط هیجانی در سازمان‌دهی الگوهای ارتباطی، هیجانات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد (اوسرور<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) این درمان با بهره بردن از تکنیک‌های همدلی و پذیرش مثبت درمان مراجعه‌محور<sup>۳</sup> و تکنیک‌های تمرکز و صندلی درمان گشالتی<sup>۴</sup> به همگامی لحظه به لحظه تجربیات افراد در جلسه درمان می‌پردازد و تجربیات آنان را ردگیری می‌کند (فوی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

در این راستا یافته‌های اتفاقی و همکاران (۲۰۲۱)، گلیسنتی<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۲۱) و نوک<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۵) حاکی از تاثیر درمان هیجان‌مدار بر نشانه‌های پرخوری عصبی است، همچنین یافته‌های پژوهشی دیگر همچون آرنگ و ایزدی (۱۴۰۱)، اسمری برده‌زد و همکاران (۱۴۰۰)، پای پوزان (۱۳۹۹)، یعقوبی و همکاران (۲۰۲۰)، کاس<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۳) نیز حاکی از تاثیرگذاری این درمان بر خودآگاهی هیجانی می‌باشد. نتایج پژوهشی اوری و همکاران (۱۴۰۰)، رضایی و همکاران (۱۳۹۴) حاکی از تاثیر درمان هیجان‌مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شیانگاری و نشانگان پرخوری بوده‌اند اما پژوهشی که به همکاران (۱۳۹۵)، قمرانی و سلطانی (۱۳۹۴) نیز حاکی از تاثیر درمان هیجان‌مدار بر خودشیانگاری می‌باشد. با توجه به اینکه پژوهش‌های بسیاری به طور مجزا گویای تاثیر درمان هیجان‌مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شیانگاری 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 شیانگاری 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 شیانگاری 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 (روانشناسخی 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 مقاضیان، حفظ اطلاعات افراد به صورت محترمانه، 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-هیدر را دریافت نموده در حالی که افراد گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت ننمودند. تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، قبل و بعد مداخله به پرسشنامه‌های پرخوری گورمالی و همکاران (۱۹۸۲)، خود شیانگاری 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-Centered Therapy

4. Gestalt Therapy

5. Foye

6. GliSenti

7. Filep

8. Wnuk

9. Kass

### ابزار سنجش

**مقیاس پرخوری (BES):** این مقیاس که توسط گورمالی<sup>۲</sup> 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<sup>۳</sup> 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<sup>۴</sup> (SRIS):** این مقیاس که جهت سنجش خودآگاهی هیجانی استفاده می‌شود دارای ۳۰ گویه است که توسط گرنت<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شده است و با یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (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 محتوای این پرسشنامه بر اساس نظر پنج نفر از متخصصان تایید 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.

**پرسشنامه خودشیانگاری<sup>۶</sup> (SOQ):** این پرسشنامه که توسط نول و فردریکسون<sup>۷</sup> (۱۹۹۸) طراحی گردید دارای ۱۰ گویه است و دارای ۲ زیر مقیاس نگرش مبتنی بر ظاهر و خصوصیات فیزیکی (هر کدام 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 انتهای نمره نهایی از کسر ارزش‌های مبتنی بر صلاحیت از ارزش‌های مبتنی بر ظاهر بین ۰-۲۵ و ۰-۲۵ بدست می‌آید (نول و فردریکسون، ۱۹۹۸). روایی ملکی 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 محسوبه 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 گلدمان (۲۰۱۵) استفاده شد (خادم دزفولی و همکاران، ۱۴۰۲) بدین جهت افراد گروه آزمایش هفتادی از 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 (گرینبرگ و گلدمان، ۲۰۱۵؛ ترجمه رمضانی و همکاران، ۱۳۹۹).

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

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

ارائه توضیح در مورد ساختار و فرآیند درمان هیجان‌دار به مراجع، توافق بر سر اهداف و وظایف درمانی، آموزش تجربی در مورد انواع هیجانات	جلسه دوم
تاقشایی داستان زندگی/روایت مبتنی بر هیجان (در رابطه با تاریخچه دلستگی و هویت) از طریق گوش دادن به مشکلات کنونی مطرح شده (مشکلات رابطه‌ای و رفتاری)، توجه و شناسایی تجربه هیجانی دردنک و ناگوار	جلسه سوم
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 چهارم
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 پنجم
شناسایی طرح‌های هیجانی هسته‌ای زیربنایی حول هیجانی خاص و عناصر آن (ادرارکی-موقعیتی، بیانگر بدنی، نمادین-مفهومی، انگیزشی-رفتاری)	جلسه ششم
ادامه شناسایی، بازنمایی هیجانات اصلی زیربنایی سازگار/ناسازگار و شناسایی نیازها در حین انجام تکالیف درمانی مرتبط با هر نشانگر	جلسه هفتم
شناسایی و کاربر روی بازدارنده‌ها یا وقفه‌های موجود در مسیر دستیابی به طرح‌های هیجانی هسته‌ای رددگیری و شناسایی نشانگرها پدیدارشده، تشخیص بن‌مایه‌ها (رابطه‌های خود-خود، خود-دیگری، مسائل وجودی) و تکلیف درمانی ویژه برای هر کدام از آن‌ها	جلسه هشتم
ساخت مشترک صورت‌بندی موردي 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 ارزیابی این که چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می‌شود و ارتباط آن‌ها با مشکلات مطرح شده تثبیت خود جدید و تعیین به رویدادهای آینده	جلسه نهم
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 $۱۶/۶۶ \pm ۰/۸۱$ و گروه کنترل برابر $۱۷/۷۵ \pm ۰/۷۵$ بود. به طوری که ۸ نفر از افراد گروه آزمایش ( $۵۳/۳$ درصد) ۱۶ سال، ۴ نفر ( $۲۶/۷$ درصد) ۱۷ سال و ۳ نفر ( $۲۰/۰$ درصد) 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 ( $۲۰/۰$ درصد) 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.	جلسه دهم
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 $۱۶/۶۶ \pm ۰/۸۱$ و گروه کنترل برابر $۱۷/۷۵ \pm ۰/۷۵$ بود. به طوری که ۸ نفر از افراد گروه آزمایش ( $۵۳/۳$ درصد) ۱۶ سال، ۴ نفر ( $۲۶/۷$ درصد) ۱۷ سال و ۳ نفر ( $۲۰/۰$ درصد) 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 ( $۲۰/۰$ درصد) 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.	جلسه یازدهم
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 $۱۶/۶۶ \pm ۰/۸۱$ و گروه کنترل برابر $۱۷/۷۵ \pm ۰/۷۵$ بود. به طوری که ۸ نفر از افراد گروه آزمایش ( $۵۳/۳$ درصد) ۱۶ سال، ۴ نفر ( $۲۶/۷$ درصد) ۱۷ سال و ۳ نفر ( $۲۰/۰$ درصد) 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 ( $۲۰/۰$ درصد) 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.	جلسه دوازدهم

## یافته‌ها

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  $۱۶/۶۶ \pm ۰/۸۱$  و گروه کنترل برابر  $۱۷/۷۵ \pm ۰/۷۵$  بود. به طوری که ۸ نفر از افراد گروه آزمایش ( $۵۳/۳$  درصد) ۱۶ سال، ۴ نفر ( $۲۶/۷$  درصد) ۱۷ سال و ۳ نفر ( $۲۰/۰$  درصد) 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 ( $۲۰/۰$  درصد) 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 بیش آزمون و پس آزمون

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

اثربخشی درمان هیجان مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شیانگاری و کاهش علائم در دانش آموزان دختر با نشانه‌های پرخوری عصبی  
The effectiveness of emotion-focused therapy on emotional self-awareness, self-objectification and reduction of ...

۳/۳۲	۲۰/۰۶	۳/۶۲	۲۰/۲۰	۳/۸۸	۲۴/۶۶	۳/۸۲	۲۰/۲۰	خصوصیات فیزیکی
۷/۱۳	۱۴/۵۳	۷/۴۴	۱۴/۶۰	۷/۲۷	۳/۹۳	۷/۴۶	۱۴/۴۶	خود شیانگاری
۳/۸۸	۹/۱۳	۳/۷۹	۹/۶	۳/۳۵	/۳۳	۳/۶۱	۱۰/۳۳	ابعاد شناختی- عاطفی
۲/۸۹	۱۲/۳۳	۲/۹۷	۱۲/۱۳	۲/۶۵	۷/۹۳	۲/۶۹	۱۰/۸۶	ابعاد رفتاری
۴/۷۱	۲۱/۴۶	۵/۰۴	۲۱/۷۳	۴/۲۳	۱۵/۲۶	۴/۸۵	۲۱/۲	علائم پرخوری

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌گردد میانگین خودآگاهی هیجانی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون، افزایش و میانگین متغیرهای خود شیانگاری و علائم پرخوری عصبی، کاهش داشته‌اند. در صورتی که 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 شبیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آزمون‌های مرتبط با آن همچون آزمون لوبن و کولموگروف- اسمیرنوف حاکی از برقراری این پیش فرض‌ها است. همچنین نتیجه‌ی پیش فرض شبیب 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  $F=۳/۶۷$ ,  $P=0/۰۵$  باشد. خود شیانگاری برابر با  $F=۰/۳۰$  و علائم پرخوری عصبی برابر با  $F=۰/۱۷$  می‌باشد ( $P>0/۰۵$ ).

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

نام آزمون	مقدار	آماره F	Df	فرضیه	سطح معناداری	اتا	توان
اثر پیلایی	۰/۶۰	۲/۹۱	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
لامبای ولکس	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 هیجان محور حداقل بر یکی از مؤلفه‌های خودآگاهی هیجانی، خود شیانگاری و علائم پرخوری عصبی تاثیر معنادار داشته است ( $F=۲/۹۱$ ,  $P=0/0001$ ,  $P=0/0001$ )؛ همچنین ضریب اتا ۰/۶۰ محاسبه شده است. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیرهای حاضر در پژوهش در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری درمان هیجان مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شیانگاری و نشانه‌های پرخوری عصبی

مجموع مجذورات							Mیانگین مجذورات	Df	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری	اثر
۲۳۱/۲۳	۱	۲۳۱/۲۳	۱	۳۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۰۵۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۰۵۹	۰/۶۰	پیش‌آزمون
۳۹۴/۳۸	۱	۳۹۴/۳۸	۱	۶۷/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۰/۰۷۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۰۷۱	۰/۶۰	خودآگاهی هیجانی
۱۵۷/۶۹	۲۷	۱۵۷/۶۹	۲۷	۵/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۰۶۰	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۰۶۰	۰/۶۰	خطا
۷۰۶/۰۸	۱	۷۰۶/۰۸	۱	۲۲۸/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۰/۰۸۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۰۸۹	۰/۶۰	پیش‌آزمون
۷۸۰/۴۷	۱	۷۸۰/۴۷	۱	۲۶۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۰/۰۹۰	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۰۹۰	۰/۶۰	خود شیانگاری
۸۰/۰۴	۲۷	۸۰/۰۴	۲۷	۱۶/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۰۹۷	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۰۹۷	۰/۶۰	خطا
۶۰/۲۴	۱	۶۰/۲۴	۱	۱۴۶/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۰/۰۸۴	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۰۸۴	۰/۶۰	پیش‌آزمون
۵۲۹/۲۱	۱	۵۲۹/۲۱	۱	۳/۶۱	۰/۰۰۱	۱	۰/۶۱	۲۷	۳/۶۱	۰/۶۱	۰/۶۱	۰/۶۱	علائم پرخوری عصبی
۹۷/۴۸	۲۷	۹۷/۴۸	۲۷										

بر اساس نتایج جدول ۴، بین نمرات خودآگاهی هیجانی، خود شیانگاری و کاهش علائم افراد با نشانه‌های پرخوری عصبی در پیش- آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش تفاوت معنادار مشاهده شد ( $P<0/05$ ), که این نتیجه حاکی از تاثیر مداخله درمان هیجان مدار بر افزایش

میانگین نمرات خودآگاهی هیجانی، و کاهش نمرات خودشی‌انگاری 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 شی‌انگاری 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 آرنگ و ایزدی (۱۴۰۱)، اسمری برده‌زد 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 هیجان‌مدار با تقویت پردازش و خودآگاهی هیجانی باعث تغییر در هیجان شده است و با جاشینی 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 به وسیله آگاهی و بیان درست تجربیات درونی هیجانات می‌باشد تا این طریق، تحمل این هیجانات آموخته و منجر به تنظیم هیجانی گردد این تجربیات که در قالب کلمات، معنا و انعکاس، نمادگذاری می‌شوند و با برچسب دهی مجدد، منجر به فعال‌سازی هیجانات سالم زیربنایی می‌گرددند که با نیازها و اعمال مربوط با آن ارتباط دارند (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۶). بر این اساس با آموزش دیالوگ (خود-خود) خود افراد که تجربیات هیجانی را مسدود می‌کنند، وضوح می‌یابد و در راستای آن نشان می‌دهد که چگونه از خودآگاهی هیجانی برای منقطع کردن تجربیات هیجانی خود استفاده نمایند. در واقع راه حل این کار بیان کردن کامل جنبه‌هایی از خود است که قبل از انکار شده‌اند (آرنگ و ایزدی، ۱۴۰۱).

تکنیک‌های به کار 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 به جای سرکوب هیجانات، آن‌ها را باز پردازش کند و در این زمینه، تجربه کردن عمیق و پذیرش به نوعی از خودآگاهی منجر می‌گردد. همچنین در طول جلسات با اجرای فن دو صندلی به منظور آشنا شدن با جنبه‌های سرکوب‌کننده خود و حل کردن صدای 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 فضاء، معطوف کردن توجه به درون و تمرکز بر بدنه، 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 آمن، آرام و توانم با همدلی، خودآگاهی هیجانی دانش‌آموزان برانگیخته شد (گرینبرگ و گلدمان، ۲۰۱۵).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر خود شی‌انگاری 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 سلطانی (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 به موقع آن‌ها، نقش مهمی در کاهش رفتارهای مخرب همچون خود شی‌انگاری 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 موقع لازم می‌شود؛ همچنین پردازش کافی و مناسب هیجان‌های حل نشده، تبدیل و استحاله آن را در بی دارد، که در خلال درمان گاهی لازم است مراجعان به صحبت کردن در مورد خیال‌پردازی‌هایشان درباره خود شی‌انگاری و دیدگاه‌هایشان نسبت به بدنشان، ترغیب شوند (خاکباز و همکاران، ۱۳۹۵)، بنابراین اجرای تکنیک صندلی در گفتگو با فردی که پرخوری عصبی دارد موجب رهاسدگی از احساس‌های در خود فرورفتگی شد. همچنین در طول جلسات، انواعی از تعارضات دوپاره در رابطه با خود شی‌انگاری مانند خود انتقادگر، خود تخریب‌گر و خود بازدارنده مشاهده شد. تعارضات که نماینده‌ی استانداردهای درونی شده‌ای بودند که قبل از حل و فصل آن‌ها در فرآیند درمان، افراد به جای انتخاب آنچه مناسب بود و به بیشترین میزان برآورده شدن نیازهایشان می‌انجامید، از روی ترس، شرم، به خاطر همزنگی با معیارهای ایده آل جامعه و یا مهم دانستن قضاوت‌های دیگران در این‌باره که باید چگونه بود، زندگی

می‌کردند؛ درنتیجه نیازهای مهم‌شان نادیده یا کوچک شمرده می‌شد و درنهایت افراد به جای 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 دانش آموزان جهت کاهش خود شئانگاری در مطالعه حاضر ایفا کرد (آرتنگ و ایزدی، ۱۴۰۱).

علاوه بر این با توجه به نتایج می‌توان گفت درمان هیجان مدار بر کاهش علائم افراد با نشانه‌های پرخوری عصبی دارای تاثیر معنادار بود که نتایج اخیر با یافته‌های اتفاقی و همکاران (۲۰۲۱)، گلیستنی<sup>1</sup> و همکاران (۲۰۲۲)، فولرپ<sup>2</sup> و همکاران (۲۰۲۱) و نوک و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان هیجان مدار که مبتنی بر نظریه دلیستگی 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 گروه درمانی متمرکز بر هیجان بنا به گزارش شرکت‌کنندگان در پژوهش، یک عنصر مهم درمان، تجربه کردن هیجانات اصلاحی است. اعضاء، اعتباریخشی سالم، همدردی و تسکین و آرامش بین فردی را از یکدیگر و از طرف درمانگار تجربه می‌کنند. تکنیک‌های به کار رفته در این درمان مثل آموزش درباره هیجان‌های سازگار و ناسازگار و ارزیابی مجدد و کمک به پذیرش بدون چون‌چرای آن‌ها در این راستا بود تا مراجuhan بتواند با تنظیم هیجان به جای سرکوب هیجانات، آن‌ها را باز پردازش کنند و تجربه کردن عمیق و پذیرش آن به خودآگاهی منجر گردد. در واقع مراجuhan در طول جلسات به این درک رسیدند که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار (فولرپ و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین می‌توان به جای گریز از آن‌ها یا غرق شدن در آن‌ها، پیام پنهانی‌شان را شنید. در حقیقت از دانش آموزان دختر در این راستا خواسته شد تا رویداد آزاده‌نده و هیجانات مرتبط با آن را نیز بیان کنند و همچنین بیان کنند که چه هیجانات دیگری را نیز می‌توانند در آن شرایط بروز بدنه‌ند. 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 حل و فصل احساسات منفی و هیجانات ناسازگار ناشی از تعارضات بین فردی شد.

در مجموع و به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان هیجان مدار بر خودآگاهی هیجانی، خود شئانگاری و کاهش علائم افراد با نشانه‌های پرخوری عصبی مؤثر می‌باشد. از این جهت درمان هیجان مدار به عنوان رویکردی نوین موجب تغییر در متغیرهای پیشاپردازی همچون خودآگاهی هیجانی، خود شئانگاری و کاهش علائم افراد با نشانه‌های پرخوری عصبی می‌گردد. از این رو لازم است به‌طور ویژه، متغیرهای فوق در زمینه بهبود شرایط دانش آموزان 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 شئانگاری و کاهش علائم پرخوری عصبی نوجوانان به برگزاری دوره‌های گروهی و تدوین بسته‌های آموزشی مرتبط با رویکرد هیجان مدار در مراکز درمانی پرداخته شود.

## منابع

- آرتنگ، م. 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 اسلامی، ا. (۱۴۰۰). پیش‌بینی خود شئانگاری بر اساس گرایش به شبکه‌های اجتماعی، اختلالات خوردن و عزت نفس جنسی زنان متقاضی عمل زیبایی مراجעה کننده به مراکز عمل زیبایی در شهر شیروان، پنجمین کنفرانس ملی حقوق، علوم اجتماعی و انسانی. روانشناسی و مشاوره، شیروان. <https://civilica.com/doc/1232786>
- اسمری بردهزد، ای، 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 روانپژوهی و روانشناسی بالینی ایران*, ۲۷(۱)، ۱۵-۲۷.  
<https://www.sid.ir/paper/992324/fa>

پای پوزان، س. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان هیجان‌دار شناختی بر خودکارآمدی و تنظیم شناختی هیجانی در زنان مبتلا به چاقی. *فصلنامه / یده‌های نوین روانشناسی*, ۴ (۸)، ۱-۱۳.  
<https://jnlp.ir/article-1-492-fa.html>

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

رضایی، م.، افلاک سیر، ع.، محمدی، اح.، یاوری، ن.، و غیور، م. (۱۳۹۴). طراحی و آزمون مدلی از متغیرهای درونی سازی لاغری، خودشی‌انگاری و تاراضیاتی بدنی به عنوان پیش‌آیندهای خطر اختلالات خودن 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](https://journal.rums.ac.ir/browse.php?a_id=2281&sid=1&slc_lang=fa&html=1)

قمراei، آ.، و سلطانی، ف. (۱۳۹۴). رابطه بین خودشی‌انگاری و افسردگی دانش آموzan دختر ۱۲-۱۵ سال اصفهان، سومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم رفتاری، تهران. <https://civilica.com/doc/430506>

گریبینگ، ل.، و گلدمن، ر. (۱۵). صورت‌بندی موردی در درمان هیجان‌دار: 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. *محله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*, ۱۶ (۴)، ۴۲-۳۱.  
[https://ijme.mui.ac.ir/browse.php?a\\_id=3795&sid=1&slc\\_lang=fa](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/fpsyg.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, Lúbor, 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/cspysch.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 Therapy For Depression*. 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>

- 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](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/fpsy.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>