

The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Improving Emotional Eating and Body Image in Overweight Women with Body Dysmorphic Symptoms

1. Roya Nemati Vanashi^{ID}: PhD Student, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2. Mahdieh Rahmanian^{ID*}: Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3. Ezzatollah Kordmirza Nikoozadeh^{ID}: Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

4. Amin Rafiepoor^{ID}: Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

5. Hasan Abdollahzadeh^{ID}: Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email Address: m.rahmanian@pnu.ac.ir



Abstract:

Objective: The aim of this study was to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy in improving emotional eating and body image among overweight women with symptoms of body dysmorphic disorder.

Methods and Materials: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest–follow-up design with a control group. Forty-five overweight women with body dysmorphic symptoms were purposively selected and randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 participants each). Data collection tools included the BMI Index, Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, Dutch Emotional Eating Questionnaire, and Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire. The interventions—emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy—were conducted in 8 group sessions. Data were analyzed using repeated-measures ANCOVA.

Findings: Both intervention methods significantly improved emotional eating behaviors and body image compared to the control group ($p < 0.01$). Emotion-focused therapy was more effective for reducing emotional eating, whereas mindfulness-based cognitive therapy had a stronger impact on improving body image. These improvements remained stable in the follow-up stage.

Conclusion: The results suggest that both emotion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy are effective in addressing psychological correlates of obesity and body dysmorphic symptoms. Clinicians may consider tailoring interventions based on the dominant symptom domain (emotional dysregulation vs. body dissatisfaction).

Keywords: *Emotion-focused therapy; mindfulness-based cognitive therapy; emotional eating; body image; overweight; body dysmorphic disorder*

How to Cite: Nemati Vanashi, R., Rahmanian, M., Kordmirza Nikoozadeh, E., Rafiepoor, A., & Abdollahzadeh, H. (2025). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Improving Emotional Eating and Body Image in Overweight Women with Body Dysmorphic Symptoms. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 2(4), 1-16.

Received: 05 April 2025

Revised: 10 July 2025

Accepted: 17 July 2025

Published: 18 January 2026



Copyright: © 2025 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود غذا خوردن هیجانی و تصویر بدنی زنان دارای اضافه وزن همراه با نشانه‌های بدشکلی بدن

۱. رویا نعمتی وناشی^{ID}: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. مهدیه رحمانیان^{ID*}: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. عزت الله کردمیرزا نیکوزاده^{ID}: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۴. امین رفیعی پور^{ID}: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۵. حسن عبدالله‌زاده^{ID}: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: m.rahmanian@pnu.ac.ir

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود غذا خوردن هیجانی و تصویر بدنی زنان دارای اضافه وزن همراه با نشانه‌های بدشکلی بدن بود.

مواد و روش: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. ۴۵ زن دارای اضافه وزن و نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) جای گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های BMI، اختلال بدشکلی بدن، خوردن هیجانی داج و روابط چندبعدی بدن-خود بودند. گروه‌های آزمایش تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار در هشت جلسه گروهی قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: هر دو نوع مداخله، به‌طور معناداری سبب بهبود رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی نسبت به گروه کنترل شدند ($p < 0.01$). در رفتار غذا خوردن هیجانی، درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری داشت، در حالی‌که در تصویر بدنی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخش‌تر بود. نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها مؤید آن است که استفاده از درمان هیجان‌مدار و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای بهبود مشکلات روان‌شناختی ناشی از چاقی و بدشکلی بدن باشد. استفاده از رویکرد متناسب با نوع اختلال روانی-بدنی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژگان: درمان هیجان‌مدار؛ شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی؛ غذا خوردن هیجانی؛ تصویر بدنی؛ اضافه وزن؛ اختلال بدشکلی بدن

نحوه استناددهی: نعمتی وناشی، رویا، رحمانیان، مهدیه، کردمیرزا نیکوزاده، عزت‌الله، رفیعی‌پور، امین، و عبدالله‌زاده، حسن. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود غذا خوردن هیجانی و تصویر بدنی زنان دارای اضافه وزن همراه با نشانه‌های بدشکلی بدن. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۲(۴)، ۱-۱۶.



تاریخ دریافت: ۱۶ فروردین ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۹ تیر ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۲۶ تیر ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۲۸ دی ۱۴۰۴



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Overweight and obesity have emerged as major public health concerns worldwide, not only due to their physical implications but also because of their substantial psychological consequences. Among the most prevalent psychological factors associated with obesity are emotional eating and body image dissatisfaction. Emotional eating, defined as the tendency to eat in response to negative emotional states such as anxiety, sadness, loneliness, or boredom, has been identified as a maladaptive coping mechanism that exacerbates weight gain and perpetuates unhealthy dietary behaviors (Babakhanlou, 2023; Katterman et al., 2014). This cyclical relationship between negative affect and disordered eating behaviors creates a self-reinforcing loop, ultimately complicating weight management and psychological well-being.

Simultaneously, body image, a multidimensional psychological construct reflecting one's perception, feelings, and thoughts about their physical appearance, plays a pivotal role in individuals' self-concept and mental health (Shirazi et al., 2023). The increasing cultural emphasis on thinness, exacerbated by media portrayals and societal expectations, has heightened body dissatisfaction, particularly among women. Research indicates that body dissatisfaction is a core component of several eating disorders and is linked to depression, anxiety, low self-esteem, and increased likelihood of engaging in cosmetic surgery (Khoshkardar & Raeisi, 2020; Narimani & Heydari, 2024; Yari et al., 2020).

Given the intricate relationship between these psychological variables and obesity, therapeutic interventions targeting emotional regulation and cognitive reframing have gained prominence. Among these, Emotion-Focused Therapy (EFT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) have emerged as evidence-based approaches with promising outcomes in improving both emotional eating behaviors and body image perceptions (Asmari Bardezard et al., 2021; Silva, 2025).

EFT is rooted in humanistic and experiential psychotherapy traditions and emphasizes the identification, exploration, and transformation of maladaptive emotional processes. This therapeutic model helps individuals process previously unaddressed emotional experiences and supports the development of adaptive emotion regulation strategies, making it particularly effective for individuals with binge eating tendencies and emotional dysregulation (Asmaribardezard et al., 2018; Sanatnama, 2017). Studies have shown that EFT can significantly reduce emotional eating and psychological distress in clinical populations (Vatanpanah et al., 2023).

On the other hand, MBCT integrates mindfulness practices with elements of cognitive therapy, enabling individuals to cultivate a non-judgmental awareness of their thoughts, feelings, and bodily sensations. By fostering a decentered perspective on internal experiences, MBCT disrupts maladaptive cognitive patterns, reduces rumination, and promotes acceptance, thereby addressing the cognitive and emotional mechanisms underlying body image dissatisfaction and disordered eating (Egan et al., 2020; Keng & Ang, 2019; Rezaei et al., 2022). Empirical evidence highlights the effectiveness of MBCT in reducing body dissatisfaction, improving self-compassion, and moderating the relationship between emotional distress and eating behaviors (Hernando et al., 2019; Mason et al., 2016; Pehlivan & Eyi, 2024).

Although both EFT and MBCT have demonstrated efficacy in addressing the psychological correlates of obesity, comparative research examining their relative effectiveness on emotional eating and body image among overweight women remains limited. This study aimed to fill this gap by evaluating and comparing the effectiveness of EFT and MBCT on improving emotional eating behaviors and body image among overweight women with body dysmorphic symptoms. By conducting a randomized controlled trial with pretest, posttest, and follow-up assessments, this research sought to provide evidence-based

guidance for mental health practitioners and contribute to the development of targeted therapeutic strategies for this vulnerable population.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up phases, including two experimental groups and one control group. The statistical population comprised all overweight women with symptoms of body dysmorphic disorder who referred to Roya Clinic in Karaj during the year 2024. A total of 45 participants were selected through purposive sampling based on inclusion criteria (BMI over 30, age between 30 to 45, and clinical signs of body dysmorphia) and were randomly assigned to three groups of 15 each.

Participants in the experimental groups underwent eight 90-minute group sessions of either EFT or MBCT, while the control group received no psychological intervention during the treatment period. Standardized self-report instruments were administered at three time points (pre-test, post-test, and follow-up) to assess body image and emotional eating. Instruments included the Body Mass Index (BMI), Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDMCQ), Dutch Emotional Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), and the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire.

Data were analyzed using SPSS version 23. Statistical analyses included repeated measures analysis of covariance (ANCOVA) and Bonferroni post-hoc tests to examine the effects of interventions over time and between groups.

Findings

Descriptive statistics indicated that both experimental groups showed a reduction in emotional eating and improved body image scores from pre-test to post-test and follow-up, while the control group demonstrated no significant changes. The repeated measures ANCOVA showed statistically significant main effects of time, group, and group-by-time interaction for both emotional eating and body image variables ($p < 0.01$).

Specifically, participants in the EFT group experienced a more pronounced reduction in emotional eating scores at

post-test and follow-up compared to the MBCT and control groups. Meanwhile, the MBCT group showed greater improvement in body image scores compared to both EFT and control groups. Bonferroni post-hoc comparisons revealed that the differences between the experimental groups and the control group were statistically significant in both variables, with the EFT group outperforming MBCT in reducing emotional eating, and MBCT outperforming EFT in improving body image.

The follow-up assessment conducted two months after the post-test indicated the maintenance of treatment effects in both intervention groups. No significant decline was observed in the post-intervention scores of emotional eating or body image, suggesting the durability of therapeutic gains.

Discussion and Conclusion

The findings of this study underscore the effectiveness of both EFT and MBCT in improving emotional eating behaviors and body image among overweight women with symptoms of body dysmorphic disorder. These results align with previous research that highlights the pivotal role of emotion regulation and mindfulness in the treatment of obesity-related psychological issues.

The greater efficacy of EFT in reducing emotional eating can be attributed to its focus on enhancing emotional awareness, validating core emotional experiences, and restructuring maladaptive emotion-driven behaviors. By engaging participants in experiential techniques such as emotion coaching and chair work, EFT enables them to recognize their emotional triggers for eating and develop healthier responses. This mechanism is especially crucial in populations prone to emotional dysregulation, where eating serves as an avoidant coping strategy.

Conversely, MBCT's superior impact on body image improvement is likely due to its emphasis on present-moment awareness, cognitive defusion, and self-acceptance. Participants learned to observe and accept negative body-related thoughts without engaging in self-criticism or avoidance. This shift in cognitive processing facilitates the

restructuring of internalized beauty standards and fosters a more compassionate and realistic view of one's body. The enhancement of self-awareness and reduction in rumination also contribute to diminished body dissatisfaction.

Importantly, the results demonstrated that the therapeutic effects of both interventions were sustained over time, indicating their potential for long-term benefit. This maintenance suggests that the skills acquired during treatment were effectively internalized and utilized by participants beyond the structured sessions.

In practical terms, these findings offer valuable insights for clinicians and mental health practitioners working with overweight individuals. Tailoring treatment approaches based on client-specific needs—emphasizing EFT for clients

struggling with emotional eating and MBCT for those with pervasive body dissatisfaction—can enhance therapeutic outcomes. Moreover, the integration of these approaches in a complementary manner may yield synergistic benefits and address the multidimensional nature of obesity-related psychological distress.

Overall, this study contributes to the growing body of literature advocating for targeted psychological interventions in the treatment of obesity. By demonstrating the distinct yet complementary strengths of EFT and MBCT, it reinforces the importance of personalized and evidence-based therapeutic strategies in promoting psychological well-being and behavioral change in overweight populations.

مقدمه

در پاسخ به پیچیدگی این چرخه‌های روان‌شناختی، رویکردهای نوینی در روان‌درمانی مطرح شده‌اند که از جمله مهم‌ترین آن‌ها درمان هیجان‌مدار (EFT) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) است. درمان هیجان‌مدار بر نقش هیجانات اولیه و پردازش آن‌ها در فرآیند درمانی تأکید دارد و هدف آن، ارتقاء تنظیم هیجان و اصلاح هیجانات ناسازگار است (Asmari Bardezard et al., 2021). این رویکرد از طریق افزایش خودآگاهی هیجانی، اعتباربخشی به احساسات، و تجربه هیجانات اصلاحی به کاهش خوردن هیجانی و بهبود تصویر بدنی کمک می‌کند (Asmaribardezard et al., 2018; Sanatnama, 2017).

در مقابل، MBCT با ترکیب اصول شناخت‌درمانی و تکنیک‌های مراقبه ذهن‌آگاهی، بر تغییر رابطه فرد با افکار و احساسات منفی تأکید می‌ورزد. این درمان با آموزش آگاهی بدون قضاوت نسبت به تجارب درونی، کاهش نشخوار ذهنی، و ارتقاء پذیرش، می‌تواند افکار خودانتقادیانه مربوط به بدن را کاهش دهد (Keng & Ang, 2019; Narimani & Heydari, 2024). بر اساس نتایج مرورهای نظام‌مند، MBCT اثربخشی معناداری در کاهش خوردن هیجانی، بهبود نگرش نسبت به بدن و حتی کاهش شاخص توده بدنی دارد (Katterman et al., 2014; Sala et al., 2020; Silva, 2025).

مطالعات متعددی به بررسی اثربخشی هر یک از این دو رویکرد بر متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با چاقی پرداخته‌اند. برای مثال، پژوهش Kavousi و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که درمان‌های مبتنی بر شفقت به خود که با EFT همپوشانی دارند، می‌توانند پریشانی روان‌شناختی و مشکلات خوردن را در زنان مبتلا به اختلال پرخوری کاهش دهند (Kavousi et al., 2021). همچنین، در مطالعه‌ای توسط Lafrance Robinson و همکاران (۲۰۱۶)، نشان داده شد که درمان هیجان‌مدار خانوادگی می‌تواند نقش موثری

اضافه‌وزن و چاقی در دهه‌های اخیر به یکی از چالش‌های عمده در حوزه بهداشت عمومی تبدیل شده‌اند که پیامدهای روان‌شناختی و فیزیولوژیکی گسترده‌ای را برای افراد به دنبال دارند. در میان پیامدهای روان‌شناختی، دو عامل «خوردن هیجانی» و «تصویر بدنی منفی» از جمله متغیرهای کلیدی هستند که در بسیاری از مطالعات به عنوان واسطه یا پیامد چاقی مطرح شده‌اند. به ویژه در زنان، این دو عامل به‌طور متقابل با افزایش وزن، اضطراب، افسردگی، و نشانه‌های بدشکلی بدن در ارتباط بوده‌اند (Babakhanlou, 2023; Rezaei et al., 2022).

خوردن هیجانی به عنوان الگویی از غذا خوردن در پاسخ به احساسات منفی نظیر اضطراب، غم، تنهایی و خشم شناخته می‌شود که نه از گرسنگی فیزیولوژیک بلکه از نیازهای هیجانی نشأت می‌گیرد (Katterman et al., 2014). افراد مبتلا به این الگو در برابر هیجانات منفی به‌جای راه‌حل‌های سازگارانه، به غذا خوردن پناه می‌برند. این رفتار به‌مرور تبدیل به یک چرخه معیوب می‌شود که در آن هیجانات منفی با پرخوری و احساس گناه و کاهش اعتماد به نفس تقویت می‌شوند و در نهایت به تثبیت چاقی و بدشکلی بدن می‌انجامد (Vatanpanah et al., 2023).

در سوی دیگر، تصویر بدنی که به ادراک فرد از بدن خود و احساسات، باورها و نگرش‌های مربوط به آن اشاره دارد، به شدت تحت تأثیر رسانه‌ها، هنجارهای اجتماعی و انتظارات فرهنگی قرار دارد (Shirazi et al., 2023). تصویر بدنی منفی نه‌تنها با افزایش نگرانی‌های زیبایی‌شناختی همراه است، بلکه می‌تواند منجر به اختلالات خوردن، اضطراب اجتماعی، افسردگی و تمایل به انجام جراحی‌های زیبایی شود (Khoshkardar & Raeisi, 2020; Yari et al., 2020).

در بهبود ارتباطات هیجانی و تصویر بدنی در بیماران دارای اختلال خوردن داشته باشد (Lafrance Robinson et al., 2016).

از سوی دیگر، پژوهش‌هایی همچون مطالعه Hernando و همکاران (۲۰۱۹) نیز بر نقش ذهن‌آگاهی در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، کاهش نشخوار ذهنی، و ارتقاء خودپذیری در زنان با اختلالات خوردن تأکید دارند (Hernando et al., 2019). همچنین، یافته‌های Egan و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که ذهن‌آگاهی می‌تواند رابطه بین خوردن هیجانی و شاخص توده بدنی را در افراد با بیماری مزمن تعدیل کند (Egan et al., 2020).

پژوهش Rezaei و همکاران (۲۰۲۲) و Rezai و همکاران (۲۰۲۱) با مقایسه مستقیم بین EFT و MBCT به نتایجی دست یافتند که حاکی از اثربخشی هر دو رویکرد در بهبود تصویر بدنی و کاهش نشانه‌های اختلال خوردن بودند، با این تفاوت که در برخی شاخص‌ها، درمان هیجان‌مدار برتر بوده و در برخی دیگر، MBCT اثربخشی بیشتری داشته است (Rezaei et al., 2021; Rezai et al., 2022). این یافته‌ها نشانگر آن است که ماهیت نشانه‌ها و ویژگی‌های فردی مراجعان می‌تواند بر کارایی نسبی رویکردهای درمانی اثرگذار باشد.

در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی دو رویکرد مهم درمانی، یعنی درمان هیجان‌مدار و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بر بهبود دو متغیر مهم روان‌شناختی مرتبط با اضافه‌وزن، یعنی رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی، در زنان مبتلا به اضافه‌وزن همراه با نشانه‌های بدشکلی بدن انجام شده است.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه زنان مبتلا به اضافه وزن همراه با علائم بدشکلی بدنی مراجعه کننده به کلینیک

رویا شهر کرج در سال ۱۴۰۳ بود که بر اساس تعیین ضریب اثر بر اساس مطالعات قبلی، ۴۵ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند (داشتن رضایت شرکت در پژوهش، سن ۳۰ تا ۴۵ سال، داشتن شاخص توده بدنی بالای ۳۰ و معیارهای اختلال بدشکلی بدنی) انتخاب شدند و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. ابتدا در مرحله پیش‌آزمون، ابزارهای پژوهش بر روی هر سه گروه اجرا شد. سپس بر روی گروه‌های آزمایش، فنون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌دار اجرا شد. طی این مدت گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد. مداخلات درمانی به صورت گروهی انجام شد و گروه کنترل به جای درمان در یک اتاق دور هم جمع شده و در مورد یک عنوان که خودشان پیشنهاد دادند، بحث کردند. در پایان درمان از همه گروه‌ها پس‌آزمون و دوره پیگیری به عمل آمد.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

شاخص توده بدنی (BMI): یکی از معتبرترین شاخص‌ها برای اندازه‌گیری اضافه‌وزن و چاقی است و در اکثر تحقیقات بالینی و تجربی استفاده می‌شود که از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) به دست می‌آید (نچت، الگر و لوین، ۲۰۰۸). در این پژوهش وزن شرکت‌کنندگان با ترازوی دیجیتالی به روز با حداقل خطا و قد آن‌ها با نوار مدرج استاندارد با واحد سانتی‌متر و حداکثر دقت در وضعیت ایستاده کنار دیوار و بدون کفش مورد اندازه‌گیری قرار گرفت.

پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن (BDMCQ): این پرسشنامه دارای ۳۱ سوال و چهار خرده مقیاس راهبردهای کنترل فراشناختی (۱-۱۴)، ائتلاف فکر-عمل یا درآمیختگی افکار (۱۵-۲۲)، باورهای مثبت و منفی فراشناختی (۲۳-۲۷) و رفتارهای ایمنی (۲۸-۳۱) است. در این پرسشنامه حداقل امتیاز ممکن ۳۱ و حداکثر ۱۵۵ خواهد بود. نمره بین ۳۱ تا ۶۲ نشان

می‌دهد که میزان اختلال بدشکلی بدن، کم است؛ نمره بین ۶۲ تا ۹۳ نشان می‌دهد که میزان اختلال بدشکلی بدن، متوسط است و نمره بالاتر از ۹۳ نشان می‌دهد که میزان اختلال بدشکلی بدن، زیاد است. در پژوهش ربیعی و همکاران (۱۳۹۰) بررسی روایی همزمان بر روی ۲۰۰ نفر دانشجوی، نشان داد که پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن و عامل‌های آن با مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری عملی ییل-براون همبستگی مثبت و معنی دار دارد و ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۷ بود.

پرسشنامه رفتار خوردن هیجانی داج (DEBQ):^۱ این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی ۳۳ آیتمی با سه زیر مقیاس سبک‌های خوردن برونی^۲ (۱۰ آیتم)، هیجانی (۱۳ آیتم) و بازدارنده^۳ (۱۰ آیتم) می‌باشد. آزمودنی به هر آیتم در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از تقریباً هرگز (نمره ۱) تا بسیار زیاد (نمره ۵) پاسخ می‌دهد. روایی این ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی نشان داد که همه آیتم‌های آن دارای بار عاملی بالای ۰/۴۵ دارند. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها و کل ابزار از ۰/۸ تا ۰/۹۵ گزارش شد (وین‌اشترین، فریجترز، برگز و دیفیرز، ۱۹۸۶). ربانی پارسا (۱۳۹۶) از طریق همبسته کردن این مقیاس با مقیاس خوردن هیجانی آرنو، کنارد و آگراس، (۱۹۹۵) نشان دادند که ضریب همبستگی زیرمقیاس خوردن هیجانی با مقیاس خوردن هیجانی برابر ۰/۸۵ است. ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز در پژوهش صالحی فدردی و دیگران (۱۳۹۰) از ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ و در پژوهش کجویی، مرادی، کاظمی و قنبری (۱۳۹۵) برای زیرمقیاس‌های خوردن بازدارنده، خوردن هیجانی و خوردن برونی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۵ و ۰/۸۵ گزارش شده است.

پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود: این پرسشنامه شامل ۴۶ ماده است که کش، وینستد و جاندا آن را در سال ۱۹۸۶ و ۱۹۸۷ برای ارزیابی تصویر-بدنی ساختند (گنجی، ۱۳۸۴). این پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای

(کامل مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. زیرمقیاس‌های آن عبارتند از: ارزشیابی قیافه شامل سوال‌های شماره ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۵، ۲۸ و ۳۱؛ جهت-گیری قیافه شامل سوال‌های شماره ۱، ۲، ۸، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۱، ۲۶، ۲۷ و ۳۲ و ۳۳؛ ارزشیابی تناسب اندام شامل سوال‌های شماره ۱۶، ۲۲ و ۳۴؛ جهت-گیری تناسب اندام شامل سوال‌های شماره ۳، ۴، ۶، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۷، ۱۸، ۲۳، ۲۴، ۲۹، ۳۰ و ۳۵؛ وزن ذهنی (فاعلی) شامل سوال‌های شماره ۳۶ و ۳۷ و رضایت‌بدنی (اجزاء بدن) شامل سوال‌های شماره ۳۹، ۳۸، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵ و ۴۶. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۴۶ تا ۹۲ باشد، میزان روابط چندبعدی بدن - خود ضعیف می‌باشد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۹۲ تا ۱۳۸ باشد، میزان روابط چندبعدی بدن - خود در سطح متوسطی می‌باشد. در صورتی که نمرات بالای ۱۳۸ باشد، میزان روابط چند بعدی بدن - خود بسیار خوب می‌باشد. در فرم فارسی این مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ ماده‌های هریک از خرده‌مقیاس‌ها در مورد یک نمونه ۲۱۷ نفری از دانش‌آموزان به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۹۱، ۰/۹۴ و گزارش گردید که نشانه همسانی‌درونی خوب پرسشنامه است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۶۷ نفر از نمونه پیش گفته در دو نوبت با فاصله دو هفته به ترتیب ۰/۷۸ برای ارزشیابی قیافه، ۰/۷۵ برای جهت‌گیری قیافه، ۰/۷۱ برای ارزشیابی تناسب اندام، ۰/۶۹ برای جهت‌گیری تناسب اندام، ۰/۸۴ برای وزن ذهنی، و ۰/۹۸ برای رضایت‌بدنی به دست آمد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است.

در این پژوهش، پروتکل شناخت‌درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی تلفیقی از رویکردهای پیشنهادی بون و مارلات (۲۰۱۱) و براتو و همکاران (۲۰۱۴) بود که طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته برای گروه آزمایش اجرا شد. در جلسه نخست، مقدمه‌ای درباره ذهن‌آگاهی، آشنایی با مفاهیم اساسی

³ inhibited

¹ Dutch Eating Behavior Questionnaire

² External eating style

آن و بررسی اهداف شرکت کنندگان ارائه شد. جلسه دوم بر آگاهی از ذهن خودکار، نشخوار فکری و اجتناب از تجربه تمرکز داشت و تمرین غذا خوردن آگاهانه نیز آموزش داده شد. در جلسه سوم، آگاهی بدنی، مراقبه مهربانی با بدن و مقابله با موانع تمرین شد. جلسه چهارم به تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس، صدا و افکار اختصاص یافت. در جلسه پنجم، پذیرش احساسات ناخوشایند و تمرین مشاهده بدون قضاوت محور قرار گرفت. جلسه ششم بر جداسازی افکار از واقعیت و تمرین های شناخت زدایی تمرکز داشت. در جلسه هفتم، راهبردهای مقابله با عود و شناسایی نشانه های آن آموزش داده شد. نهایتاً در جلسه هشتم، جمع بندی، تمرین واری بدن و طراحی مسیر جدید زندگی برای حفظ تعادل ذهنی انجام شد. تکالیف خانگی در هر جلسه با هدف تعمیق تمرینات در زندگی روزمره طراحی و بررسی می شد.

درمان هیجان مدار در این پژوهش بر اساس پروتکل استاندارد گرینبرگ (۲۰۰۴) اجرا شد و شامل هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه ای بود. در جلسه اول، شرکت کنندگان با یکدیگر و با درمانگر آشنا شدند و انگیزه هایشان بررسی گردید. جلسه دوم به تعریف هیجان و شناسایی احساسات شناخته نشده اختصاص داشت و شرکت کنندگان یاد گرفتند هیجان های اولیه خود را

شناسایی و ثبت کنند. جلسه سوم به افزایش آگاهی هیجانی و ایجاد فضای امن برای تعامل اختصاص یافت و فن صندلی خالی معرفی شد. در جلسه چهارم، شرکت کنندگان نیازهای زیرین هیجانات را بررسی کردند و ارتباط ترس و مکانیزم های دفاعی با شناخت و هیجان مطرح شد. جلسه پنجم بر پذیرش و آموزش تجربه هیجانات انکار شده تمرکز داشت. جلسه ششم بر جایگزینی هیجانات مثبت، بیان نیازهای پنهان و تقویت خود دوستی تأکید داشت. جلسه هفتم با هدف مواجهه با الگوهای هیجانی قدیمی و توسعه الگوهای جدید طراحی شد و در نهایت، جلسه هشتم به جمع بندی، تقویت مهارت ها و اجرای پس آزمون اختصاص یافت. در طول جلسات، شرکت کنندگان به انجام تکالیف خانگی برای ثبت و تحلیل هیجان های روزمره ترغیب می شدند.

داده ها از طریق تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر و و نسخه ۲۳ نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته ها

فراوانی آزمودنی ها برحسب دامنه سنی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. فراوانی آزمودنی ها برحسب دامنه سنی

دامنه سنی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی		درمان هیجان مدار		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بین ۳۰ تا ۳۵ سال	۵	۳۳/۳	۶	۴۰	۵	۳۳/۳
بین ۳۶ تا ۴۰ سال	۶	۴۰	۵	۳۳/۳	۷	۴۶/۷
بین ۴۱ تا ۴۵ سال	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۳	۲۰
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

با توجه به آنچه در جدول ۱ نشان داده شده است بیشتر آزمودنی های گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معادل ۶ نفر (۴۰ درصد) بین ۳۶ تا ۴۰ سال هستند، بیشتر آزمودنی های گروه درمان هیجان مدار با همین تعداد

بین ۴۱ تا ۴۵ سال دارند، این در حالی است که بیشتر آزمودنی های گروه کنترل معادل ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) بین ۳۶ تا ۴۰ سال دارند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها در جدول ۲ ارائه شده است.

دوره دوم، شماره چهارم

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی		درمان هیجان مدار		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتار	پیش آزمون	۱۲۶/۵۳	۶/۴۳	۱۲۵/۳۳	۷/۸۸	۱۲۵/۰۶۷	۸/۳۵
خوردن	پس آزمون	۱۱۸/۷۳	۵/۴۷	۱۰۶/۱۳	۶/۷۵	۱۲۵/۰۶۷	۸/۲۶
هیجانی	پیگیری	۱۱۸	۴/۷	۱۰۲/۹۳	۷/۲۵	۱۲۴/۸	۹/۰۶
تصویر	پیش آزمون	۹۷/۰۶	۳/۸	۹۶/۸۷	۵/۷۲	۹۷/۱۳	۵/۷۳
بدنی	پس آزمون	۱۱۳/۲	۴/۹۹	۱۰۷/۴۷	۵/۳۷	۹۷/۷۳	۴/۸۵
	پیگیری	۱۱۴/۶	۴/۹۵	۱۰۹/۴۷	۵/۵	۹۶/۸۷	۴/۶۷

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود در میانگین نمرات پس آزمون نبود که بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است. نتایج آزمون لوین برای بررسی و پیگیری متغیرهای پژوهش نسبت به نمرات پیش آزمون در گروه های همگنی واریانس در جدول ۳ ارائه شده است. آزمایش تفاوت دیده می شود. مقادیر آماره شاپیرو در بیشتر متغیرها معنادار

جدول ۳. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس

دو گروه آزمایشی و گروه کنترل							
متغیر	زمان	F		درجه آزادی ۱ و ۲	معناداری	F	
		پیش آزمون	پس آزمون			پیش آزمون	پس آزمون
خوردن هیجانی	پیش آزمون	۰/۷۰۱	۲ و ۴۲	۰/۵۰۲	تصویر بدنی	۳/۰۳۴	۲ و ۴۲
	پس آزمون	۱/۶۹۱	۲ و ۴۲	۰/۱۹۷		۰/۰۹۴	۲ و ۴۲
	پیگیری	۵/۴۲۸	۲ و ۴۲	۰/۰۱		۰/۰۷۹	۲ و ۴۲
گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل							
متغیر	زمان	F		درجه آزادی ۱ و ۲	معناداری	F	
		پیش آزمون	پس آزمون			پیش آزمون	پس آزمون
خوردن هیجانی	پیش آزمون	۱/۱۳	۱ و ۲۸	۰/۲۹۷	تصویر بدنی	۶/۳۹۵	۱ و ۲۸
	پس آزمون	۳/۵۵۸	۱ و ۲۸	۰/۰۷		۰/۱۸۹	۱ و ۲۸
	پیگیری	۱۲/۲۵۹	۱ و ۲۸	۰/۰۰۲		۰/۱۰۷	۱ و ۲۸
گروه هیجان مدار و گروه کنترل							
متغیر	زمان	F		درجه آزادی ۱ و ۲	معناداری	F	
		پیش آزمون	پس آزمون			پیش آزمون	پس آزمون
خوردن هیجانی	پیش آزمون	۰/۰۱	۱ و ۲۸	۰/۹۲	تصویر بدنی	۰/۱۲۵	۱ و ۲۸
	پس آزمون	۱/۳۳۳	۱ و ۲۸	۰/۲۵۸		۰/۰۰۵	۱ و ۲۸
	پیگیری	۲/۰۸۱	۱ و ۲۸	۰/۱۶		۰/۰۰۶	۱ و ۲۸

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود نتایج آزمون لوین در بیشتر برقرار است. نتایج آزمون های کرویت موخلی و ام باکس در جدول ۴ نشان متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنادار نیست و مفروضه همگنی واریانس ها داده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های کرویت موخلی و ام باکس

آزمون کرویت موخلی		آزمون ام باکس					
مقدار	درجه آزادی	معناداری	مقدار	F	درجه آزادی	معناداری	
دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل							
۰/۶۶۳	۲	۰/۰۰۰۱	۳۲/۹۴۱	۲/۴۵۸	۱۲ و ۸۵۴۸/۶۱۵	۰/۰۰۳	رفتار خوردن هیجانی
۰/۵۹۷	۲	۰/۰۰۰۱	۲۰/۳۷	۱/۵۲	۱۲ و ۸۵۴۸/۶۱۵	۰/۱۰۹	تصویر بدنی
گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل							
۰/۷۷۷	۲	۰/۰۳۳	۱۴/۶۶۶	۲/۱۵۸	۶ و ۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۰۴۴	رفتار خوردن هیجانی
۰/۵۰۶	۲	۰/۰۰۰۱	۱۳/۸۱۲	۲/۰۳۲	۶ و ۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۰۵۸	تصویر بدنی
گروه هیجان‌مدار و گروه کنترل							
۰/۵۶۷	۲	۰/۰۰۰۱	۱۰/۳۲۹	۱/۵۲	۶ و ۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۱۶۷	رفتار خوردن هیجانی
۰/۷۷۶	۲	۰/۰۳۲	۳/۶۰۷	۰/۵۳۱	۶ و ۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۷۸۵	تصویر بدنی

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج آزمون کرویت موخلی می‌شود؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نیز با سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۱ بیانگر رعایت مفروضه همگنی کوواریانس است؛ اما جهت سایر متغیرها در معناداری آزمون چند متغیری از اثر پیلایی که مقاوم‌تر است استفاده می‌شود. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر

متغیر	اثر	آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب ایما	توان آماری
رفتار	تعامل	اثر پیلایی	۰/۸۹۶	۱۷/۰۴۴	۴	۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۸	۱
خوردن	گروه*	ویلکز لامبدا	۰/۱۲۵	۳۷/۴۳۱	۴	۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۶	۱
هیجانی	زمان	هتلینگ	۶/۸۱۶	۶۸/۱۶۱	۴	۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۳	۱
		بزرگترین ریشه روی	۶/۷۹۱	۱۴۲/۶۱۳	۲	۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۲	۱
تصویر	تعامل	اثر پیلایی	۱/۰۳۲	۲۲/۴۰۲	۴	۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۶	۱
بدنی	گروه*	ویلکز لامبدا	۰/۱	۴۴/۱۸۹	۴	۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۳	۱
	زمان	هتلینگ	۷/۶۳۶	۷۶/۳۵۹	۴	۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۲	۱
		بزرگترین ریشه روی	۷/۴۵۹	۱۵۶/۶۳۲	۲	۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۲	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (آمیخته) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب متغیر وابسته رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی به‌طور همزمان تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج در متن (آنوا) ارائه شد.

دوره دوم، شماره چهارم

جدول ۶. اثر کلی مداخله بر رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی ۱ و ۲	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
رفتار خوردن	گروه	۴۳۵۳/۹۱۱	۴۲ و ۲	۲۱۷۶/۹۵۶	۱۴/۶۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۲
هیجانی	زمان	۲۸۶۶/۸	۸۴ و ۲	۱۴۴۳/۴	۲۹۰/۰۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۷۴
	گروه* زمان	۲۲۰۸/۰۸۹	۸۴ و ۴	۵۵۲/۰۲۲	۱۱۱/۷۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۲
تصویر بدنی	گروه	۲۸۴۵/۳۷۸	۴۲ و ۲	۱۴۲۲/۶۸۹	۱۹/۷۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۴
	زمان	۲۷۴۲/۵۷۸	۸۴ و ۲	۱۳۷۱/۲۸۹	۴۶۷/۹۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱۸
	گروه* زمان	۱۴۸۷/۲۴۴	۸۴ و ۴	۳۷۱/۸۱۱	۱۲۶/۸۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۸

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می شود نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته برای رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی تفاوت گروهی معنادار (سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵) در بین دو گروه آزمایشی و گروه کنترل نشان داد. درمان های (شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و هیجان مدار) در رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی منجر به تفاوت معنادار (کمتر از ۰/۰۱) در عملکرد آزمودنی ها در سه بازه زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری شده است؛ از سویی اثر تعاملی گروه* زمان در متغیر مطرح شده با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ نشان می دهد که عملکرد آزمودنی ها در گروه آزمایش و کنترل در سه بازه زمانی اندازه گیری در این شاخص دارای تغییرات معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای تعیین اثر مداخلات بر رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای تعیین اثر مداخلات بر رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی در دو مرحله پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله پس آزمون						مرحله پیگیری		
گروه‌ها	تفاوت	خطای	معناداری	تفاوت	خطای	معناداری	معداری		
	میانگین	استاندارد		میانگین	استاندارد				
رفتار خوردن هیجانی	۱۱/۶۲۸	۱/۱۷	۰/۰۰۰۱	۲/۴۳۷	۰/۹۵۵	۰/۰۴۴			
	مدار								
	-۷/۵۲۱	۱/۱۷۱	۰/۰۰۰۱	-۰/۴۵۲	۰/۸۱۲	۱			
تصویر بدنی	-۱۹/۱۵	۱/۱۶۷	۰/۰۰۰۱	-۲/۸۸۹	۱/۱۵۷	۰/۰۵			
	هیجان مدار – کنترل								
	۵/۵۶۴	۰/۹۵۲	۰/۰۰۰۱	-۰/۳۴۲	۰/۵۹۷	۱			
مدار									
هیجان مدار – کنترل	۹/۹۵۹	۰/۹۵۲	۰/۰۰۰۱	۳/۳۰۵	۰/۶۹۳	۰/۰۰۰۱			
	۱۵/۵۲۳	۰/۹۵۲	۰/۰۰۰۱	۲/۹۶۳	۰/۸۷۸	۰/۰۰۵			

همانطور که از جدول ۷ مشخص است در مرحله پس آزمون رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی، شرکت کنندگان به ترتیب در هر دو گروه هیجان مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل تغییرات بیشتری را نشان داده اند ($P < ۰/۰۱$)؛ این در حالی است که بین میانگین نمرات پس آزمون دو گروه آزمایشی، گروه هیجان مدار کاهش معناداری نسبت به گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در متغیر رفتار خوردن هیجانی و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی افزایش معناداری را نسبت به گروه هیجان مدار در متغیر تصویر بدنی نشان داد ($P < ۰/۰۱$).

در مرحله پیگیری رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی بین تغییرات میانگین نمرات در مرحله پیگیری نسبت به پس آزمون یا تفاوت معنادار دیده نشد؛ به عبارتی، میانگین نمرات رفتار خوردن هیجانی و تصویر بدنی در طی بازه دو ماهه (از مرحله پس آزمون به پیگیری) نشان از ماندگاری مداخله آزمایشی دارد. بنابراین می‌توان اذعان داشت که هر دو روش درمان هیجان-مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سبب بهبود رفتار خوردن و تصویر بدنی در افراد با اختلال بدشکلی بدن نسبت گروه کنترل شده است؛ همچنین در متغیر تصویر بدنی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به درمان هیجان‌مدار اثربخشی بهتری نشان داد اما در رفتار غذا خوردن هیجانی، درمان هیجان‌مدار موثرتر از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار (EFT) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر بهبود غذا خوردن هیجانی و تصویر بدنی در زنان دارای اضافه‌وزن همراه با نشانه‌های بدشکلی بدن بود. یافته‌ها نشان داد که هر دو رویکرد درمانی منجر به بهبود معنادار در متغیرهای مورد نظر نسبت به گروه کنترل شده‌اند. به عبارت دیگر، EFT و MBCT در کاهش غذا خوردن هیجانی و بهبود نگرش نسبت به بدن اثربخش بوده‌اند، گرچه نوع و شدت اثربخشی آن‌ها متفاوت بوده است.

در تحلیل نتایج مشخص شد که در بهبود تصویر بدنی، رویکرد MBCT اثربخشی بالاتری نسبت به EFT داشت. این یافته را می‌توان با توجه به مبانی نظری MBCT تبیین کرد؛ ذهن آگاهی با فراهم‌سازی یک بستر امن و بدون قضاوت برای مشاهده افکار و احساسات منفی درباره بدن، به کاهش خودانتقادگری، نشخوار ذهنی، و شناخت‌های منفی کمک می‌کند (Keng & Ang, 2019; Silva, 2025). نتایج پژوهش (Rezaei et al., 2022) و (Rezai et al., 2021) نیز نشان دادند که MBCT به‌طور ویژه‌ای در کاهش

نارضایتی بدنی و بازسازی نگرش‌های شناختی منفی در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن مؤثر بوده است. همچنین (Pehlivan & Eyi, 2024) در مطالعه‌ای بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان، اثربخشی مدیتیشن مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدنی و تنظیم هیجان را مورد تأیید قرار دادند.

در مقابل، یافته‌ها حاکی از آن بود که درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری در کاهش رفتارهای غذا خوردن هیجانی داشته است. این نتیجه را می‌توان ناشی از تمرکز EFT بر پردازش هیجانات اولیه و ناهشیار، آموزش آگاهی هیجانی، و تجربه هیجانات اصلاحی دانست (Asmari Bardezard et al., 2017; Sanatnama, 2021). درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر هیجانات ناسازگار و ایجاد تجارب هیجانی اصلاحی، به مراجعان کمک می‌کند تا به جای استفاده از خوردن به عنوان راهبرد مقابله‌ای، با احساسات خود مواجه شده و راهبردهای سازگارانه‌تری اتخاذ کنند (Asmaribardezard et al., 2018). در همین راستا، پژوهش (Babakhanlou, 2023) با مدل‌سازی ساختاری نشان داد که اختلال در پردازش هیجان به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی در رفتارهای خوردن هیجانی عمل می‌کند و بهبود آن با EFT می‌تواند منجر به کاهش پرخوری هیجانی شود.

همچنین، مطالعه (Vatanpanah et al., 2023) نشان داد که درمان‌های هیجان‌مدار و شفقت‌محور می‌توانند سطوح استرس درونی، نشخوار ذهنی، و اختلال در تنظیم هیجان را که در قلب رفتارهای خوردن هیجانی قرار دارند، کاهش دهند. در مطالعه (Mason et al., 2016) نیز آموزش ذهن آگاهی به کاهش مصرف مواد غذایی پرکند و بهبود کنترل قند خون در بزرگسالان چاق منجر شد که نشان‌دهنده تأثیر رفتاری این نوع درمان است.

از نظر ماندگاری اثربخشی درمان، نتایج مرحله پیگیری نشان داد که هر دو رویکرد توانسته‌اند تغییرات مثبت ایجاد شده را تا دو ماه پس از اتمام درمان حفظ کنند. این پایداری حاکی از آن است که هر دو روش با تقویت

نتایج حاکی از آن است که EFT و MBCT به شیوه‌های متفاوت اما مکمل، ظرفیت بالایی برای مداخله در اختلالات مرتبط با چاقی دارند.

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم پیگیری بلندمدت (فراتر از دو ماه) بود که امکان بررسی پایداری اثرات درمان در بلندمدت را محدود می‌کند. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی می‌تواند داده‌ها را تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار دهد. محدود بودن نمونه به زنان مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی خاص نیز قابلیت تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد. نبود گروه جایگزین فعال برای گروه کنترل نیز یکی دیگر از محدودیت‌ها محسوب می‌شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با دوره‌های پیگیری شش ماهه تا یک ساله انجام شود تا بتوان میزان پایداری درمان را به صورت دقیق‌تر سنجید. همچنین، مطالعات با حجم نمونه بیشتر و تنوع جمعیتی از نظر سن، جنسیت، و فرهنگ می‌تواند به افزایش قابلیت تعمیم کمک کند. مقایسه اثربخشی ترکیب رویکردهای MBCT و EFT نیز می‌تواند به طراحی بسته‌های درمانی جامع‌تر منجر شود. همچنین، بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند شفقت به خود، خودکارآمدی، یا اتحاد درمانی نیز می‌تواند دید بهتری از سازوکارهای اثربخشی این درمان‌ها ارائه دهد.

درمانگران بالینی می‌توانند با در نظر گرفتن ویژگی‌های روان‌شناختی مراجعان، از EFT برای مدیریت هیجانات ناسازگار و کاهش رفتارهای خوردن هیجانی و از MBCT برای بازسازی شناخت‌های منفی درباره بدن استفاده کنند. طراحی کارگاه‌های آموزشی برای آموزش ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان در مراکز درمان چاقی یا مراکز سلامت روان می‌تواند اثربخشی روان‌درمانی را در این حوزه افزایش دهد. همچنین، آموزش این دو رویکرد به متخصصان تغذیه، مشاوران سلامت و روانشناسان مدارس می‌تواند گام موثری در پیشگیری از چاقی و ارتقاء سلامت روان نوجوانان و جوانان باشد.

مهارت‌های درونی در مواجهه با هیجانات یا افکار منفی، توانمندی لازم برای حفظ اثربخشی در میان‌مدت را دارند. مطالعات پیشین نیز بر این نکته تأکید کرده‌اند؛ برای مثال، یافته‌های (Norouzi Dashtaki et al., 2024) نشان داد که MBCT نه تنها در افزایش رضایت جنسی و بهبود تصویر بدنی زنان مؤثر بوده، بلکه این اثرات در پیگیری نیز پایدار بوده‌اند. همچنین در مطالعه (Narimani & Heydari, 2024) مشخص شد که ذهن‌آگاهی با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند تأثیر بلندمدتی بر تصویر بدنی نوجوانان بگذارد. در مجموع، می‌توان چنین استنباط کرد که هر یک از دو رویکرد درمانی در زمینه خاصی از اختلالات مرتبط با چاقی مؤثرتر عمل می‌کنند؛ به گونه‌ای که EFT بیش از همه در حوزه اختلالات هیجانی مؤثر بوده و MBCT بیشتر در حیطه شناخت و خودپنداره بدنی. بنابراین، انتخاب روش درمانی باید با در نظر گرفتن پروفایل روان‌شناختی فرد صورت گیرد. همچنین، ترکیب این دو رویکرد یا بهره‌گیری از عناصر مشترک آن‌ها می‌تواند راهکاری نوین برای طراحی درمان‌های یکپارچه و مؤثرتر باشد؛ موضوعی که در مطالعه (Yari et al., 2020) نیز مورد اشاره قرار گرفت و نشان داد که ترکیب MBCT و درمان شناختی-هیجانی منجر به اثربخشی بیشتر بر تصویر بدنی و درهم‌تنیدگی شناختی شده است.

در یک جمع‌بندی کلی، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مختلفی هم‌راستا است؛ از جمله با مطالعات (Shirazi et al., 2023)، (Hernando et al., 2019)، (Egan et al., 2020)، و (Lafrance Robinson et al., 2016) که بر نقش ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار فکری و بهبود تصویر بدنی تأکید کرده‌اند، و همچنین با مطالعات (Asmari Bardezard et al., 2021) و (Asmaribardezard et al., 2018) که اثربخشی درمان هیجان‌مدار را در بهبود تنظیم هیجانی و کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی مرتبط با پرخوری هیجانی مورد تأیید قرار داده‌اند. این

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافع وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و

قدردانی می گردد.

References

- Anorexia Bulimia and Obesity, 26(5), 1521-1527.
<https://doi.org/10.1007/s40519-020-00969-6>
- Hernando, A. M. A., Pallás, R., Cebolla, A., García-Campayo, J., Hoogendoorn, C. J., & Delgado, J. F. R. (2019). Mindfulness, Rumination, and Coping Skills in Young Women With Eating Disorders: A Comparative Study With Healthy Controls. *PLoS One*, 14(3), e0213985.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213985>
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating behaviors*, 15(2), 197-204.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
- Kavousi, L., Abbasi, G., & Mirzaian, B. (2021). The effectiveness of Compassion- Focused Therapy on Psychological Distress, Self-Concept, and Social Support for People with Binge Eating Disorder [Research]. *Journal of nursing education*, 9(3), 50-62. <http://ijpn.ir/article-1-1758-en.html>
- Keng, S. L., & Ang, Q. (2019). Effects of mindfulness on negative affect, body dissatisfaction, and disordered eating urges. *Mindfulness*, 10(9), 1779-1791.
<https://doi.org/10.1007/s12671-019-01146-2>
- Khoshkerdar, P., & Raeisi, Z. (2020). The Effect of Mindfulness-based Stress Reduction on Body Image Concerns of Adolescent Girls With Dysfunctional Eating Attitudes. *Australian Journal of Psychology*, 72(1), 11-19.
<https://doi.org/10.1111/ajpy.12265>
- Lafrance Robinson, A., Dolhanty, J., Stillar, A., Henderson, K., & Mayman, S. (2016). Emotion-Focused Family Therapy for Eating Disorders Across the Lifespan: A Pilot Study of a 2-Day Transdiagnostic Intervention for Parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 14-23.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1933>
- Mason, A. E., Epel, E. S., Kristeller, J., Moran, P. J., Dallman, M., Lustig, R. H., Acree, M., Bacchetti, P., Laraia, B. A., Hecht, F. M., & Daubenmier, J. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the SHINE randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(2), 201-213. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9692-8>
- Narimani, F., & Heydari, S. (2024). Explaining the Causal Relationship Between Mindfulness and Body Image in Adolescents: The Mediating Role of Coping Strategies. *Psychological Growth*, 13(5), 209-218.
<https://frooyesh.ir/article-1-5067-fa.html>
- Norouzi Dashtaki, M., Pour Ebrahim, T., Habibi, M., & Imami, S. (2024). Investigating the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Sexual Satisfaction and Body Image in Women with Substance Use Disorders. *Quarterly Journal of Applied Psychology*, 18(1), 9-35.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=20084331&AN=176028962&h=q%2FJeNifeHaHjUnvJMGtVP4X6N3TrQdCWJTjtBO1z10sxRpldgGQxLyHgNbUi%2FIBTV6%2F7j1JULHq3z88byjc8djc%3D%3D&crl=c>
- Pehlivan, M., & Eyi, S. (2024). The Impact of Mindfulness-Based Meditation and Yoga on Stress, Body Image, Self-Esteem, and Sexual Adjustment in Breast Cancer Patients Undergoing Modified Radical Mastectomy. *Cancer Nursing*, 48(3), 190-199. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001427>
- Asmari Bardezard, Y., Khanjani, S., Mousavi Asl, E., & Dolatshahi, B. (2021). Effect of Emotion-focused Therapy on Anxiety, Depression and Difficulty in Emotion Regulation in Women With Binge Eating Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27(1), 2-15.
<https://doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.3246.1>
- Asmaribardezard, Y., Mohamadaminzade, D., & Hosiesabet, F. (2018). Effectiveness of Emotion-focused Therapy on Depression and Anxiety in Women with Binge Eating Disorder referring to Sina Hospital in 1396. *Navid No*, 21(65), 11-22.
<https://doi.org/10.22038/nnj.2018.29485.1119>
- Babakhanlou, A. (2023). Presenting Structural Model of Emotional Eating in People with Obesity based on Self-Regulation with the Mediating Role of Emotional Processing. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 2(2), 30-40. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2023.185859>
- Egan, H., Keyte, R., Nash, E. F., Barrett, J., Regan, A., & Mantzios, M. (2020). Mindfulness Moderates the Relationship Between Emotional Eating and Body Mass Index in a Sample of People With Cystic Fibrosis. *Eating and Weight Disorders - Studies on*

- Rezaei, M., Mohammad Khani, P., & Jafari Roshan, M. (2022). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Emotion-Based Therapy on Body Image Dissatisfaction in People with Eating Disorder Symptoms. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 17(3), 95-114. <https://www.magiran.com/paper/2381706>
- Rezai, M., Mohammadi Khani, P., & Jafari Roshan, M. (2021). A Comparative Study of the Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy and Emotion-Focused Therapy on Body Image Dissatisfaction in Individuals with Eating Disorder Symptoms. *Psychological studies*, 17(4), 95-114. <https://www.sid.ir/paper/409875/>
- Sala, M., Shankar Ram, S., Vanzhula, A., & Levinson, C. (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta analysis. *Eating Disorders*, 53(6), 834-851. <https://doi.org/10.1002/eat.23247>
- Sanatnama, M. (2017). *The Effectiveness of Emotion-Focused Couples Therapy on Emotion Regulation and Reducing Marital Burnout and Body Image of Women*
- Shirazi, F., Salehi, M., Hashemi Pour, F., & Karami, S. (2023). The Role of Emotional Cognitive Regulation, Mindfulness, and Cognitive Fusion in Predicting Body Image Concerns in Women Seeking Cosmetic Surgery. *Journal of Psychonursing*, 11(2), 53-63. <https://ijpn.ir/article-1-2113-fa.html>
- Silva, T. A. (2025). Mindfulness-Based Eating Solution (MBES) for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes in Nutrition Students During the COVID-19 Pandemic: A Randomised Clinical Trial. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 38(2). <https://doi.org/10.1111/jhn.70040>
- Vatanpanah, S., Khalatbari, J., Tayyebi, A., & Sabet, M. (2023). The effectiveness of compassion-focused therapy on emotional eating behavior, emotional dysregulation, perceived stress and rumination in women with chronic obesity. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 4(2), 115-128. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.7>
- Yari, M., Shafiabady, A., & Hasani, J. (2020). Comparing the efficacy of emotion-focused cognitive-behavioral therapy with mindfulness based cognitive therapy on body image and cognitive fusion in adolescent girls interested in cosmetic surgery [Research]. *Dermatology and Cosmetic*, 11(2), 107-118. <http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5459-en.html>
<http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5459-en.pdf>