

The Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy on Emotion Disorder in People with Bulimia Nervosa

Maria Shirkhanzadeh¹, Mohammad Hatammi^{2*}, Hassan Ahadi³, Gholamreza Sarami Foroshani⁴

1. Ph.D. Student in Health Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, United Arab Emirates Branch

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, United Arab Emirates Branch

4. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran

(Received: February 23, 2021; Accepted: June 26, 2022)

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy on emotion disorder in people with bulimia nervosa. The research method was quasi-experimental. The statistical population of the present study was all secondary school students in Kerman in District 2 of Education. The sample size of the present study according to the test power (0.80), effect size (0.50) and confidence level (0.05) was considered for each sample group of 15 people, which were initially in the form of multi-stage clusters. Selected from 4 high schools for girls. First, through the behavioral screening questionnaire of people who are suspected of overeating through the cut-off point; Was separated. Then, by conducting clinical interviews, 45 of them who had the final diagnosis of overeating disorder were selected and randomly assigned to three groups of 15 people. The research tool was a scale of difficulty in regulating emotion Graz and Roemer (2004). The experimental groups underwent cognitive-behavioral intervention and mindfulness-based cognitive therapy. Data analysis was performed after examining statistical assumptions by analysis of covariance. The results of the analysis showed that the intervention based on cognitive-behavioral intervention and mindfulness-based cognitive therapy were effective on the difficult dimensions of emotion regulation.

Keywords: Cognitive-behavioral – mindfulness, Emotion disorder, Nervous overeating.

* **Corresponding Author, Email:** Hatami513@gmail.com

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی - شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بی‌نظمی هیجان افراد مبتلا به پر خوری عصبی (مورد مطالعه: دانش آموزان متوسطه شهر کرمان)

ماریا شیرخانزاده^۱، محمد حاتمی^{۲*}، حسن احدی^۳، غلامرضا صرامی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد امارات متحده عربی
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشکده دانشگاه آزاد اسلامی، واحد امارات متحده عربی
۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

(تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۰۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۵)

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی - شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بی‌نظمی هیجان افراد مبتلا به پر خوری عصبی انجام شد. روش تحقیق نیمه‌تجربی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان متوسطه دوم شهر کرمان در ناحیه ۲ آموزش و پرورش بود. حجم نمونه پژوهشی حاضر با توجه به توان آزمون (۰/۸۰)، اندازه اثر (۰/۵۰) و سطح اطمینان (۰/۰۵) برای هر گروه نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که ابتدا به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای از ۴ دبیرستان دختران انتخاب شد. ابتدا از طریق پرسشنامه غربالگری رفتار پر خوری افرادی که از طریق نقطه برش مشکوک به رفتار پر خوری هستند؛ تفکیک شد. سپس، با انجام مصاحبه بالینی ۴۵ نفر از آن‌ها که تشخیص نهایی اختلال پر خوری را داشت، انتخاب شد و در سه گروه ۱۵ نفری به صورت گمارش تصادفی قرار گرفت. ابزار پژوهش مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر (۲۰۰۴) بود. گروه‌های آزمایش تحت مداخله شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها پس از بررسی مفروضه‌های آماری با روش تحلیل کوواریانس انجام گرفت. نتایج تحلیل نشان داد مداخله مبتنی مداخله شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی روی ابعاد دشواری تنظیم هیجان اثربخش بوده‌اند.

واژگان کلیدی: بی‌نظمی هیجان، پر خوری عصبی، شناختی - رفتاری - ذهن آگاهی.

مقدمه

اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع روانی / روان‌تنی به شمار می‌روند که مشکلات فراوانی در سلامت جسمانی و عملکرد روانی را باعث می‌شوند و همچنین، کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل و باعث مرگ و میر می‌شوند. اختلالات خوردن می‌توانند با تغییر الگوی غذایی و دریافت نامطلوب مواد مغذی باعث ایجاد اختلالات مرتبط با تغذیه شوند و سلامتی فرد را تهدید کنند (سیرا^۱، ۲۰۱۳). اختلالات خوردن، با رفتارهایی از جمله کاهش خوردن، روزه‌داری، زیاد خوردن و خوردن همراه با استفراغ و استفاده از داروهای ضد یبوست و ادرارآور مشخص می‌شود (جیانی، وایت و مشهد^۲، ۲۰۱۵). این اختلالات همچنین، می‌توانند منجر به سوء تغذیه، پوکی استخوان، آمنوره، بیماری‌های قلبی-عروقی و افسردگی شوند. اشکال بالینی این اختلالات بی‌اشتهایی روانی و پرخوری روانی است (هیلبرت و تاچن^۳، ۲۰۱۶). پرخوری عصبی شکلی از اختلالات خوردن است که در آن فرد بیش از اندازه لازم غذا می‌خورد. در این وضعیت بیماران اغلب وزن طبیعی خود را حفظ می‌کنند یا دچار چاقی می‌شوند. تحریف تصویر بدن در این بیماران کمتر از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی است. عوارض پرخوری اغلب اختلالات الکترولیتی، سوزش، خونریزی معده، اختلالات روده‌ای، فرسایش مینای دندان، کم‌شدن ضربان قلب، افت فشار خون و کاهش سرعت سوخت و ساز است (بساکنزاد، هومن و قاسمی‌نژاد، ۱۳۹۱).

عوامل متعددی روی اختلال خوردن تأثیرگذار هستند. گرچه علت دقیق اختلالات در خوردن ناشناخته است، اما به طور کلی، صاحب‌نظران معتقدند ترکیبی از اختلالات زیست‌شناختی، روانی یا محیطی به پیشرفت این بیماری کمک می‌کند. چاقی به عنوان یک اختلال خوردن؛ علاوه بر خطرات جسمانی که برای فرد ایجاد می‌کنند، بر سلامت روان نیز تأثیر می‌گذارند. داشتن وزن مناسب امروزه برای بسیاری از افراد به نوعی چالش تبدیل شده است. این چالش دغدغه افراد را برای رسیدن به اندامی زیبا و کاهش چاقی دوبرابر کرده است. چاقی می‌تواند بر بیماری‌های قلبی، کبد، دیابت، فشار

1. Cizza
2. Giani , White & Mashed
3. Hilbert, tachen

خون بالا و... تأثیرگذار باشد. اما موضوع مهم‌تر اینکه چاقی علاوه بر سلامت جسمانی بر خلق خو و سبک زندگی افراد نیز تأثیر می‌گذارد و این اثر می‌تواند دوجانبه باشد (غلامحسینی و همکاران، ۱۳۹۳). درمان دارویی اختلالات خوردن به عنوان یک بیماری پزشکی می‌تواند برای بسیاری از انواع خاص اختلالات در خوردن بسیار مؤثر باشد. اگرچه این بیماری قابل درمان است، اما علائم و عواقب آن می‌تواند مضر و مرگبار باشد، در صورتی که به‌درستی تشخیص داده نشود.

بسیاری از مردم ادعا دارند هنگام اضطراب، استرس یا ناراحتی بیشتر غذا می‌خورند و شواهد گویای آن است که فشار عصبی امکان دارد سبب شود فرد بیشتر غذا بخورد (نوریان، آقایی و قربانی، ۱۳۹۴). بر اساس نظریه انگیزتگی هیجانی نیز، پرخوری توسط انگیزتگی هیجانی به منظور کاهش سطح انگیزتگی رخ می‌دهد (خدابخشی و کیانی، ۱۳۹۳). انواع مختلفی از رفتارهای خوردن تشخیص داده شده‌اند که شامل خوردن کنترل‌نشده، خوردن هیجانی و خویشن‌داری در خوردن و هریک با علت‌شناسی خاص خودشان (منشاء گرفته از تئوری‌ها، برای مثال، تئوری بیرونی، تئوری روان‌تنی و تئوری خویشن‌داری) هستند. در آسیب‌شناسی روانی اختلالات خوردن، مشخص شده است که افرادی که اختلال خوردن دارند عدم تنظیم هیجانات بیشتری را نسبت به افراد سالم گزارش می‌کنند (سیمور، باکروید و اسکات^۱، ۲۰۰۶). همچنین، عدم تنظیم هیجانی پرخوری را در رفتارهای مختلف مانند محدودکردن غذا، ارزش‌گذاری به وزن، شکل و عواطف منفی توجیه می‌کند. همچنین، عدم تنظیم هیجانات با پرخوری رابطه قوی دارد به گونه‌ای که مصرف غذای زیاد شدت هیجانات را کم می‌کند (هیدالگو^۲، ۲۰۱۲).

کوتینهو و همکاران، بر اساس مطالعات پیشین عنوان می‌کنند که تنظیم هیجانی به مرحله‌ای اشاره دارد که افراد به واسطه آن بر هیجانات خود و اینکه آن‌ها چگونه هیجانان‌شان را بیان و تجربه می‌کنند، تأثیر می‌گذارد (بساکنژاد، هومن و قاسمی‌نژاد، ۱۳۹۱)، دشواری در تنظیم هیجانی باید نتیجه کمبود توانایی‌ها و قابلیت‌های تنظیم هیجانی باشد. مفهوم تنظیم هیجان، یک مفهوم گسترده شامل فرایندهای هشیار و ناهشیار روانی، فیزیولوژیکی و رفتاری پیچیده است (هیدالگو، ۲۰۱۲). تنظیم هیجان از طریق

1. Seamoore, Buckroyd & Stott

2. Hidalgo

افکار و شناخت، با زندگی افراد مرتبط بوده و به افراد در مدیریت یا تنظیم هیجان‌ها یا احساسات، همزمان یا بعد از رویدادهای استرس‌زا یا تهدیدکننده کمک می‌کند (صفرزاده و محمودی خورندی، ۱۳۹۴). اگر تنظیم احساسات دچار شکست شود، خودتنظیمی در دیگر زمینه‌ها، مانند کنترل روی رفتار خوردن نیز می‌تواند شکست بخورد؛ بنابراین، به نظر محتمل می‌رسد که مدل‌های توضیح رفتار خوردن مفرط در اختلال پرخوری و خوردن مفرط در چاقی، مربوط به شکست در خودتنظیمی به دلیل احساسات شدید باشد (هیلبرت و تاچن، ۲۰۱۶). رفتار خوردن، پدیده پیچیده‌ای است که در برگزیده وسعت و فراوانی دوره‌های خوردن و انتخاب غذاهای روزانه بوده و میزان دریافت انرژی کلی فرد را تعیین می‌کند و نتیجه عوامل محیطی، فیزیولوژیکی و روان‌شناختی است (سبزا، ۲۰۱۳). از این رو، درمانی می‌تواند در کاهش اختلالات خوردن مؤثر باشد که بتواند به فرد مبتلا در کنترل رفتاری و هیجانی‌اش کمک کند. نگاهی فراتحلیلی به درمان‌های به کاربرده شده برای درمان اختلالات خوردن در دهه اخیر نشان می‌دهد بیشترین پژوهش‌ها متمرکز بر دو درمان شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی بوده است. رویکرد شناختی رفتاری اختلالات خوردن بر تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر عواطف و رفتارهایی است و روی رفتار تمرکز دارد. درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا تحریفات شناختی خود را شناسایی کرده و شیوه‌های تفکری مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تری را جایگزین آن‌ها کند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)^۱ ترکیبی از تمرین‌های مدیتیشن، یوگا است که برای تسکین و درمان رنج انسان‌ها به خصوص رنج‌های هیجانی که مردم را برای ابتلا به مشکلات روان‌شناختی آماده می‌کند، پدید آمده است. ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حاضر و خالی از قضاوت است (کابات زین^۲، ۱۹۹۰). شلی^۳ (۲۰۰۳) بیان کرد ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر چه که اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (جواهری، ۱۳۸۵). شواهدی وجود

1. Mindfulness based Cognitive Therapy
2. Kabat Zinn
3. Shealy

دارد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور مستقیم در توانایی هیجانی افراد در کنترل نشخوار ذهنی (رامل^۱ و همکاران، ۲۰۰۴)، توجه متمرکز بر خود و واکنش پذیری عادت‌ی در بافت افکار منفی (گولدین^۲ و همکاران، ۲۰۰۹) تأثیر می‌گذارد. تمرین‌های ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا از افکار خود آیند، عادت‌ها و الگوهای هیجانی ناسالم رها شوند، از این رو، می‌تواند نقش مهمی در نظم‌بخشی هیجان ایفا کند. بنابراین، بهبود برخی راهبردهای نظم‌جویی هیجان با توجه به مکانیزم‌های اثرگذاری درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن بر این راهبردها قابل تبیین است. به نظر می‌رسد، این درمان از طریق افزایش خلق مثبت؛ مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی افراد را بهبود می‌دهد (اندرسون^۳، ۲۰۰۷). با توجه به آنچه مطرح شد پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا اثربخشی رفتار درمانی - شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی، چاقی و بی‌نظمی هیجان افراد مبتلا به پرخوری عصبی متفاوت خواهد بود؟

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر روش اجرا نیمه‌آزمایشی و در قالب طرح‌های پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر کرمان در ناحیه ۲ آموزش و پرورش بود که تعداد آن‌ها براساس آمار، ۲۷۵۴ نفر بود. حجم نمونه ابتدایی به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای از ۴ دبیرستان دختران انتخاب شد. ابتدا از طریق پرسشنامه غربالگری رفتار پرخوری افرادی که از طریق نقطه برش مشکوک به رفتار پرخوری هستند؛ تفکیک شد. سپس با انجام مصاحبه بالینی ۴۵ نفر از آن‌ها که تشخیص نهایی اختلال پرخوری را خواهند داشت، انتخاب شد و در سه گروه ۱۵ نفری به صورت گمارش تصادفی قرار گرفت.

پس از بررسی و انجام مصاحبه بالینی، مراجعان دارای ملاک‌های ورود به پژوهش مورد نظر مشخص و با غربالگری انتخاب شد که به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفر آمایش و ۱۵ نفر کنترل تقسیم می‌شوند. سپس، گروه آمایش به مدت ۸ به صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۷۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای تحت

-
1. Ramel
 2. Goldin
 3. Anderson

آموزش قرار خواهد گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمی‌کند و سپس، پس از آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا خواهد شد. همچنین، در پایان هر جلسه رویدادهای همزمان با آزمایش نیز علاوه بر به‌کارگیری گروه کنترل، به وسیله پرسش «آیا محتوایی شبیه اینکه در این جلسه دریافت کردید، از جای دیگری دیده یا شنیده‌اید؟» کنترل می‌شود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها به شرح زیر است:

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر: یک مقیاس ۳۶ گویه‌ای است که توسط گراتز و رومر، طراحی شده است و دارای یک نمره کلی و شش نمره اختصاصی در زیرمقیاس‌هایی است که مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجان شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست‌زدن به رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان است. نمره‌گذاری گویه‌ها در این مقیاس از طریق یک درجه‌بندی لیکرت پنج‌درجه‌ای صورت می‌گیرد که نمرات بالاتر، نشان‌دهنده دشواری‌های بیشتر در مقوله تنظیم هیجان است. گراتز و رومر پایایی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها بالای ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. روایی سازه و روایی پیش‌بین این مقیاس نیز تأیید شده است. عسگری و متینی (۱۳۹۹) پایایی نسخه فارسی این مقیاس را بر اساس آلفای کرونباخ و روش تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند و همبستگی این مقیاس با مقیاس هیجان‌خواهی ذاکرمن (۰/۸۰) نیز روایی همگرایی این مقیاس را تأیید کرده است.

مقیاس رفتار پرخوری (بولیمیا): توسط گورمالی و همکاران (۱۹۸۲) برای سنجش شدت پرخوری طراحی شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴ و بعد از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است. این مقیاس شامل ۱۴ گویه چهارگزینه‌ای و ۲ گویه سه‌گزینه‌ای بوده است. که دامنه آن از خیلی موافق نمره ۴ تا کاملاً مخالف نمره صفر گسترده است. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۴۶ است که کسب نمره ۱۶ و بالاتر وجود اختلال پرخوری یا (بولیمیا) را نشان می‌دهد. فرم ایرانی این مقیاس توسط مولودی و همکاران (۱۳۸۹) روی ۶۰ آزمودنی اجرا شد که حساسیت آن ۰/۸۵ درصد و اعتبار آزمون بازآزمون ۰/۷۲ محاسبه شد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز (۱۹۸۷): همچنین، برای آموزش مداخله‌های درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی ۸ جلسه و درمان شناختی رفتاری ۱۲ جلسه پروتکل‌های آموزشی استفاده شده است که در این قسمت هر یک از پروتکل‌های یادشده با استناد به جدول ارائه شده است.

خلاصه جلسات آموزش

دستورالعمل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای پرخوری

دستور عمل جلسه‌ها براساس راهنمای کتاب «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی» تنظیم شده است و شامل هشت جلسه آموزش گروهی است که هفته‌ای یکبار و به مدت دو ساعت طول می‌کشد. در آموزش بیماران یاد می‌گیرند که چگونه به طور متفاوتی با فکرها و احساس‌های خودشان در مورد رفتارهای خوردن رابطه برقرار کنند و روی تغییر محتوای باورها و فکرها و احساس‌های خودشان در مورد رفتارهای خوردن خودآیند، عادت‌ها، نشخوارهای ذهنی، فکرها و احساس‌های منفی را چگونه تغییر دهند و نسبت به آن‌ها آگاه باشند و در چشم‌انداز وسیع‌تری، افکار و احساس‌ها را ببینند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲).

اهداف جلسه‌ها به شرح زیر بود:

۱. آگاهی بیشتر به احساس‌ها، فکرها و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه.
۲. توجه به احساس‌ها و فکرها و گسترش آن‌ها و پذیرش فکرها و احساس‌های ناخوشایند.
۳. مهارت‌های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند از پرخوری.
۴. جلوگیری از ایجاد تثبیت فکرای منفی نسبت به عادات خوردن.
۵. تغییر عادت‌های قدیمی فکرکردن، مانند شناخت امور روزمره خودکار-بی‌انگیزه‌بودن در کارها- بی‌نتیجه دانستن کارها-فرار یا اجتناب یا موقعیت‌های سخت زندگی-آرزوی فوق‌العاده داشتن-مقایسه همیشگی وزن خود از وزن موجود و وزن دلخواه.
۶. آگاه‌شدن از علائم هشداردهنده پرخوری.
۷. آگاهی نسبت به تغییرهای کوچک وزن

موضوع جلسات اول تا چهارم:

الف) توضیح پیرامون اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون و بازکردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضا با کمک چند تکنیک و یادگرفتن انجام امور روزمره با توجه کردن به آنها.

ب) پی بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه بر بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس.

ج) آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مدیتیشن نشسته و انجام تمرین هایی که توجه را به لحظه حال می آورند.

د) یادگرفتن اینکه بدون فرار کردن و اجتناب از افراد در لحظه حاضر باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.

موضوع جلسات پنجم تا هشتم:

الف) آگاهی کامل نسبت به فکرها و احساسها و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.

ب) تغییر خلق و افکار از طریق دیدن افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت.

ج) هشیاری نسبت به نشانه های افسردگی و تنظیم برنامه برای روبه رویی احتمالی با نشانه های خوردن.

د) برنامه ریزی برای آینده و استفاده از تکنیک های حضور در لحظه حال برای ادامه زندگی و تعمیم آنها در کل جریان زندگی.

خلاصه جلسات مداخله درمان شناختی - رفتاری

جلسه اول: بیان رئوس کلی برنامه، توضیح اختلال و بیان اهداف.

جلسه دوم: جست و جوی علل شروع کننده رفتارهای پرخوری، بررسی پیامدهای پرخوری، توضیح سیکل معیوب پرخوری، برنامه ریزی وعده های غذایی و ارائه راهکارهایی برای تغییر و خوردن سالم.

جلسه سوم: توضیح درباره ارتباط افکار، احساس و رفتار، افکار اتوماتیک و سبک های ناکارآمد تفکر.

جلسه چهارم: ارزیابی افکار، به چالش کشیدن افکار ناکارآمد، بازسازی و تغییر افکار ناکارآمد و نشان دادن اثرات تفکر تجدید نظر شده.

جلسه پنجم: بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد و توضیح درباره اینکه چه طور پیامدها، خود در زنجیره رفتاری بزرگتر علت می شوند و استفاده از تغییر روشها برای شکستن این زنجیره ناکارآمد.

جلسه ششم: مدیریت تکانشها، آموزش و ارائه راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر، بال بردن خلق و افزایش رخدادهای خوشایند.

جلسه هفتم: توضیح تصویر تن، بیان ارتباط تصویر تن و پرخوری، تغییر افکار ناکارآمد درباره تصویر تن و ارائه راهکارهایی برای بهبود آن.

جلسه هشتم: بیان عزت نفس و اینکه افراد چگونه خود را تعریف می کنند، به چالش کشیدن صحت خود ارزیابی های منفی افراد و اصلاح نقاط ضعف آنها.

جلسه نهم: آموزش مدیریت استرس و حل مسئله.

جلسه دهم: آموزش جرأت ورزی.

جلسه یازدهم: مدیریت وزن، توضیح درباره اینکه وزن مناسب برای آنها چه مقدار است، آموزش تمرین های سالم و راهکارهایی برای ابقای وزن سالم.

جلسه دوازدهم: برنامه ریزی برای پیشگیری از عود، تمرین برای مواجهه با موقعیتها و غذاهای در معرض خطر و تقویت مثبت و دادن پاداش برای مواجهه مفید و در پایان بررسی پیشرفت کار، تأکید بر تمرین مکرر مهارت های آموخته شده و ایجاد یک سبک زندگی سالم.

یافته های پژوهش

جدول ۱ شاخص های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		کلموگروف	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	Zk.s	سطح معناداری
عدم پذیرش	کنترل	۱۲٫۲۴	۴٫۵۴	۱۱٫۹۷	۳٫۱۱	۰٫۹۳۹	۰٫۳۷۴
	MBCT	۱۳٫۵۴	۳٫۲۶	۱۱٫۰۲	۳٫۹۲	۰٫۹۵۵	۰٫۶۰۵
	CBT	۱۲٫۵۹	۴٫۲۸	۱۰٫۱۴	۳٫۵۶	۰٫۸۹۲	۰٫۰۷۱
رفتار هدفمند	کنترل	۱۱٫۵۴	۳٫۶۵	۱۲٫۲۰	۳٫۴۷	۰٫۸۲۸	۰٫۰۹۰
	MBCT	۱۲٫۲۷	۳٫۵۶	۹٫۵۷	۴٫۶۵	۰٫۹۷۲	۰٫۸۸۴
	CBT	۱۲٫۰۵	۴٫۴۷	۱۰٫۶۴	۳٫۲۹	۰٫۹۰۱	۰٫۰۹۹
کنترل تکانه	کنترل	۱۴٫۵۵	۳٫۵۶	۱۳٫۴۷	۳٫۲۴	۰٫۸۶۲	۰٫۰۵۶
	MBCT	۱۴٫۶۷	۴٫۵۷	۱۲٫۵۰	۴٫۵۹	۰٫۹۵۸	۰٫۶۶۵
	CBT	۱۵٫۹۸	۳٫۴۵	۱۱٫۹۷	۳٫۰۸	۰٫۹۳۴	۰٫۳۱۶
فقدان آگاهی	کنترل	۱۵٫۶۵	۴٫۲۵	۱۱٫۵۴	۳٫۶۴	۰٫۹۳۹	۰٫۶۳۷
	MBCT	۱۴٫۴۴	۳٫۶۴	۱۲٫۶۴	۳٫۲۸	۰٫۹۶۳	۰٫۷۴۵
	CBT	۱۵٫۵۶	۴٫۴۹	۱۲٫۴۵	۳٫۶۴	۰٫۹۳۴	۰٫۳۱۴
دسترسی محدود	کنترل	۱۲٫۲۷	۳٫۵۵	۱۳٫۸۹	۴٫۲۷	۰٫۹۱۷	۰٫۱۷۵
	MBCT	۱۱٫۸۹	۳٫۶۷	۱۱٫۲۴	۳٫۰۷	۰٫۸۸۳	۰٫۰۵۴
	CBT	۱۲٫۰۶	۳٫۴۶	۱۰٫۶۷	۳٫۸۹	۰٫۹۷۹	۰٫۹۶۴
فقدان شفافیت	کنترل	۱۱٫۳۷	۴٫۱۱	۱۱٫۵۰	۳٫۷۷	۰٫۹۷۵	۰٫۹۲۴
	MBCT	۱۲٫۵۵	۴٫۲۲	۱۰٫۲۰	۳٫۹۲	۰٫۹۶۴	۰٫۷۶۴
	CBT	۱۲٫۹۴	۳٫۵۷	۹٫۹۷	۳٫۰۴	۰٫۹۳۶	۰٫۳۳۴

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱، با توجه به اینکه احتمال آماره کالموگروف - اسمیرنوف کوچکتر یا مساوی مقدار ۰٫۰۵ است؛ بنابراین، توزیع متغیرهای مندرج در جدول ۱ با توزیع نرمال متفاوت نبوده؛ فرض نرمال بودن توزیع برقرار است.

قبل از تحلیل مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور مفروضه‌های

اصلی تحلیل کوواریانس بررسی شدند. نتایج محاسبه همبستگی بین پیش‌آزمون (متغیر کوواریانس) و پس‌آزمون (متغیر وابسته) در متغیرهای مورد بیان‌کننده وجود رابطه خطی بین آن‌ها بود (مفروضه خطی بودن رابطه) و محاسبه همبستگی بین پیش‌آزمون‌های متغیرهای مورد بررسی نیز نشان‌دهنده رابطه غیر معنادار بین آن‌ها بود (مفروضه عدم همخطی چندگانه). برای بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون لوین و برای بررسی مفروضه شیب‌های رگرسیونی اثرات بین آزمودنی در تعامل گروه * پس‌آزمون استفاده شد. نتایج در جدول ۲ ارائه شده است. همانگونه که نتایج آزمون لوین در پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته نشان می‌دهد سطح معناداری در تمامی متغیرها بالاتر از سطح سنجش ($P > 0.05$) است. همچنین، نتایج بررسی مفروضه شیب‌های رگرسیونی نیز نشان می‌دهد سطح معناداری به دست آمده ($P > 0.05$) بیان‌کننده برقراری مفروضه شیب‌های رگرسیونی در دو گروه است.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین و اثرات بین آزمودنی برای بررسی مفروضه‌ها

مفروضه همگنی واریانس‌ها		مفروضه شیب‌های رگرسیونی		گروه
آزمون لوین		تعامل گروه * پیش‌آزمون		
شاخص	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری
دشواری در عدم پذیرش	۰/۴۰	۰/۶۷	۰/۹۶	۰/۰۴
دشواری در رفتار هدفمند	۰/۶۰	۰/۵۴	۰/۶۲	۰/۴۹
کنترل تکانه	۱/۲۰	۰/۳۲	۰/۸۴	۰/۱۷
فقدان آگاهی	۰/۴۲	۰/۵۴	۰/۲۹	۱/۲۵
دسترسی محدود	۱/۱۵	۰/۸۵	۰/۴۲	۰/۸۸
فقدان شفافیت	۰/۵۹	۰/۵۵	۰/۲۷	۱/۳۴

همانگونه که نتایج بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل کوواریانس نشان داد، شرایط داده‌ها اجازه اجرای تحلیل کوواریانس را می‌دهد. برای این منظور یک تحلیل کوواریانس چندمتغیره روی ابعاد تنظیم هیجانی در پس‌آزمون (جدول ۳) اجرا شد. نتایج در هر دو تحلیل کوواریانس نشان داد تحلیل کوواریانس چندمتغیره معنادار است. به عبارتی، اثر مداخله آموزشی باعث تفاوت میانگین گروه‌های

آزمایش و کنترل در پس آزمون شده است. جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه در ابعاد دشواری تنظیم هیجانی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه در ابعاد

دشواری تنظیم هیجانی

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰,۷۶	۳,۲۸	۱۲	۶۴	۰,۰۱
	لمبدای ویلکز	۰,۳۵	۳,۴۴	۱۲	۶۲	۰,۰۱
	اثر هتلینگ	۱,۴۵	۳,۶۴	۱۲	۶۰	۰,۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱,۱۷	۶,۲۵	۶	۳۲	۰,۰۱

همانگونه که نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (جدول ۳) نشان داد؛ بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یکراره در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس یکراره در متن مانکوا را برای مقایسه پس آزمون هر متغیر با کنترل پیش آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یکراره در متن مانکوا برای مقایسه پس آزمون متغیرها در گروه‌های آزمایش و کنترل

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
(گروه) مداخله	۵۷۵,۵۰	۲	۲۸۷,۷۵	۱۳,۲۰	۰,۰۱	۰,۴۲
	۹۲,۴۷	۲	۴۶,۷۴	۴,۸۷	۰,۰۱	۰,۲۰
	۶۳,۳۶	۲	۳۱,۶۴	۴,۶۰	۰,۰۱	۰,۲۰
	۱۶,۹۳	۲	۸,۴۶	۰,۹۴	۰,۴۰	۰,۰۵
	۷۸,۲۶	۲	۴۳,۶۴	۲,۹۶	۰,۰۶	۰,۱۴
	۱۳,۱۲	۲	۶,۵۷	۰,۳۲	۰,۷۴	۰,۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متغیرهای مورد بررسی نشان می‌دهد اثر گروه (مداخله آزمایشی) روی پس‌آزمون راهبردهای منفی با مقدار ($F=6/88$)، روی پس‌آزمون راهبردهای مثبت با مقدار ($F=19/45$) در سطح ($P < 0/05$) معنادار است. به طور کلی، با توجه به نتایج می‌توان گفت اثر مداخله باعث بهبود نظم هیجانی کودکان شده است. همچنین، براساس اندازه اثر، تأثیرگذاری مداخله روی راهبردهای منفی ($0/19$) و راهبردهای مثبت ($0/41$) بوده است. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه تأثیر مداخله‌ها روی متغیرهای وابسته در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه تأثیر مداخله‌ها روی متغیرهای وابسته

متغیر	گروه	مقایسه	میانگین تفاوت	خطای استاندارد	سطح معناداری
دشواری در عدم پذیرش	CONTROL	MBCT	۰/۹۲	۱/۸۲	۰/۶۱
		BCT	۸/۶۲	۱/۸۷	۰/۰۱
	MBCT	BCT	۷/۶۸	۱/۷۸	۰/۰۱
دشواری در رفتار هدفمند	CONTROL	MBCT	-۱/۶۱	۱/۲۴	۰/۲۰
		BCT	۲/۱۹	۱/۲۸	۰/۰۹
	MBCT	BCT	۳/۸۲	۱/۲۲	۰/۰۱
کنترل تکانه	CONTROL	MBCT	-۰/۸۴	۱/۰۲	۰/۴۱
		BCT	۲/۱۴	۱/۰۵	۰/۰۵
	MBCT	BCT	۲/۹۸	۱/۰۰	۰/۰۱
فقدان آگاهی	CONTROL	MBCT	۱/۴۸	۱/۱۷	۰/۲۱
		BCT	۰/۲۷	۱/۲۰	۰/۸۲
	MBCT	BCT	-۱/۲۱	۱/۱۴	۰/۲۹
دسترسی محدود	CONTROL	MBCT	۱/۸۷	۱/۵۰	۰/۲۲
		BCT	-۱/۷۰	۱/۵۴	۰/۲۷
	MBCT	BCT	-۳/۵۷	۱/۴۷	۰/۰۲
فقدان شفافیت	CONTROL	MBCT	-۰/۸۸	۱/۷۹	۰/۶۲
		BCT	۰/۴۸	۱/۸۴	۰/۷۹
	MBCT	BCT	۱/۳۷	۱/۷۵	۰/۴۴

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل نشان داد بین گروه‌های مداخله و مقایسه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (ابعاد دشواری تنظیم هیجان) تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج نشان داد تحلیل کوواریانس در ابعاد دشواری تنظیم شناختی هیجان معنادار است. با توجه به نتیجه، می‌توان گفت در گروه مداخله تغییر معناداری در بهبود راهبردهای دشواری تنظیم شناختی هیجان در پس‌آزمون نسبت به گروه‌های آزمایش تحت تأثیر مداخله به وجود آمده است. فورمن و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان دادند درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای افراد چاقی که در پاسخ‌گویی به افکار و احساسات خود اقدام به خوردن می‌کنند، مؤثر است. پژوهش وینلند و همکاران (۲۰۱۲)، نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خوردن هیجانی را در افراد چاقی که جراحی چاقی انجام داده‌اند، کاهش می‌دهد. پیرسون و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رفتارهای خوردن را در زنان دارای نگرانی تصویر بدنی، کاهش می‌دهد. تمامی این پژوهش‌ها با تأکید بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خوردن هیجانی با یافته‌های این پژوهش همسو است. همچنین، یافته‌های این پژوهش با پژوهش دالن و همکاران (۲۰۱۰) که نشان داد، مداخله ذهن‌آگاهی متمرکز بر خوردن اثر معنادار بر بهبود رفتارهای خوردن دارد و پژوهش کریستلر و همکاران (۲۰۱۱)، که نشان دادند آموزش آگاهانه خوردن مبتنی بر ذهن‌آگاهی، دوره‌های پرخوری را کاهش می‌دهد و پژوهش کاترمن و همکاران (۲۰۱۴) که نشان داد مدیتیشن ذهن‌آگاهانه پرخوری و خوردن هیجانی را در افراد درگیر با این رفتارها کاهش می‌دهد و به کاهش وزن منجر می‌شود، همخوان است. در رفتار خوردن مؤلفه پذیرش بدون قضاوت و دفاع، بسیار مهم است. در سطوح بالای پذیرش، افراد متوجه برانگیختگی‌های روانی (افکار و احساسات) خود می‌شوند، بدون آنکه تلاشی برای مهار آن انجام دهند یا از آن اجتناب کنند. همین موضوع باعث می‌شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آن‌ها (خوردن)، کاهش یابد. در سطوح پایین پذیرش، فردی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، درگیر راهبردهای کنترلی به منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و

احساساتش می‌شود. مانند فردی که برای تسکین عاطفی به خوردن روی می‌آورد. این راهبردهای کنترلی به تخریب رفتاری و عملکردی فرد منجر می‌شود. در درمان مبتنی بر شناخت درمانی شرکت‌کنندگان به اعلام تعهد خود و گام برداشتن در مسیر تغییر باورهای غلط تشویق می‌شوند و این شامل اقدامات رفتاری، حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی می‌شود. در این درمان هر عملی با عملکرد آن در ذهن مقایسه و تحلیل می‌شود (هیز^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). برای مثال از مراجع خواسته می‌شود، هنگامی که میل شدید به خوردن احساس می‌کند از خودش سؤال کند آیا این میل در راستای گرسنگی و نیاز بدن او به خوردن و ارزش سلامتی است، یا در راستای افکار، امیال، هیجانات و با علایم بدنی او است؟ از مراجع خواسته می‌شود در راستای ارزش سلامتی به خوردن سالم بپردازد و نه برای اجتناب از هیجان‌ها. درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی فرد را با تشویق به پذیرش آگاهانه، کاهش زبان کلامی و اشاره مستقیم به نتایج اجتناب زیاد، کاهش می‌دهد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). بنابراین، می‌توان گفت که افکار و احساسات و امیالی که بر اثر اجتناب و بازداری قوت گرفته بودند، پس از آنکه مورد پذیرش آگاهانه قرار می‌گیرند، فراخوانی آن‌ها کمتر خواهد شد. ولی آنچه باید بیان شود، این است که این فرایند به مرور زمان ایجاد می‌شود. این پژوهش مانند با محدودیت‌هایی از جمله نمونه‌گیری در دسترس و بررسی نکردن برخی متغیرهای مداخله‌گر اشاره کرد، بنابراین، در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. نمونه‌های این پژوهش شامل مردان دارای پرخوری در شهر کرمان بود. بنابراین، در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پژوهش‌هایی با آزمودنی‌های زنان و مردان انجام شود و اثربخشی درمان‌ها در هر دو گروه جنسیتی مقایسه شود.

منابع

- بساکن نژاد، سودابه، هومن، فرزانه، و قاسمی نژاد، محمدعلی (۱۳۹۱). رابطه بین سبک‌های مقابله اجتناب شناختی رفتاری و اختلال خوردن در دانشجویان دانشگاه. *اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۲)، ۳۷-۴۹.
- جواهری، مژگان (۱۳۸۵). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت گروهی در کاهش شدت درد و پریشانی‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به درد مزمن. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۷(۴)، ۱۰۴-۹۲.
- خدابخش، محمدرضا، و کیانی، فریبا (۱۳۹۳). نقش علائم افسردگی و ناگویی خلقی در پیش‌بینی رفتارهای خوردن آشفته در دانشجویان دختر. *سلامت جامعه*، ۸(۴)، ۲۷-۳۶.
- صفرزاده، سمیه، و محمودی خوردنی، زینب (۱۳۹۴). بررسی اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله شهرستان گناباد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴، ۴۰۴-۳۹۳.
- عسگری، محمد، و متینی، اعظم (۱۳۹۹). تأثیر آموزش تنظیم هیجان به روش گراس بر تکانشگری دانشجویان سیگاری. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی (فرهنگ مشاوره)*، ۱۱(۴۲)، ۲۳۰-۲۰۵.
- غلامحسینی، محمد، و ولی‌زاده، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی نشانه‌های افسردگی و تصویر بدن نامطلوب در زنان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی*.
- مولودی، رضا، دژکام، محمود، موتابی، فرشته، و امیدوار، نسرين (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری. *علوم رفتاری*، ۱۱۴-۱۰۹(۲).
- نوریان، لیلی، و آقایی، اصغر، و قربانی، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوردن هیجانی در زنان چاق. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۲)، ۲۳-۱۵.
- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(6), 449-463.

- Ayala, E. E., Winseman, J. S., Johnsen, R. D., Mason, H. R. C. (2018). U.S. medical students who engage in self-care report less stress and higher quality of life. *BMC Med Educ*, 18(1), 189.
- Cizza, G. (2013). Evening phenotype is associated with changes in eating behavior, more sleep apnea, and increased stress hormones in short sleeping obese individuals. *PloS one*, 8(4), 122-137.
- Creastler, A., Theuninck, A., Frederickson, J., & Job, R. (2011). Mechanisms of social emotion regulation: From neuroscience to psychotherapy. *Emotion Regulation: Processes, Cognitive Effects and Social Consequences*, 57-84.
- Dalean, B. C., Jimerson, M., Haxton, C., Jimerson, D. C. (2010). Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician*, 1, 91(1), 46-52.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cogn Behav Pract*, 16(2), 223-235.
- Gianni, L. M., White, M. A., & Mashed, R. M. (2015). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eat Behave*, 14, 309-313.
- Goldin, P. R., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T., & Gross, J. J. (2009). Neural bases of social anxiety disorder: emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Arch Gen Psychiatry*, 66(2), 170-18.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J., (1999). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hidalgo, M. P. (2012). Night eating patterns and phenotypes: A correlation with binge eating behaviors. *Psychiatry Research*, 200(2), 489-493.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2016). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 40(8), 521-530.
- Kabat-Zinn, J. (1990). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Katterman, S. N., & Goldstein, S. P. (2014). Efficacy of an acceptance-based behavioral intervention for weight gain prevention in young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 45-50.
- Pearson, E. M., et al. (2012). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on negative spontaneous and self-injurious thoughts in a heterogeneous eating disorder sample. *Compr Psychiatry*, 73, 143-150.
- Ramel, W., Goldin, Ph. R., Carmona, P. E., & McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 433-455.
- Schli, B. (2003). The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. *Behav Res Ther*, 47(7), 628-635.

- Segal, Z. V., Bishop, S. R., Anderson, N. D., Lau, M. A. (2002). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(6), 449-463.
- Windland, T. A., Sternberg, J. A., Letizia, K. A., Stunkard, A. J., & Foster, G. D. (2012). Treatment of obesity by very low-calorie diet, behaviour therapy, and their combination: A five year perspective. *Obesity*, 13(2), 39-46.