مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۱، شماره پیوسته ۱۹۸، ۲۶ اسفند ۱۴۰۳ https://doi.org/10.47176/rjms.31.198

مقاله پژوهشی

پرخوری افراطی نوجوانان: طراحی مدل درمانی مبتنی بر هیجان

ندا طهماسبی: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مریم اسماعیلی: گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (* نویسنده مسئول) m.esmaili@edu.ui.ac.ir

ماهگل توکلی: گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: افراد مبتلا به پرخوری افراطی از مواد غذایی به عنوان راهبردی جهت کنترل هیجانات و بهبود بخشیدن به هیجانات خویش استفاده می‌کنند و لذا توجه به درمان‌های جامع مبتنی بر هیجان برای این اختلال از اهمیت بسیاری برخوردار است. پژوهش حاضر با تدوین درمان مبتنی بر عوامل هیجانی پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال انجام شد.

روش کار: پژوهش از نوع تحقیقات اکتشافی به شمار می‌رود که ماهیت کیفی دارند که شامل دو بخش شناسایی عوامل هیجانی موثر بر اختلال پرخوری افراطی و تدوین پروتکل درمان مبتنی بر هیجان بر اساس روش داده بنیاد بود. در قسمت اول، روش نمونه‌گیری، هدفمند بود که در نهایت بر اساس اشباع نظری ۱۲ نفر از نوجوانان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی به عنوان نمونه در قسمت اول بخش کیفی پژوهش حاضر شرکت کردند. در قسمت دوم تحلیل کیفی، جامعه آماری شامل خبرگان و متخصصان روانشناسی بود که از سوابق اجرایی در زمینه درمان های روانشناختی مبتنی بر هیجان برخوردار بوده و در بازه زمانی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به فعالیت بوده‌اند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل پر سشنامه‌های خوردن افراطی گورمالی و همکاران (۱۹۸۲)، م صاحبه عمیق برر سی علل اختلال پرخوری افراطی و پر سشنامه محقق ساخته بررسی نظر خبرگان در مورد جلسات تدوین شده بودند.

یافته‌ها: پس از تدوین و اعتباریابی مولفه‌های هیجانی پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال، برای مولفه‌های م شخص شده، تکالیفی در سطوح مختلف جهت تدوین بسته درمانی در نظر گرفته شد و در نهایت پروتکل درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در ۱۰ جلسه طراحی گردید.

نتیجه‌گیری: بنابراین اختلال پرخوری افراطی توسط انگیختگی هیجانی به منظور کاهش سطح انگیختگی رخ می‌دهد و توجه به بعد هیجانی این اختلال و استفاده از درمان‌های مبتنی بر هیجان را برای درمان علایم افراد مبتلا به اختلال پرخوری افراطی نشان می‌دهد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

پرخوری افراطی،

تدوین درمان،

درمان مبتنی بر عوامل هیجانی،

نوجوانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۱۲/۲۶

شیوه استناد به این مقاله:

Tahmasebi N, Esmaeili M, Tavakoli M. Adolescent Binge Eating: Designing an Emotion-Based Treatment Model. Razi J Med Sci. 2025(16 Mar);31.198.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Razi Journal of Medical Sciences. 2025(16 Mar);31.198. https://doi.org/10.47176/rjms.31.198

Original Article

Adolescent Binge Eating: Designing an Emotion-Based Treatment Model

Neda Tahmasebi: PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Maryam Esmaeili: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan Iran (*Corresponding Author) m.esmaili@edu.ui.ac.ir
Mahgol Tavakoli: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan Iran

Abstract

Background & Aims: Eating disorders are a group of common psychosomatic disorders that are mainly observed in early adolescence and young adulthood and are accompanied by abnormal feedback to eating and significant abnormalities in thoughts and perceptions about food, self, and body weight. These disorders can lead to problems such as damage to mental, physical, psychosocial functioning, and changes in food consumption or absorption. Binge eating disorder is one of the most common types of eating disorders and is identified as a separate eating disorder in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, with an estimated prevalence of about 3% in the general population. People with binge eating disorder eat a large amount of food in a given period of time (for example, within two hours), which is very different and more than the amount of food that most people eat in the same period of time and under similar circumstances. Also, people with this disorder have different psychological characteristics than other people and may feel deeply ashamed and embarrassed about overeating or binge eating and make a promise to themselves to give up this habit, but they feel so compelled that they cannot cope with it and continue to do so, causing them to feel stressed and restless. Therefore, it is understandable that people with binge eating use food as a strategy to control emotions and improve their emotions. In fact, behaviors related to binge eating are frequently associated with negative emotional states, including depression, anxiety, and anger, and it is assumed that a deficit in the general ability to regulate emotions, such as perceiving, understanding, moderating, and accepting negative emotions, increases negative emotions, reduces positive emotions, lowers self-efficacy related to emotions, and therefore provokes dysfunctional behavior as a means of avoiding negative emotions. Therefore, the present study was conducted by developing a treatment based on emotional factors of binge eating disorder in adolescent girls with this disorder.
Methods: The research is an exploratory research of qualitative nature that includes two parts: identifying emotional factors affecting binge eating disorder and developing an emotion-based treatment protocol based on the data-based method. In the first part, the sampling method was purposeful, and finally, based on theoretical saturation, 12 adolescents with binge eating disorder participated as a sample in the first part of the qualitative part of the present study. In the second part of the qualitative analysis, the statistical population included experts and psychology specialists who had executive backgrounds in the field of emotion-based psychological treatments and were active in the period 1401-1402. The measurement tools included the binge eating questionnaires of Gormali et al. (1982), an in-depth interview to investigate the causes of binge eating disorder, and a researcher-made questionnaire to investigate the opinions of experts about the sessions.

Keywords
Binge Eating,
Treatment Development,
Emotion-Based Therapy,
Adolescence

Received: 04/08/2024
Published: 16/03/2025

Results: After developing and validating the emotional components of binge eating in adolescent girls with this disorder, tasks at different levels were considered for the identified components to develop a treatment package, and finally, a 10-session emotion regulation-based treatment protocol was designed. First, the concepts of causal conditions, underlying conditions, intervening conditions, consequences, and strategies for reducing binge eating in adolescent girls with this disorder were obtained from the statements of the interviews. The findings showed that the causal conditions of binge eating in adolescent girls with this disorder included individual causes, cognitive-emotional causes, and interpersonal causes; the underlying conditions of binge eating in adolescent girls with this disorder included socio-cultural infrastructure and educational infrastructure; The conditions that interfere with binge eating in adolescent girls with this disorder include social causes, future-related causes, and cultural causes; the consequences of reducing binge eating in adolescent girls with this disorder include individual and interpersonal consequences; and the strategies that affect binge eating in adolescent girls with this disorder include educational strategies, empowerment, relationship improvement strategies, and sociocultural strategies. Finally, according to the results of the Fuzzy Delphi, the experts reached a consensus on all concepts of the pattern of causes of binge eating in adolescent girls, and the identified components were confirmed for the paradigm model of the pattern of causes of binge eating in adolescent girls. After developing and validating the emotional components of binge eating in adolescent girls with this disorder, tasks at different levels were considered for the identified components to develop a treatment package. Therefore, an emotion regulation-based treatment protocol was designed in 10 sessions. This protocol, which is presented in Table 1, is a combination of different techniques for training mental and physical awareness and emotion regulation skills for binge eating disorder.

Conclusion: Therefore, binge eating disorder occurs through emotional arousal in order to reduce the level of arousal and shows the importance of paying attention to the emotional dimension of this disorder and using emotion-based therapies to treat the symptoms of people with binge eating disorder. Emotion-based therapy is designed to help adolescents reveal and change their emotional experiences and engage with a set of perceptions, emotions, cognitions, physical experiences, and behavioral forms of personal reactions. In fact, one of the goals of emotion-based therapy was to work on the underlying processes and thoughts associated with unpleasant emotions by becoming aware of and correctly expressing the internal experiences of emotions, in order to regulate emotions and activate healthy emotions. This treatment method also strengthens positive emotion regulation so that adolescents can respond to environmental situations in adaptive and healthy ways.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Tahmasebi N, Esmaeili M, Tavakoli M. Adolescent Binge Eating: Designing an Emotion-Based Treatment Model. Razi J Med Sci. 2025(16 Mar);31.198.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

مقدمه

اختلال خوردن، گروهی از اختلالات شایع روان تنی است که عمدتا در ابتدای دوران نوجوانی و جوانی در افراد مشاهده می‌شود و با بازخورد غیرطبیعی به غذا خوردن و نابهنجاری های بارزی در افکار و تصورات نسبت به غذا، خویشتن و وزن بدن همراه هستند (۱). این اختلالات می‌تواند زمینه‌ساز مشکلاتی همچون آسیب به کارکرد ذهنی، جسمانی، روانی- اجتماعی و تغییر مصرف یا جذب غذا باشند (۲). اختلال پرخوری افراطی، یکی از شایع‌ترین نوع اختلالات خوردن است و در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، به عنوان یک اختلال خوردن مجزا مشخص شده که شیوع آن در جمعیت عادی حدود ۳ در صد تخمین زده شده است (۳). افراد دارای اختلال پرخوری افراطی در یک دوره زمانی معین (برای مثال در مدت دو ساعت) مقدار زیادی غذا می‌خورند که بسیار متفاوت و بیشتر از مقدار غذایی است که اکثر مردم در همان دوره زمانی و تحت شرایط مشابه می‌خورند (۴). همچنین افراد مبتلا به این اختلال خصوصیات روان‌شناختی متفاوتی نسبت به دیگر افراد دارند و امکان دارد عمیقا از انجام پرخوری و یا ولع زیاد غذا خوردن حس شرمندگی و خجالت‌زدگی کرده و با خود عهد ببندند که این عادت را کنار بگذارند ولی به اندازه‌ای حس اجبار در آن‌ها وجود دارد که نمی‌توانند با آن مقابله نمایند و همچنان آن را ادامه می‌دهند و دچار احساس استرس و بی‌قراری می‌شوند (۵). بنابراین قابل فهم است که افراد مبتلا به پرخوری افراطی از مواد غذایی به عنوان راهبردی جهت کنترل هیجانات و بهبود بخشیدن به هیجانات خویش استفاده می‌کنند (۶).

در واقع رفتارهای مرتبط با پرخوری به طور مکرر با حالت‌های هیجانی منفی شامل افسردگی، اضطراب و خشم مرتبط هستند و فرض بر این است که نقص در توانایی عمومی تنظیم هیجان مانند ادراک، فهم، تعدیل کردن و پذیرش هیجان های منفی، عاطفه منفی را افزایش می‌دهد، موجب کاهش عاطفه مثبت می‌شود، خود کارآمدی مربوط به هیجان را کمتر می‌کند و بنابراین رفتار ناکارآمد را به عنوان ابزار اجتناب از هیجان‌های منفی بر می‌انگیزد (۷). لذا پیشرفت‌هایی که اخیرا در علوم روانشناختی، درباره هیجان صورت گرفته است از یک طرف، و احساس ضرورت جهانی برای عرضه مفهوم‌پردازی‌های جامع‌تر از اختلال‌های روانی و ارتقای اثربخشی درمان‌های موجود از سوی دیگر، سبب شده است که پژوهشگران به نقش هیجان و تنظیم آن در ایجاد، سیر، و تداوم اختلال‌های روانی توجه فزاینده‌ای داشته باشند (۸). در نتیجه از آن‌جا که نوجوانان به ویژه دختران در بیشتر موارد توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند و اغلب در تلاش برای مواجهه با فشارهای مرتبط با تغییرات دوره بحرانی و پرچالش بلوغ، نگرش‌های نادرستی نسبت به خوردن اتخاذ می‌کنند و این مواجهه ممکن است مشکلات رفتارهای خوردن را ایجاد کند و قابل پیش‌بینی است که برخی از نشانه‌های پرخوری در نوجوانان و جوانان بیشتر دیده شود، توجه به درمان‌های روان‌شناختی در این دوران از اهمیت بسیاری برخوردار است (۹). تاکنون در پژوهش‌های گذشته درمان‌های مختلفی برای کاهش علایم اختلالات خوردن مورد بررسی قرار گرفته است و هرکدام از این درمان‌ها اثربخشی های مختلفی بر اختلالات خوردن نشان داده‌اند (۱۰). بر اساس نتایج پژوهش های بوسل (Boswell) و همکاران (۲۰۲۱) (۱۱) وتنیس (Tanis) و همکاران (۲۰۲۳) (۱۲) هیجانات منفی مانند استرس، افسردگی و تنهایی به طور قابل توجهی با پرخوری مرتبط هستند. ولی در پژوهش‌های گذشته طراحی درمان مبتنی بر هیجان برای افراد مبتلا به پرخوری افراطی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است و شناسایی علل مختلف هیجانی به عنوان منشاء اختلال پرخوری افراطی در نوجوانان ایرانی از اهمیت بسیاری برخوردار است که فقط به صورت فرضیه باقی مانده است. بنابراین با توجه به کمبودی که در درمان‌های پیشین مطرح شد، پروتکل درمانی که در پژوهش حاضر تدوین می‌شود باید از لحاظ جامع بودن و شمول تمرین‌ها و حیطه‌های مورد توجه خیلی وسیع‌تر از سایر درمان‌های گذشته باشد به صورتی که تکنیک‌های اصلی مرتبط با عوامل هیجانی در کلیه درمان‌های شناختی، شناختی-رفتاری، درمان‌های هیجان‌محور و درمان‌های موج سوم و چهارم رفتاردرمانی به صورت پکیجی منسجم در قالب یک پروتکل جامع و اختصاصی برای درمان

پرخوری افراطی باید جمع‌آوری و تلخیص و در نهایت در ایران بومی‌سازی شود تا بتوان درمانی جامع و مبتنی بر مهمترین عوامل هیجانی برای اختلال پرخوری افراطی تدوین نمود. بنابراین پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که پروتکل درمانی مبتنی بر علل هیجانی اختلال پرخوری افراطی بر اساس پدیدارشناسی تجارب نوجوانان دختر مبتلا به اختلال پرخوری افراطی چگونه تدوین می شود؟

روش کار

این پژوهش از نوع تحقیقات اکتشافی به شمار می‌رود که ماهیت کیفی دارند. پژوهش حاضر با اخذ کد اخلاق IR.UI.REC.1402.057 از کمیته اخلاق اصفهان انجام شده است. در طرح‌های اکتشافی، پژوهشگر در صدد کشفی عمیق درباره موقعیت نامعین می‌باشد. بنابراین در قسمت اول بخش کیفی برای شناسایی عوامل هیجانی موثر بر پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به پرخوری افراطی به عنوان موقعیت نامعین، با استفاده از نظریه داده بنیاد و انجام مصاحبه بر مبنای نمونه‌گیری نظری، ابعاد گوناگون این فرایند ا ستخراج گردید. بنابراین پژوهش حا ضر شامل دو قسمت می‌باشد در قسمت اول بخش کیفی، جامعه پژوهش حاضر را نوجوا نان دختر مبتلا به اختلال پرخوری افراطی شهر ا صفهان در سال ۱۴۰۲ تشکیل داده است. انتخاب حجم مناسب نمونه در پژوهش کیفی، مستلزم معامله‌ای پا یا پای بین گستردگی پژوهش و عمق آن است و بهترین شیوه نمونه‌گیری این ا ست که تا ر سیدن به ا شباع یعنی موردی که پس از آن اطلاعات جدیدی به دست نمی‌آید، به انتخاب موارد ادامه داده شود و از سوی دیگر زمانی که مورد جدیدی در نمونه، یافته‌های حاصل از پژوهش موارد قبلی را تکرار ک ند، اعت بار یاف ته های قبلی افزایش می یا بد. به هر حال با تو جه به ماه یت غیر قا بل پیش‌بینی طرح های پژوهش کیفی، فنون نمو نه‌گیری این پژوهش نیز انعطاف‌پذیر بوده و نمونه‌گیری‌ها هدفمند هستند. بنابراین روش نمونه‌گیری پژوهش حا ضر، نمونه‌گیری هدفمند بود که در نهایت بر ا ساس اشـ باع نظری ۱۲ نفر از نوجوا نان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی به عنوان نمونه در قسمت اول بخش کیفی پژوهش حاضر شرکت کردند. در قسمت دوم تحلیل کیفی، جامعه آماری شامل خبرگان و متخصصان روانشناسی بود که از سوابق اجرایی در زمینه درمان های روانشناختی مبتنی بر هیجان برخوردار بوده و به اصطلاح نخبگان آ گاه (افرادی که از نظر آ گاهی و اطلا عات در زمی نه موردنظر برجسته بوده و دارای مقالات معتبر علمی و تالیف کتاب در این زمینه بودند) نام دار ند و در بازه زمانی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به فعالیت بوده‌اند. روش نمونه گیری پژوهش حاضر در این قسمت نیز، نمونه گیری هدفمند بود که در نهایت بر اساس اشباع نظری ۱۰ نفر از اساتید منتخب دانشگاه اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد و دانشگاه آزاد ا سلامی واحد خورا سگان به عنوان نمونه در بخش دوم تحلیل کیفی پژوهش حاضر شرکت کردند.

ابزار به کار رفته در این پژوهش عبارتند از:

مصاحبه عمیق بررسی علل اختلال پرخوری افراطی: در پژوهش حا ضر روش ا صلی در جمع آوری داد ها مصاحبه عمیق با استفاده از سوالات باز، یادداشت برداری از سخنان نوجوانان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی و ضبط صدا بود. به عبارت دیگر گفتگوی عمیق و ژرف پژوهشگر و شرکت کنندگان درباره پدیده مورد بررسی یعنی پرخوری افراطی ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر بود.

پر س شنامه محقق ساخته برر سی نظر خبرگان در مورد جلسات تدوین شده درمان مبتنی بر هیجان اختلال پرخوری افراطی: پر سشنامه مذکور محقق ساخته بوده و بر اساس نتایج قسمت اول تحلیل کیفی به د ست آمده ا ست. گزاره‌های این پر سشنامه، در حقیقت، تعداد جلسات، اهداف جلسات و محتوای جلسات درمان تدوین شده بود. در این پرسشنامه، نظر موافق، م خالف و نظر ها و ملاح ظات خبر گان مورد بررسی قرار گرفت.

پرسشنا مه خوردن افراطی (۱۹۸۲): این پرسشنامه توسط گورمالی و همکاران (۱۹۸۲) به منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری طراحی شده ا ست.

این مقیاس از ۱۶ گویه تشکیل شده است و گویه‌های آن از سه یا چهار جمله تشکیل شده است، که از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود جمله‌ای را انتخاب کنند که آن‌ها را به بهترین وجه توصیف می‌کند. گویه‌ها از صفر تا سه درجه‌بندی می شوند و نمره کلی از صفر تا ۴۶ متغیر است که کسب نمره ۱۶ وجود اختلال پرخوری افراطی و کسب نمره بالاتر از آن شدت بیشتر پرخوری را نشان می‌دهد. این پرسشنامه ابعاد شناختی- عاطفی و رفتاری اختلال پرخوری را می سنجد. نسخه‌های انگلیسی، پرتغالی و ایتالیایی این مقیاس از اعتبار و ضریب حساسیت و ویژگی رضایت‌بخشی برخوردار هستند. محققان در مطالعه‌ای خصوصیات روانسنجی نسخه ایرانی این پرسشنامه را بررسی کردند و روایی محتوایی این پرسشنامه با استفاده از بررسی نظر متخصصین ۰/۸۵ گزارش شد. اعتبار این مقیاس را با روش دونیمه سازی ۰/۶۷ و با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۷۲ گزارش کردند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است.

برای اجرای این پژوهش، ابتدا مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته برای بررسی پدیدارشناختی عوامل هیجانی موثر بر پرخوری افراطی بر اساس نظر نوجوانان دختر مبتلا به اختلال پرخوری افراطی، تدوین گردید. برای بررسی مصاحبه‌ها از فرآیندی سه مرحله‌ای شامل کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی است. در واقع برای تحلیل مصاحبه‌ها از روش داده بنیاد، از هر یک از مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان، جملات و عباراتی که مستقیما به پدیده مورد مطالعه مرتبط بود، استخراج شد. در واقع پس از مطالعه همه توصیف‌های شرکت کنندگان، اطلاعات با معنی و بیانات مرتبط با پدیده مورد بحث، مشخص گردید. بعد از مشخص کردن عبارات مهم هر مصاحبه، سعی شد تا از هر عبارت یک مفهوم که بیانگر معنی و قسمت اساسی تفکر فرد بوده استخراج گردد و به عنوان عوامل هیجانی موثر بر پرخوری افراطی دسته‌بندی شدند. در نهایت جهت اجماع نظر خبرگان درباره مقوله‌ها و مفاهیم الگوی عوامل هیجانی موثر بر پرخوری افراطی استخراج شده از مصاحبه از روش دلفی فازی استفاده شد. سپس بر اساس مولفه‌های استخراج شده، جلسات پروتکل درمان مبتنی بر هیجان اختلال پرخوری افراطی تدوین شد و در نهایت توسط نظرخواهی از ۱۰ نفر متخصص روانشناسی و ارزیابی ضریب توافق متخصصین بر اساس ضریب همبستگی دو رشته‌ای اعتبار بسته تدوین شده بررسی شد.

یافته‌ها

ابتدا مفاهیم شرایط علی، شرایط زمینه ای، شرایط مداخله گر، پیامدها و راهبردهای کاهش پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال از گزاره های مصاحبه‌ها به دست آمد. به طوری که یافته‌ها نشان داد شرایط علی پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال شامل علل فردی، علل شناختی-هیجانی و علل بین فردی؛ شرایط زمینه‌ای پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال شامل زیر ساخت های اجتماعی-فرهنگی و زیر ساخت های آموزشی؛ شرایط مداخله‌گر در پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال شامل علل اجتماعی، علل مرتبط با آینده و علل فرهنگی، پیامدهای کاهش پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال شامل پیامدهای فردی و پیامدهای بین فردی و راهبردهای اثرگذار بر پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال شامل راهبردهای آموزشی، توانمندسازی، راهبردهای بهبود روابط و راهبردهای اجتماعی-فرهنگی می‌باشد. در نهایت با توجه به نتایج دلفی فازی، خبرگان نسبت به تمامی مفاهیم الگوی علل پرخوری افراطی در نوجوانان دختر به وحدت نظر رسیده‌اند و مولفه‌های شناسایی شده برای مدل پارادایمی الگوی علل پرخوری افراطی در نوجوانان دختر تأیید شد.

پس از تدوین و اعتبار یابی مولفه های هیجانی پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال، برای مولفه‌های مشخص شده، تکالیفی در سطوح مختلف جهت تدوین بسته درمانی در نظر گرفته شد. بنابراین پروتکل درمان مبتنی بر تنظیم

جدول ۱- پروتکل درمان مبتنی بر هیجان برای اختلال پرخوری نوجوانان

جلسه	اهداف	تکالیف
اول	– شکل گیری ارتباط درمانی و توضیح شیوه درمان – چگونگی ارتباط بین هیجان و پرخوری – مقایسه مزایا و معایب پرخوری و تصویر سازی آینده در صورت توقف پرخوری – تعهد درمانی	– تمرین استفاده از کارت‌ها جهت تثبیت انگیزه تغییر رفتار
دوم	– خودکنترلی (نظاره گری ماهر) – مدیریت نشانه های تغذیه – بهنجارسازی خوردن – مفهوم‌سازی و لزوم استفاده از آموزش تنظیم هیجان	یادداشت حالات هیجانی خود در طول هفته آینده با توجه به رویداد برانگیزاننده
سوم	– آموزش مهارت بنیادی توجه آگاهی به وسیله: ذهن خردمند و تنفس شکمی – آموزش آگاهی از هیجانات مثبت	نوشتن هیجانات مثبت عمده و ثبت در فرم مربوطه
چهارم	– پیگیری جلسات قبل با: کارت خاطرات روزانه و مرور پیمان نامه و مزایا و معایب – عملیاتی کردن توجه آگاهی: ادامه تمرین مهارت توجه آگاهی به جهت تمرکز بر هدف کنونی درمان و در لحظه بودن – موج سواری بر هیجانات به سبب کاهش رفتارهای تکانشی بر اساس هیجانات – آموزش آگاهی از هیجانات منفی	–تمرین فرایندهای آموزش داده شده در طول هفته – نوشتن هیجانات منفی عمده و ثبت در فرم مربوطه
پنجم	– ارتباط بین ذهن و بدن – بازی با افکار برای جداسازی –کنترل افکار ایده‌آل گرا و بی نقص بودن –کنترل قضاوتگری ذهن – آموزش پرهیز از هرگونه باید و اجبار در سبک زندگی – آموزش پذیرش هیجانات مثبت و منفی	تمرین و تکرار لیست بایدها و اجبارها و جایگزینی جملات بالغانه – نظرخواهی از والدین و دوست نزدیک در مورد کم یا زیاد بودن هیجانات مثبت و منفی ثبت در فرم مربوطه
ششم	– شناسایی افکار مشکل آفرین – تغییر افکار مشکل آفرین (دیده‌بانی و رصد افکار) – خودارزیابی هیجانی	– تمرین کاربرگ کشش ها و احساسات – تمرکز بر مهارت های فردی خود در تغییر و تنظیم هیجانات و یاداشت آنها
هفتم	– بررسی خطاهای شناختی درباره بدن – آشنایی با تاب آوری و مدیریت بحران – شروع مبحث جلسه بعد و درگیر کردن ذهن مراجع با انوع راهبردهای مقابله‌ای خودش در مقابله با احساسات و هیجانات منفی	تمرین فرایند آموزش داده شده در طول هفته
هشتم	– آموزش راهبردهای مقابله‌ای: راهبردهای مدیریت خشم، اضطراب و ناراحتی	تمرین فرایند آموزش داده شده در طول هفته
نهم	– آموزش‌های مرتبط با روابط: آموزش رفتارهای جرأت‌مندانه، حل مسأله و راه‌های مدیریت تعارض بین فردی– برخورد مشفقانه با بدن	تمرین فرایند آموزش داده شده در طول هفته
دهم	– اکنون کجا هستم؟ – در مسیر باقی ماندن – مدیریت پسرفت – موضوعات عودکننده – تداوم انگیزش	-------

هیجان در ۱۰ جلسه طراحی شد. این پروتکل که در جدول ۱ ارائه شده است، ترکیبی از تکنیک‌های مختلف آموزش آگاهی ذهنی و بدنی و مهارت های تنظیم هیجان برای اختلال پرخوری افراطی است.

پس از اینکه محتوا و تکالیف بسته درمانی مبتنی بر هیجان اختلال پرخوری افراطی تدوین شده، در مرحله قبل ارائه شد، در این قسمت صرفا به نحوه اعتباریابی آن پرداخته می‌شود.

این قسمت شامل محاسبه ضریب توافق ۱۰ نفر متخصص ارزیابی کننده بسته تدوین شده می باشد. در بررسی کیفی محتوای بسته تدوین شده، پژوهشگر ضمن تدوین ستون مخالف و موافق، ستون توضیحات را در مقابل هر جلسه در جدول بسته درمانی تدوین شده مشخص کرد و از متخصصان درخواست نمود تا

جدول ۲- نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در علایم پرخوری افراطی

منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجموع مجذورات	درجه آزادی
علایم پرخوری افراطی	۲۴۳/۷	۲/۲۶	۲	۱۶/۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱

در صورت نیاز، بازخورد لازم را در ارتباط با هر جلسه ابراز نمایند تا بر اساس آن‌ها موارد مورد نظر، لحاظ شوند. در واقع ضریب توافق دیدگاه ۱۰ متخصص ارزیابی‌کننده بسته نسبت به محتوای تکالیف، تعداد جلسات بسته، اهداف جلسات و مدت زمان هر جلسه به صورت دو پاسخ موافق و مخالف بررسی شد. پاسخ موافق معادل با یک و پاسخ مخالف معادل با صفر بود. ضریب توافق متخصصین بر اساس ضریب همبستگی دو رشته‌ای، شاخص اعتبار بسته می‌باشد و بر این اساس ضریب همبستگی دو رشته‌ای به دست آمده از بسته تدوین شده ۱/۸۳ برآورد شد و چون از مقدار (ضریب همبستگی× انحراف استاندارد× ۱/۹۶) بزرگتر است، بنابراین در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده و ۱۰ نفر متخصصین ارزیاب نسبت به خصوصیات بسته درمانی تدوین شده نظر یکسان و موافق داشتند.

پس از اعمال نظر دیدگاه‌های متخصصین ارزیابی‌کننده در مورد تکالیف، اهداف و محتوای بسته تدوین شده در پژوهش حاضر، به منظور بررسی اعتباریابی بیرونی بسته در قالب مطالعه مقدماتی بر اساس طرح شبه آزمایشی از نوع ایستا، بر روی یک نمونه ۳ نفره، به مدت ۱۰ جلسه اجرا و سپس اثربخشی آن بر علایم اختلال پرخوری افراطی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن به منظور تایید و کفایت حجم نمونه به کار گرفته شد. نتایج بررسی مقدماتی اثربخشی بسته تدوین شده به شرح زیر می باشد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات علایم پرخوری افراطی، در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین بسته آموزشی تدوین شده از اعتبار بیرونی مطلوبی برخوردار است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین درمان مبتنی بر عوامل هیجانی پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد شرایط علی پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال شامل علل فردی، علل شناختی و علل بین فردی؛ شرایط زمینه‌ای پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال شامل زیرساخت های اجتماعی-فرهنگی و زیرساخت های آموزشی؛ شرایط مداخله‌گر پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال شامل علل اجتماعی، علل مرتبط با آینده و علل فرهنگی، پیامدهای کاهش پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال شامل پیامدهای فردی و پیامدهای بین فردی و راهبردهای کاهش پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال شامل راهبردهای آموزشی، توانمندسازی، راهبردهای بهبود روابط و راهبردهای اجتماعی-فرهنگی می‌باشد (۱۰). در نهایت با توجه به نتایج دلفی فازی، خبرگان نسبت به تمامی مفاهیم الگوی علل پرخوری افراطی در نوجوانان دختر به وحدت نظر رسیده‌اند و مولفه‌های شناسایی شده برای مدل پارادایمی الگوی علل پرخوری افراطی در نوجوانان دختر تأیید شد. پس از تدوین و اعتباریابی مولفه‌های هیجانی پرخوری افراطی در نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال، برای مولفه‌های مشخص شده، تکالیفی در سطوح مختلف جهت تدوین بسته درمانی در نظر گرفته شد و پروتکل درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در ۱۰ جلسه طراحی شد. این پروتکل ترکیبی از تکنیک های مختلف آموزش آگاهی ذهنی و بدنی و مهارت های تنظیم هیجان برای اختلال پرخوری افراطی است (۸). با توجه به این نکته که به نظر می‌رسد مطالعات در زمینه طراحی مدل درمانی مبتنی بر هیجان در نوجوانان مبتلا به پرخوری افراطی بسیار محدود است، ولی در پژوهش‌های گذشته درمان‌های هیجانی مختلفی برای کاهش علایم اختلالات خوردن

مورد بررسی قرار گرفته است که بر اساس این پژوهش‌ها می‌توان گفت، طراحی درمان مبتنی بر هیجان برای اختلال پرخوری افراطی نیز از اهمیت بالایی برخوردار است (۷). نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج تحقیقات تنیس (Tanis) و همکاران (۲۰۲۳) (۱۲) و ویسن(Wyssen) و همکاران (۲۰۲۱) (۲) همراستا بود. در تبیین یافته های پژوهش می‌توان گفت، دشواری در تنظیم هیجان یک عامل رایج و مهم در ایجاد و نگهداری اختلال پرخوری افراطی است و کسانی که در تنظیم هیجانات منفی دچار مشکل هستند از پرخوری به شکل یک راهبرد مقابله‌ای و آرمش‌بخش استفاده می‌کنند (۹). در واقع با توجه به نظر آگوئرا (Agüera) و همکاران (۲۰۲۱) به لحاظ آسیب‌شناختی، اختلال پرخوری با نقص در آسیب‌پذیری هیجانی و نقص در مهارت‌های تنظیم هیجانات منفی همراه است. به همین سبب رویکردهایی که بیشتر بر هیجان در درمان تأکید می‌کنند، می‌تواند برای درمان نشانگان مبتلایان به اختلال پرخوری مؤثرتر و پایدارتر باشند. به طور کلی این افراد به طور مشخصی سطوح بالاتری از هیجانات شدید، پذیرش کمتر هیجانات، آگاهی و وضوح کمتر هیجانات و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان معیوب را دارا هستند (۴). تنظیم هیجان، مخزن پاسخ فرد در مواقع مواجهه با عوامل استرس‌زا است و تمام فرآیندهای درونی و بیرونی را که مسئول کنترل، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی است، در بر می‌گیرد. بر این اساس، رفتارهای اختلال پرخوری افراطی یک تنظیم عملکرد برای نوجوانانی که سطح بالایی از هیجانات آزارنده را تجربه می‌کنند، می‌باشد (۱۱). لذا اختلال پرخوری ناشی از مکانیسم‌های هیجانی مانند آگاهی هیجانی ضعیف، بروز ندادن هیجانات و تمایل به اجتناب، یادداری طرحواره‌های هیجانی ناسازگار، انعطاف‌ناپذیری در ساختن معنای تجربه شخصی، عدم مهارت توجه آگاهی، عدم آگاهی از هیجانات مثبت و منفی و فقدان شناخت ارتباط بین ذهن و بدن است(۶). بنابراین درمان مبتنی بر هیجان بر این اساس تنظیم شده است که به نوجوانان کمک تا تجربیات هیجانی خود را آشکار کنند و تغییر دهند و با مجموعه‌ای از ادارکات، هیجانات، شناخت، تجربیات بدنی و شکل رفتاری واکنش‌های شخصی درگیر شوند.

محدودیت‌ها

انجام این پژوهش همانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی مواجه بود که هنگام تفسیر نتایج باید مد نظر قرار گیرند و مهمترین محدودیت پژوهش این بود که در مطالعات کیفی حذف کردن غرض و تعصب محقق نزدیک به غیرممکن است. همچنین با توجه به اینکه در روش گراندد تئوری نیاز به بررسی و طبقه‌بندی حجم زیادی از مصاحبه‌ها و اطلاعات است، روشی وقت گیر است و این یکی از محدودیت های پژوهش بود. لذا استفاده از تحلیل محتوا در مطالعات کیفی در کنار مصاحبه و پرسشنامه‌های نیمه ساختاریافته می‌تواند باعث حذف کردن غرض و تعصب محقق شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود با قرار دادن بسته درمانی مبتنی بر هیجان اختلال پرخوری افراطی در اختیار مراکز مشاوره و روانشناختی، مراکز بهداشتی و درمانی، و مراکز مشاوره تغذیه جهت درمان پرخوری افراطی به افراد مبتلا به این اختلال کمک شود.

نتیجه‌گیری

در واقع یکی از اهداف درمان مبتنی بر هیجان، کار روی فرایندهای زیربنایی و افکار مرتبط با هیجانات ناخوشایند به وسیله آگاهی و بیان درست تجربیات درونی هیجان ها بود تا از این طریق تنظیم هیجانی صورت گیرد و بتوانند هیجانات سالمی را فعال کنند. همچنین این روش درمانی، تنظیم هیجانی مثبت را تقویت می‌کند تا نوجوانان بتوانند به شیوه های سازگارانه و سالم به موقعیت‌های محیطی پاسخ دهند. در کل تکنیک های به کار رفته در این درمان مثل آموزش در باره هیجان های مثبت و منفی و ارزیابی مجدد و کمک به پذیرش بدون چون و چرای آن‌ها در این راستا بود تا مراجعان بتوانند با تنظیم هیجان به جای سرکوب هیجانات، آن‌ها را بازپردازش کنند و تجربه کردن عمیق و پذیرش به نوعی خودآگاهی منجر

گردد. در نتیجه در پژوهش حاضر سعی شده است آموزش ها و تکنیک های درمان مبتنی بر هیجان به گونه‌ای طراحی شوند که در نهایت منجر به توجه فرد به بدن خود، از نظر ظاهری، شایستگی و سلامتی، همراه با ذهن آ گاهی، مهر بانی و آ گاهی از افکار و احساسات خود شوند و به افراد مبتلا به پرخوری کمک کند تا از طریق تمرین‌های مختلف، راهبردهای هیجانی مثبت را یاد بگیرند و پس از آگاهی از افکار، احساسات و رفتار خود، به طور موفقی به شناخت، کنترل و تنظیم هیجانات بپردازند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری در رشته روانشناسی در اصفهان است. پژوهش حاضر با اخذ کد اخلاق IR.UI.REC.1402.057 از کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

مریم اسماعیلی نگارش مقاله و ماهگل توکلی ویراستاری مقاله را برعهده داشتند و ندا طهماسبی داده‌ها را تجزیه، تحلیل و آن را تفسیر کرد.

References

1. Waterschoot J, Morbée S, Vermote B, Brenning K, Flamant N, Vansteenkiste M, Soenens B. Emotion regulation in times of COVID-19: A person-centered approach based on self-determination theory. Curr Psychol. 2022:1-15.
2. Wyssen A, Meyer AH, Messerli-Bürgy N, Forrer F, Vanhulst P, Lalanne D, Munsch S. BED-online: Acceptance and efficacy of an internet-based treatment for binge-eating disorder: A randomized clinical trial including waitlist conditions. Eur Eat Disord Rev. 2021;29(6):937-954.
3. Wade TD. Developing the "single-session mindset" in eating disorder research: Commentary on Schleider et al., 2023 "Realizing the untapped promise of single-session interventions for eating disorders". Int J Eat Disord. 2023;56(5):864-866.
4. Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F. A review of binge eating disorder and obesity. Neuropsychiatr. 2021;35(2):57-67.
5. Ali KW, Alkrad MM, Sankari SA, Alshihab SZ, Aloufi AM, Alrifai FM, Alshehri AA. The Impact of Negative Emotions on Binge Eating and BMI Among Medical Students. Cureus. 2023;15(8):e44499.
6. Cooper Z, Calugi S, Dalle Grave R. Controlling binge eating and weight: a treatment for binge eating disorder worth researching? Eat Weight Disord. 2020;25(4):1105-1109.
7. Eichen DM, Strong DR, Twamley EW, Boutelle KN. Adding executive function training to cognitive behavioral therapy for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. Eat Behav. 2023;51:101806.
8. He J, Kang J, Sun S, Cooper M, Zickgraf HF, Zhai Y. The landscape of eating disorders research: A 40-year bibliometric analysis. Eur Eat Disord Rev. 2022;30(2):96-109.
9. Stice E, Desjardins CD, Rohde P, Shaw H. Sequencing of symptom emergence in anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and purging disorder and relations of prodromal symptoms to future onset of these disorders. J Abnorm Psychol. 2021;130(4):377-387.
10. Appolinario JC, Sichieri R, Lopes CS, Moraes CE, da Veiga GV, Freitas S, Nunes MAA, Wang YP, Hay P. Correlates and impact of DSM-5 binge eating disorder, bulimia nervosa and recurrent binge eating: a representative population survey in a middle-income country. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2022;57(7):1491-1503.
11. Boswell RG, Potenza MN, Grilo CM. The Neurobiology of Binge-eating Disorder Compared with Obesity: Implications for Differential Therapeutics. Clin Ther. 2021;43(1):50-69.
12. Tanis J, Martijn C, Vroling MS, Maas J, Keijsers GPJ. Reducing binge eating through behavioral-focused versus emotion-focused implementation intentions in patients with binge eating disorder or bulimia nervosa: An experimental approach. Behav Res Ther. 2023;169:104399.