Review

Acceptance and Commitment therapy and Eating Disorders : A Theoretical and Research Review

Rahim Bagherzadeh ledari[1], Seyed Hamzeh Hosseini[2*], Ali Akbar Foroughi[3], Mohammad Farhoush[4*]

1.Assistan Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
2. Psychiatric and Behavioral Sciences Research Center , Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
3. Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
4.PhD student of psychology, Department of psychology, Semnan university, Mahdishahr Semnan, Iran
*. Corresponding Author: E-mail: Rbagherzadehledari@gmail.com

(Received 22 August 2020; Accepted 21 November 2020)

Abstract

Eating disorders are one of the most challenging disorders to treat, especially in patients who suffer from these disorders for a long time. Despite experimental supportive therapies for anorexia, symptom improvement occurs in only less than 50% of patients seeking treatment. There is also no empirically supported treatment for anorexia nervosa. Acceptance and commitment therapy, which is part of cognitive-behavioral therapies, emphasizes accepting these experiences and changing one's behaviors instead of changing one's inner experiences. The basic premise of this treatment is that these painful internal experiences are unchangeable, but the patient's response to these experiences can be changed by creating psychological flexibility. The purpose of this study is to review the studies that examined the effectiveness of acceptance and commitment therapy in eating disorders or obesity in Iran. These studies were selected by searching sites (SID and Iran Medex).

Keywords: Acceptance and commitment therapy, eating disorder, Feeding disorder, Obesity.

ClinExc 2020;10(24-32) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

درمان پذیرش و تعهد در اختلالات خوردن: مرور نظری و پژوهشی

رحیم باقرزاده لداری[۱]، سید حمزه حسینی[۲*]، علی اکبر فروغی[۳]، محمد فرهوش[۴]

چکیده

اختلالات خوردن جزء پرچالش‌ترین اختلالات برای درمان، به‌ویژه در بیمارانی که برای مدت طولانی از این اختلالات رنج می‌برند می‌باشند. علی‌رغم وجود درمان‌های با حمایت تجربی برای اختلال پراشتهایی عصبی، بهبودی علائم فقط در کمتر از ۵۰ درصد بیمارانی که در جستجوی درمان هستند اتفاق می‌افتد. درمورد اختلال بی‌اشتهایی عصبی نیز هیچ درمانی وجود ندارد که از حمایت تجربی برخوردار باشد. درمان پذیرش و تعهد که جزئی از درمان‌های شناختی-رفتاری به‌حساب می‌آید به‌جای تغییر تجارب درونی بر پذیرش این تجارب و تغییر رفتارهای فرد تأکید می‌کند. فرض اساس در این درمان این است که این تجارب دردناک درونی غیرقابل‌تغییر می‌باشد، اما نوع واکنش بیمار را نسبت به این تجارب می‌توان با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تغییر داد. هدف از این مطالعه مرور پژوهش‌هایی است که کارائی درمان پذیرش و تعهد را در اختلالات خوردن و یا چاقی در ایران مورد بررسی قرار دادند. این پژوهش‌ها با جستجو در سایت‌های Sid و Noor mages, Iran Medex انتخاب شدند.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، اختلالات تغذیه، اختلال خوردن، چاقی.

مقدمه

بیشتر از ۱۳ درصد زنان جوان و نیز تعداد رو به تزایدی از مردان در کشورهای غربی دارای اختلال خوردن مطابق ملاک‌های DSM-IV هستند. شروع زودرس، تاریخچه خانوادگی، تأثیر همسالان، مفاهیم مربوط به تصویر بدنی ایده‌آل و عوامل فرهنگی همگی در شکل‌گیری این اختلال نقش دارند. اختلالات خوردن با افزایش استرس، ناتوانی در عملکرد، مشکلات مرتبط با سلامتی جسمی و حتی مرگ ارتباط دارند(۱). به‌عنوان‌مثال، بیست درصد از بیماران آنورکسیا که در یک دوره زمانی کافی مورد پیگیری قرار گرفتند در اثر این اختلال می‌میرند، و مرگ بیش از پنج درصد این بیماران در طی ۱۰ سال رخ می‌دهد. درحقیقت بالاترین نرخ مرگ‌ومیر در بین تمام اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی مربوط به این اختلال می‌باشد(۲). همچنین ۳۰-۲۰ درصد مرگ‌های مرتبط با آنورکسیا به‌صورت خودکشی هستند(۳). اختلالات خوردن جزء پرچالش‌ترین اختلالات برای درمان، به‌ویژه در بیمارانی که برای مدت طولانی از این اختلالات رنج می‌برند می‌باشند. متأسفانه کمتر از یک‌سوم مبتلایان تحت درمان قرار می‌گیرند(۱).

۱. استادیار روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری ، ایران.
۲. استاد روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری ، پژوهشکده اعتیاد ، دانشگاه علوم پزشکی مازندران ، ساری ، ایران.
۳. استاد بار روانشناسی بالینی گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه ، ایران.
۴. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی ، دانشگاه سمنان، مهدیشهر سمنان، ایران
* نویسنده مسئول: ساری، مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری Email: Rbagherzadehledari@gmail.com
تاریخ دریافت:۱۳۹۹/۶/۲۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۹/۸/۲۸ تاریخ پذیرش:۱۳۹۹/۹/۱۰

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

در یک مطالعه شیوع شناسی که در میان دختران ۱۸-۱۵ سال در ایران صورت گرفت(نمونه ۳۱۰۰ نفری)، نتایج حاکی از شیوع ۰/۹ درصد برای انورکسیا و ۳/۲ درصد برای بولیمیا بود(۴). هوک و هوکن در یک مطالعه مروری که بر روی شیوع و بروز اختلال‌های خوردن انجام دادند، شیوع ۰/۳ درصد را برای آنورکسیا و یک درصد را برای بولیمیا گزارش کردند(۵).

و علی‌رغم وجود درمان‌های با حمایت تجربی برای اختلال پراشتهایی عصبی، بهبودی علائم فقط در کمتر از ۵۰ درصد بیمارانی که در جستجوی درمان هستند اتفاق می‌افتد. در مورد اختلال بی‌اشتهایی عصبی نیز هیچ درمانی وجود ندارد که از حمایت تجربی برخوردار باشد. کاهش انگیزه برای درمان به‌عنوان تبیینی برای کارآمدی محدود درمان‌های موجود مطرح گردیده است. چون اختلالات خوردن قابل‌قبول برای خود بوده و مبتلایان به این اختلالات تمایلی برای درگیرشدن در درمان و اصلاح محتوای تفکرشان که گاهی اوقات درست هم می‌باشد(اندام من خوب نیست) ندارند(۶).

مقالات مروری متعددی کارائی انواع درمان شناختی_رفتاری را در طیفی از اختلالات خوردن در کوتاه‌مدت و بلندمدت نشان داده است(۷). از هشت راهنماهای بالینی که درمان‌های روان‌شناختی را برای اختلالات خوردن توصیه کردند، همگی درمان شناختی_رفتاری را برای بولیمیا نروزا و اختلال پرخوری و ۶ راهنما هم این درمان را برای آنورکسیا نروزا پیشنهاد دادند. همچنین چهار راهنمای بالینی درمان بین فردی را برای بولیمیا نروزا و اختلال پرخوری پیشنهاد کردند و در دو راهنما این درمان برای آنورکسیا نروزا نیز پیشنهاد شده است(۸).

رویکرد شناختی_رفتاری بیش از رویکرد دیگری در درمان اختلالات خوردن مورد پژوهش قرار گرفته است. تمرکز این رویکرد بر اصلاح افکار و فرض‌های ناکارآمد بیماران در مورد شکل، اندازه و کنترل وزن بوده است.

فربرن و همکاران بر اساس مفهوم‌سازی‌های اولیه، مدل فرا تشخیصی از اختلالات خوردن را مطرح کردند که مبتنی بر فرایندهای شناختی- رفتاری است که در همه اختلالات خوردن مشترک هستند. به جز افکار بیش بها داده شده در مورد شکل، اندازه و نیاز به کنترل، مدل فرا تشخیصی چهار آسیب دیگر شامل؛ عزت‌نفس پایین، کمال‌گرایی، مشکلات بین فردی و عدم تحمل خلق پایین را نیز در تداوم اختلال سهیم می‌داند. بر پایه این مدل درمان شناختی رفتاری تقویت شده طراحی گردید(۹).

علی‌رغم اثبات کارائی درمان شناختی_رفتاری در درمان اختلالات خوردن، پژوهش های کارآزمایی بالینی و مطالعاتی که سودمندی آن را در شرایط واقعی مورد بررسی قرار دادند، گزارش دادند که تقریبا" ۵۰ درصد بیماران بولیمیا نروزا در پایان درمان همچنان علائمی از اختلال را نشان می دادند. و در پیگیری نیز یک سوم بیماران همچنان واجد ملاک های تشخیصی بولیمیا نروزا بودند بودند. نتایج درمان شناختی رفتاری در آنورکسیا نروزا ناامید کننده تر بوده است(۹). البته درمان شناختی رفتاری تقویت‌شده منجر به بهبودی در اثر بخشی درمان شده است(۱۰).

به همین دلیل بعضی از صاحب‌نظران به‌کارگیری طیف گسترده‌تری از درمان‌های روان‌شناختی را مطرح کردند و درمان‌های موج سوم گزینه بالقوه دیگری برای اختلالات خوردن مطرح گردیده است(۱۱).

درمان‌های موج سوم علاوه بر این‌که عناصری از درمان موج دوم(درمان شناختی_رفتاری) مانند: خودپایی، مواجهه و جلوگیری از پاسخ را به کار می‌گیرند، از روش‌های دیگری مانند، پذیرش، ذهن آگاهی و جنبه‌های فراشناختی با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کنند. درحالی‌که درمان شناختی_رفتاری اصلاح محتوا و فرایندهای شناختی را به طور مستقیم هدف می‌گیرد، درمان‌های موج سوم بر کارکرد و آگاهی از این فرایندها تأکید می‌ورزند(۱۲). به‌عبارت‌دیگر درمان‌های موج سوم مبتنی بر روش‌های

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

تنظیم هیجان متمرکز بر پاسخ(راهبردهایی که ابراز و تجربه هیجان را تنظیم می‌کنند) هستند. اما درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر روش‌های تنظیم هیجان متمرکز بر پیشایند(راهبردهایی که مانع فعال‌شدن هیجان می‌شوند) می‌باشند. این‌که چه درمان‌هایی در مجموعه درمان موج سوم قرار می‌گیرند، تا حدودی اختلاف‌نظر وجود دارد. اما توافق کلی این است که درمان پذیرش و تعهد اکت، رفتار درمانی دیالکتیک، درمان مبتنی بر شفقت، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان تحلیل کارکردی، طرحواره درمانی و درمان فراشناختی همگی در زیر چتر درمان موج سوم قرار می گیرند(۷).

بر همین اساس، هدف مقاله حاضر مرور نظری یکی از درمان‌های موج سوم یعنی درمان پذیرش و تعهد، و مفهوم‌سازی اختلال خوردن بر اساس این درمان می‌باشد، همچنین تأثیر مطالعاتی که درمان پذیرش و تعهد را در اختلال آنورکسیا، بولیمیا و مشکلات خوردن مورد بررسی قرار دادند مرور می‌گردند.

مدل درمان پذیرش، تعهد و اختلال خوردن

عدم تحمل خلق اخیراً به‌عنوان عامل مهم در تظاهرات بالینی اختلالات خوردن از جنبه نظری و تجربی مورد حمایت قرار گرفته است(۱۳). عدم تحمل خلق به‌عنوان دلیل عمده رنج انسان در نظر گرفته می‌شود و یکی از موضوعات بنیادی در متون پذیرش و تعهد می‌باشد(۱۴). در مدلی که اکت از رنج انسان ارائه می‌دهد، مطرح می‌شود که افکار و احساسات دشوار، جنبه اجتناب‌ناپذیر زندگی انسان هستند، نه این‌که مشکلاتی باشند که باید از آنها خلاص شد. زندگی شامل رویدادهای دردناک است و تلاش برای اجتناب از درد، به‌جای ازبین‌بردن باعث گسترده شدن آن می‌شود(۱۵).

درمان پذیرش و تعهد راهبردهای کنترل ناموثر و نیز اجتناب هیجانی را که وجه مشخصه بیماران با اختلال خوردن است را هدف می‌گیرد. راهبردهای کنترل از نظر اکت ناموثر بوده و کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند. اجتناب تجربه‌ای اقدام برای کنترل تجارب درونی است و می‌تواند به شکل‌های متنوعی مانند، اجتناب رفتاری، حواس‌پرتی، کرخت کردن هیجانات(مصرف مواد) و اقدامات برای تغییر تجارب درونی(خودگویی و یا فرونشانی) انجام شود(۱۴).

هدف درمان اکت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند محوری است که در این مدل وجود دارد. این شش فرایند عبارت‌اند از: ناهمجوشی، پذیرش، تماس با لحظه حال، ارزش‌ها، اقدام متعهدانه و خود به‌عنوان چشم‌انداز. بعد از این که بیمار درک نماید که روش‌های کنترل درونی خودش یک مشکل است و نه یک راه‌حل، رابطه بین وقایع آزاردهنده درونی(افکار و هیجانات) و رفتارهای ناکارآمد می‌تواند تغییر کند. به‌عنوان‌مثال شخص این فکر را دارد، من چاق هستم، در نتیجه تغذیه خودش را برای اجتناب از احساس شرمندگی محدود می‌کند. نا هم‌جوشی رابطه بین فکر، احساس و رفتارش را تضعیف می‌کند. پذیرش و ذهن آگاهی افکار و احساسات در لحظه حال، توانایی انجام رفتارها بر اساس ارزش‌ها را ارتقا می‌دهد. شخص ممکن است همچنان افکار آزاردهنده‌ای که چاق است و احساس شرم را داشته باشد، اما رفتارش مطابق نه با این تجربیات درونی بلکه بر اساس ارزش‌هایش می‌باشد(۱۵).

روش بررسی

در این مطالعه مروری به‌منظور شناسایی مطالعاتی که در ایران از درمان پذیرش و تعهد به‌تنهایی و یا در کنار سایر مداخلات جهت اختلالات خوردن انجام گرفت، با جستجوی نویسنده اول مقاله و با استفاده از کلمات کلیدی: درمان پذیرش و تعهد و اختلال خوردن، بولیمیا، آنورکسیا، چاقی در پایگاه‌های فارسی، بانک اطلاعاتی مقالات پزشکی ایران Sid و Noor mages Iran Medex در هفته آخر خرداد سال ۱۳۹۹ انجام شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: مقالات به طور کامل در پایگاه‌های الکترونیکی منتشر شده باشند و تعداد مداخلات کمتر از ۸ جلسه نباشد و مقالات به زبان فارسی باشند. تعداد ۳۰۲ مقاله در راستای مطالعه انتخاب

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

شدند که در نهایت باتوجه‌به موضوع بررسی، ۸ مقاله‌ای که در ایران انجام گرفتند در ذیل مرور می‌گردند.

یافته ها

پژوهش‌های مبتنی براثر بخشی درمان پذیرش و تعهد تعدادی از مطالعات اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را در بیماران مبتلا به پرخوری عصبی مورد بررسی قرار دادند. در یک پژوهش نیمه‌تجربی ۳۲ نفر از زنانی که به بیمارستان فارابی کرمانشاه مراجعه و توسط روانپزشک تشخیص اختلال پرخوری عصبی دریافت کردند را به‌صورت نمونه در دسترس، انتخاب و آنانی که بالاترین نمرات را در شاخص‌های پرسشنامه‌های عادات خوردن، شدت پرخوری، نگرانی از تن انگاره و افسردگی بک فرم کوتاه به‌عنوان خط پایه کسب نمودند(n=24) را به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار دادند. گروه مداخله ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی که به مدت ۲ ساعت در هفته برگزار می‌گردید، دریافت می‌کرد. مداخله درمانی تأثیر معناداری بر اختلال پرخوری عصبی داشته و اندازه اثر آن در پرخوری عصبی ۰/۸۸ درصد، عادات پرخوری ۰/۷۶ درصد، و شدت پرخوری ۰/۸۳ درصد بوده است. همچنین کاهش معناداری در دو مؤلفه افسردگی و تن‌انگاره در پایان درمان رخ‌داده است(۱۶). در پژوهش دیگری اثربخشی این درمان را برای گروهی از دختران ۱۶-۱۲ ساله مبتلا بر پر اشتهایی عصبی در شهرستان اردبیل مورد بررسی قرار دادند. ۴۰ نفر از نمونه انتخاب شده از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای به طور تصادفی و به طور مساوی در گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایشی ۸ جلسه درمان گروهی پذیرش و تعهد را به‌صورت هفته‌ای یک‌بار دریافت کردند. تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله درمانی منجر به بهبودی در تصویر بدنی و نیز کاهش معنادار(P=< 0/001) در نشانه‌های پرخوری عصبی در پایان درمان گردید(۱۷)

مطالعات دیگری درمان پذیرش و تعهد را برای درمان افراد با تشخیص چاقی به کار گرفتند. در یک مطالعه ۳۰ زن با تشخیص چاقی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایشی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان پذیرش و تعهد را به مدت دو ماه دریافت کردند. آزمودنی‌ها، در سه مرحله قبل، پایان و یک ماه پس از پایان جلسات درمان پرسش‌نامه رفتارهای خوردن را تکمیل می‌کردند، این پرسش‌نامه میزان میل به خوردن و رفتار خوردن را در پاسخ به برانگیختگی هیجانی مورد بررسی می‌داد. نتیجه این پژوهش نشان داد که در زیر مقیاس میل به خوردن تفاوتی بین گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت، اگرچه در مرحله پیگیری تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه مشاهده گردیده است(P< 0/05). اما در زیر مقیاس عمل خوردن بین دو گروه تفاوت معناداری هم در پایان درمان و هم در مرحله پیگیری یک‌ماهه بین دو گروه گزارش گردید(۱۸). در پژوهش دیگری اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش وزن و تنظیم شناختی موردمطالعه قرار گرفته است. در پژوهش مشابه دیگری، ۳۰ بیماری که جهت کاهش وزن به کلینیک‌های کاهش وزن در تهران مراجعه کرده بودند، به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. دامنه سنی بیماران(زن_مرد) بین ۵۰-۲۰ سال بوده است. بیماران گروه مداخله ۱۰ جلسه درمان گروهی پذیرش و تعهد را که مدت آن ۹۰ دقیقه بوده است، به صورت یک هفته در میان و در طی ۵ ماه دریافت کردند. یافته های این مطالعه کاهش شاخص توده بدنی و افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کاهش راهبردهای منفی را درگروه مداخله نشان داده است(۱۹).

همچنین پژوهش‌ها، کارائی درمان پذیرش و تعهد را بر نگرش به تغذیه و بازخورد خوردن مورد مطالعه قرار دادند. در یکی از این مطالعات ۳۰ بیمار مبتلا به اختلالات خوردن که دامنه سنی‌شان بین ۶۵-۱۸ سال بود، از مراجعه‌کنندگان به یکی از کلینیک‌های روان‌پزشکی تهران انتخاب شدند. نمونه‌ها به طور تصادفی و مساوی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. مداخله درمانی به‌صورت دو جلسه فردی و ۸ جلسه

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

گروهی بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های نگرش به تغذیه گارنر و همکاران و آزمون بازخورد خوردن گارنر و گارفینکل را در ابتدا و پایان درمان تکمیل می‌کردند. نتایج تأثیر مداخله را بر زیر مقیاس عادات غذایی و در شاخص کنترل درونی در حد بسیار کم و بر زیر مقیاس تمایل برخوردن در حد متوسط نشان دادند. همچنین تأثیر مداخله گروهی بر نگرش به تغذیه و رعایت رژیم لاغری در حد متوسط و بر پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا در حد کم گزارش گردید(۲۰).

در مطالعه دیگری نمونه‌ای به تعداد ۳۰ نفر را از کودکان دوم تا ششم دبستان با مشکلات خوردن از مدارس اهواز انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله ۱۰ جلسه درمان گروهی را طی دو ماه دریافت کردند که سه جلسه اول آن با حضور مادران دانش‌آموزان بوده است. نتایج از طریق پرسش‌نامه رفتار خوردن کودکان نشان داد که در گروه مداخله کاهش رفتارهای گرایش به غذا خوردن و زیر مقیاس‌های آن به طور معناداری رخ‌داده است(۲۱).

فنایی و سجادیان نیز در پژوهشی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را در کاهش اجتناب تجربی افراد دارای اضافه‌وزن و چاق مورد بررسی قرار دادند. نمونه این مطالعه از بین افرادی انتخاب می‌شدند که به سه کلینیک تغذیه و رژیم‌درمانی در شهر اصفهان مراجعه می‌کردند. افرادی که دارای معیارهای ورود بودند باتوجه‌به جنسیت و به‌طور تصادفی توسط فردی که از هدف تحقیق اطلاعی نداشت در گروه مداخله و کنترل قرار می‌گرفتند. در هر گروه ۲۰ نفر(۱۰ زن و ۱۰ مرد) حضور داشتند. آزمودنی‌ها در سه مرحله پرسش‌نامه پذیرش و عمل برای مشکلات مربوط به وزن AAQW[1] را تکمیل می‌کردند. جلسات درمان به مدت ۸ جلسه دوساعته هفتگی توسط متخصص روان‌شناسی بالینی برگزار گردید که از هدف تحقیق اطلاعی نداشت(دوسویه کور). نتیجه این بررسی نشان داد که درمان توانسته است به طور معناداری منجر به کاهش اجتناب تجربی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شود(۲۲).

کارائی درمان پذیرش و تعهد در کارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در زنان مبتلا به چاقی نیز مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهشی که توسط نوریان و همکاران انجام گردید، زنان ۵۵-۲۵ ساله در اصفهان به شکل نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از اجرای مصاحبه ساختاریافته SCID-I جهت رد اختلالات خوردن و سایر اختلالات روانی، بیماران به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و سپس گروه آزمایش ۸ جلسه درمان گروهی ۹۰ دقیقه‌ای را دریافت می‌کرده است. نتایج مطالعه نشان از افزایش معنادار و چشمگیری در تمام خرده مقیاس‌های خودکارآمدی در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری یک‌ماهه در گروه آزمایش دارد(۲۳).

بحث

با توجه این‌که مداخلات درمانی موج سوم به‌طورکلی و درمان پذیرش و تعهد به طور خاص به طور روز افزونی در کشور در درمان اختلالات خوردن و یا نگرانی‌ها در مورد وزن استفاده می‌شود، ضرورت داشت مطالعه‌ای جهت ارزیابی نتایج و ضعف‌های احتمالی این مطالعات صورت گیرد.

درمان‌های مبتنی بر پذیرش در اختلالات خوردن این سؤال را مطرح می‌کنند که با درمان انتظار می‌رود کدام متغیر وابسته تغییر نماید. برخلاف رویکرد شناختی_رفتاری کلاسیک درمان پذیرش و تعهد اقدامی برای تغییر محتوای افکار منفی و یا هیجانات آزاردهنده نمی‌نماید، بااین‌وجود مطابق مقالاتی که در این جا مرور شدند، تغییرات در سطح رفتار(کاهش پرخوری)، در سطح شناخت(نگرش به تغذیه) و احساسات منفی(کاهش افسردگی) در اکثر این تحقیقات رخ‌داده است. اگرچه میزان تغییر در این سطوح متفاوت بوده است(در عمل خوردن بهبودی بیشتر رخ می‌داد تا ولع

[1]. Action Questionnaire for Weight- Related Difficulties

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

خوردن). این نتیجه مطابق است با یافته‌هایی که نشان می‌دهد که مداخلات رفتاری می‌توانند تغییراتی را در سطح شناختی ایجاد نمایند(۱۲).

اگرچه مرور پژوهش‌هایی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند نویدبخش بوده، و با پژوهش‌های تاپر و همکاران در مورد کارائی درمان پذیرش و تعهد در کاهش وزن(۲۴) و هیل و همکاران در مورد اختلال خوردن از نوع پرخوری هماهنگ هستند(۲۵). ولیکن دارای ضعف‌های روش‌شناختی هستند. از جمله این‌که هیچ‌کدام از این مداخلات درمان پذیرش و تعهد را با یک درمان استاندارد مقایسه نکردند، و بنابراین نمی‌توان نتیجه‌گیری نمود که این شیوه از درمان در جمعیت ایرانی اثربخش‌تر از سایر درمان‌ها از جمله روش‌های شناختی_رفتاری کلاسیک می‌باشد. اگرچه این یافته‌ها از این نظر که بر گروه لیست انتظار برتری دارند با نتایج سایر پژوهش‌ها هماهنگ می‌باشد(۷). همچنین بعضی از یافته‌های این مطالعات بر مبنای اندازه اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون کنترل نشده بودند، و بنابراین تعیین این‌که چه مقدار از حجم اندازه اثر ناشی از روش درمانی است و چه مقدار ناشی از عواملی مانند، گذشت زمان و یا بازگشت به میانگین دشوار است(۲۶). ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود کارآزمایی‌های بالینی برای تعیین کارائی درمان‌های جدید انجام شود، و این تنها راهی است که می‌توان اثرات درمانی را به مداخله معینی نسبت داد. به‌ویژه نیاز به پژوهش‌هایی است که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را با درمان‌هایی مانند درمان شناختی رفتاری و یا درمان بین فردی مقایسه نمایند که در متون به‌عنوان درمان‌های حمایت‌شده-تجربی شناخته می‌شوند(۷).

در مطالعات درمان پذیرش و تعهد دو دسته متغیر وجود دارد؛ متغیرهای فرایندی مانند بهبودی در شاخص‌هایی مانند؛ پذیرش و ناهم جوشی و متغیرهای پیامدی که بیمار به دنبال آن است نظیر کاهش درد و یا افسردگی، متأسفانه در اکثر پژوهش‌هایی که در این جا مرور شدند به متغیرهای فرایندی توجه نکرده و آن را مورد ارزیابی قرار ندادند(۱۲) و بالاخره باتوجه‌به این فلسفه زیربنایی درمان پذیرش و تعهد مبنی‌بر این‌که هدف اولیه درمان نه کاهش علائم بلکه زندگی بر اساس ارزش‌هاست، و کاهش علائم مدتی پس از تغییر سبک زندگی رخ می‌دهد، دوره طولانی‌تر پیگیری مناسب‌تر می‌باشد. ولیکن در مقالاتی که در این جا مرور گردید تنها دو مطالعه دوره پیگیری داشتند که البته فاصله آن با مرحله پایان درمان نیز کوتاه بوده است(۱۵).

علاوه بر این همان طوری که کازدین مطرح می‌کند، برای بررسی کارائی هر نوع درمان روان‌شناختی، درمانگران می‌توانند ابتدا آن را از طریق طرح‌های تجربی تک موردی مورد بررسی قرار دهند، و انجام این نوع از پژوهش‌ها، برای درک و شناخت بهترین و مناسب‌ترین درمان برای بیماران حائز اهمیت است که متأسفانه جای چنین پژوهشی در بین مطالعات مرور شده خالی بود(۲۷).

نتیجه‌گیری

مرور مطالعات انجام شده در زمینه کاربرد درمان پذیرش و تعهد در اختلالات خوردن در کشور اگرچه در آغاز راه است و به طور طبیعی با نواقص و یا با محدودیت‌هایی از نظر اجرای پژوهش همراه است، با وجود این، یافته‌های به‌دست‌آمده نویدبخش است، زیرا رویکردهای درمانی بر پایه روانشناسی دقیق وضعیت بیمار و اعمال تصمیمات صحیح درمانی از هدف دور نمی باشد و امید است پژوهش‌های آتی در قالب کارآزمایی‌های بالینی، با تعداد نمونه کافی و دوره پیگیری طولانی، کارائی و مقبولیت درمان پذیرش و تعهد را در اختلالات خوردن در اشکال مختلف(فردی و گروهی) مورد آزمون قرار دهند.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

References

1. Seligman L, Reichenberg LW. Selecting effective treatments: A comprehensive, systematic guide to treating mental disorders. John Wiley & Sons. 2007.
2. Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual. Guilford publications. 2014.
3. David HB. Abnormal Psychology: An Integrative Approach. Cengage learning.2020.
4. Minoo Nobakht, Mahmood Dezhkam (2000). An Epidemiological Study of Eating Disorders in Iran. International Journal of Eating Disorders 28(3):265 – 271.
5. Hoek HW, Hoeken DR.. Rewiew of the prevalence and incidence of eating disorder. Behaviour Research and Therapy 2013; 34: 96-383.
6. Simpson S, Smith E, editors. Schema therapy for eating disorders: Theory and practice for individual and group settings. Routledge. 2019.
7. Linardon J, Fairburn CG, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE, Brennan L. The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. Clinical psychology review. 2017;58:125-40.
8. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. Current opinion in psychiatry. 2017;30(6):423.
9. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. Clinical psychology review. 2015; 1;39:30-41.
10. Fairburn CG, Bailey-Straebler S, Basden S, Doll HA, Jones R, Murphy R, O'Connor ME, Cooper Z. A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. Behaviour research and therapy.2015; 1;70:64-67.
11. Juarascio AS, Manasse SM, Schumacher L, Espel H, Forman EM. Developing an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder: Rationale and challenges. Cognitive and behavioral practice. 2017; 1;24(1):1-3.
12. Bagherzadeh Ledari R, Masjedi A, Bakhtyari M, Zarghami M, Nouri R, Hosseini H. A Comparison Between the Effectiveness of Acceptance and Commitment Treatment and Behavioral Activation Treatment for Depression on Symptoms Severity and Rumination Among Patients with Treatment-Resistant Depression. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2018;12(3):e1074.
13. Merwin RM, Timko CA, Moskovich AA, Ingle KK, Bulik CM, Zucker NL. Psychological inflexibility and symptom expression in anorexia nervosa. Eating Disorders. 2010; 28;19(1):62-8.
14. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press. 2012.
15. Harris R. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications. 2019.
16. 16. Boloorsaz MH. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving body image of female students with bulimia nervosa. Journal of Clinical Psychology. 2017; 3(35):13-22.
17. Abbasi M, Porzoor P, Moazedi K, Aslani T. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving body image of female students with bulimia nervosa. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2015;15(1):15-24.
18. Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional eating among obese women. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017;16(2):15-23.
19. Yaraghchi A, Jomehri F, Seyrafi M, Kraskian Mujembari A, Mohammadi Farsani G. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Loss and Cognitive Emotion Regulation in Obese Individuals. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2019; 10;7(2):192-201.
20. Ahmadi Khoshbakht S, Mirzamani SM, Ali Madadi Z. The effectiveness of group training on acceptance and commitment therapy (ACT) on severity Adult symptoms with eating disorders. Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy Education. 2016; 5(17):73-91.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

21. Dashte Bozorgi Z, Homaei R. Effect of acceptance and commitment intervention on eating behaviors in obese female students in primary school. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 10;6(1):42-53.
22. Fanaei S, Sajadian I. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Experimental Avoidance of Overweight and Obese People. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2016; 14(2):146-153.
23. Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. The efficacy of acceptance and commitment therapy on weight self-efficacy lifestyle in obese women. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015; 10;25(123):159-69.
24. Tapper K, Shaw C, Ilsley J, Hill AJ, Bond FW, Moore L. Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. Appetite. 2009; 1;52(2):396-404.
25. Hill ML, Masuda A, Moore M, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for individuals with problematic emotional eating: A case-series study. Clinical Case Studies. 2015;14(2):141-154.
26. 26. Cuijpers P, Weitz E, Cristea IA, Twisk J. Pre-post effect sizes should be avoided in meta-analyses. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2017;26(4):364-368.
27. Kazdin AE, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE. Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. International Journal of Eating Disorders. 2017;50(3):170-189.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-10]