Journal of Research in Psychological Health

September 2020, Volume 14, Issue 2

Develop a Therapy Protocol Based on the Paradoxical Timetabling Model and Its Effectiveness on Binge Eating Disorder among Women

Mitra Ghadimi Nouran[1], Abdollah Shafiabady[2*], Anahita Khodabakhshi Koolaee[3], Mohammad Asgari[4]

1. PHD Student of Counseling, Department of Education and Consolation, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. (Corresponding Author): Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology & Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of Assessment and Measurement, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Citation: Ghadimi Nouran M, Shafiabady A, Khodabakhshi Koolaee A, Asgari M. Develop a Therapy Protocol Based on the Paradoxical Timetabling Model and Its Effectiveness on Binge Eating Disorder among Women. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2020; 14 (2), 81-94. [Persian].

Key words:
Timetabling,
Paradoxical Therapy,
Binge Eating Disorder

Highlights

- Evaluate the effectiveness of paradoxical therapy for the first time on binge eating disorder in women.
- The treatment protocol based on the paradoxical timetabling model was effective on binge eating disorder with 99% confidence and its therapeutic effects were stable until the follow-up stage.

Abstract

Binge eating disorder is one of the psychological disorders that has recently become more and more common among women. The aim of this study was to develop a therapy protocol based on the paradoxical timetabling model and its effectiveness on binge eating disorder among women. The research method was mixed ANOVA in an unbalanced control group. The population comprised women who volunteered in the nutrition clinic of Shahid Beheshti University in 1398 and were diagnosed with binge eating disorder and had inclusion criteria. The sample size was 24 people, who were divided into an experimental group (n = 12) and a control group (n = 12). The instruments used in this study were the Gormaly binge eating Questionnaire (BES) and a researcher-made protocol. This therapy protocol was designed according to the paradoxical schedule model and its theoretical foundations in two individual and interpersonal domains. The treatment protocol was performed on the experimental group for ten weekly sessions of two hours**.** The results showed that the treatment protocol was effective on binge eating disorder with 99% confidence and its effects were stable until the follow-up stage. The effectiveness of this treatment model confirmed its rapid, profound and lasting effect as a short-term treatment.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]

[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

تدوین پروتکل درمانی مبتنی بر مدل برنامه زمانی پارادوکسی و تعیین اثربخشی آن بر اختلال پرخوری زنان

میترا قدیمی نوران[۱]، عبدالله شفیع آبادی[۲*]، آناهیتا خدابخشی کولایی[۳]، محمد عسگری[۴]

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه تربیت و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. ashafiabady@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.

۴. دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت
۱۳۹۹/۸/۱۰

تاریخ پذیرش
۱۳۹۹/۱۰/۱۷

واژگان کلیدی
برنامهٔ زمانی، درمان پارادوکسی، اختلال پرخوری

یافته‌های اصلی

- بررسی اثربخشی پارادوکس درمانی برای اولین بار بر اختلال پرخوری زنان.
- پروتکل درمانی مبتنی بر برنامه زمانی پارادوکسی با ۹۹ درصد اطمینان بر اختلال پرخوری مؤثر بود و اثرات درمانی آن تا مرحله پیگیری پایدار بوده است.

چکیده

اختلال پرخوری یکی از اختلالات روانشناختی است که اخیراً بطور فزاینده ای در میان زنان شایع شده است. پژوهش حاضر با هدف تدوین پروتکل درمانی مبتنی بر مدل برنامه زمانی پارادوکسی و تعیین اثربخشی آن بر اختلال پرخوری زنان انجام شده است. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع گروه کنترل نامعادل بود. جامعه آماری، زنان مراجعه کننده داوطلب به کلینیک تخصصی تغذیه دانشگاه شهید بهشتی در سال ۹۸ بودند که پس از مصاحبه، واجد اختلال پرخوری و معیارهای ورود به پژوهش بودند. نمونه گیری بصورت داوطلبانه (نمونه در دسترس) انجام شد. حجم نمونه۲۴ نفر بود که در دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و کنترل قرارگرفتند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش پرسشنامه پرخوری(BES)گورمالی و پروتکل محقق ساخته بودند. پروتکل درمانی طبق مدل برنامه زمانی پارادوکسی و مبانی نظری آن در دو حوزه فردی و بین فردی طرح ریزی و بر روی افراد نمونه اجرا گردید. پروتکل درمانی در ده جلسه دوساعته و بصورت هفته ای یک جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. پس از تجزیه و تحلیل داده های حاصل از پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، با استفاده از روش تحلیل واریانس مختلط، نتایج تحلیل واریانس نشان دادند که پروتکل درمانی با ۹۹ درصد اطمینان بر اختلال پرخوری موثر بود و اثرات درمانی آن تا مرحله پیگیری پایدار بوده است. اثربخشی این مدل درمانی و بررسی نتایج دو ماه پیگیری، تاثیر سریع، عمیق و ماندگار آن بعنوان درمانی کوتاه مدت، تایید گردید.

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسندهٔ اول است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]

[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

مقدمه

چاقی و اضافه وزن طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی[1]، عامل تهدید سلامتی در جهان است که بیش از یک میلیارد نفر به آن مبتلا هستند(سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸؛ به نقل از کلات[2]، ۲۰۰۸). گسترش فزایندهٔ چاقی، اضافه‌وزن و پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اقتصادی ناشی از آن، اختلالات خوردن را بسیار مورد توجه قرار داده است. در بررسی شیوع اختلال پرخوری که بر روی زنان ایرانی انجام شد، روستایی و همکاران (۱۳۹۲) نرخ شیوع را ۶٫۵٪ و دژکام و نوبخت (۱۳۷۷)، ۶٫۶٪ گزارش کردند و نشان دادند نرخ شیوع این اختلال در جامعهٔ زنان بیش از سایر اختلالات خوردن است.

اختلال پرخوری از رایج‌ترین اختلالات خوردن در افراد است. این اختلال، زیرشاخه‌ای از اختلالات خوردن است که به مصرف دوره‌ای و کنترل‌نشدهٔ مقادیر زیادی غذا در مدتی کوتاه اطلاق می‌گردد که در پی آن، احساس گناه، افسردگی یا بیزاری از خود ظاهر می‌شود. در این اختلال احساس عدم کنترل بر خوردن طی دوره‌ها، غذاخوردن با سرعت بیشتر از هنجار، تا زمانی که احساس پر بودن ناراحت کننده‌ای به فرد دست دهد، وجود دارد. از طرفی فرد مبتلا به اختلال پرخوری، در زمان پرخوری، به لحاظ جسمی احساس گرسنگی نمی‌کند و به دلیل احساس شرمندگی از میزان غذایی که می‌خورد، غذا خوردن در تنهایی را ترجیح می‌دهد. پرخوری حداقل یک بار در هفته و به مدت سه ماه اتفاق می‌افتد که با استفادهٔ مکرر از رفتارهای جبرانی نامناسب، مرتبط نیست و منحصراً در طی دوره‌های بی‌اشتهاییِ عصبی و پراشتهاییِ عصبی اتفاق نمی‌افتد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

شیوع اختلالات خُلقی در افرادِ با معیارهای تشخیصی پرخوری، به طور معناداری بالاتر است و عوامل عاطفی و احساسی‌ای که ممکن است به طور غیرمستقیم منجر به پرخوری شوند، پیش‌زمینه‌ای برای بروز رفتارهای پرخوری در فرد هستند. مطالعات نشان دادند که عوامل روان‌شناختی بیشترین سهم را در پیش‌بینی اختلال پرخوری دارند (نریمانی و قاسمی نژاد، ۱۳۹۳؛ اسمیت[3] و همکاران، ۲۰۱۹). بسیاری از افرادِ مبتلا به اختلال پرخوری، احساس می‌کنند که پرخوری برای آنها به مراتب راحت‌تر از مقابله با افکار، تصاویر و عواطف پریشان و ناخوشایند است (گینسبرگ[4]، ۲۰۰۷).

بی‌شک اختلال پرخوری، از تعامل پیچیدهٔ متغیرهای زیستی، فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و فردی ناشی می‌شود و همانند سایر اختلال‌های روان‌شناختی می‌بایست در بافت سیستمی مورد بررسی قرار داده شود. بدین صورت که فراتر از علل روان‌شناختیِ فردی، علل سیستمی، مانند فضای خانوادگی و روابط بین‌فردی، باید مورد بررسی قرار گیرند. برای این منظور مشارکت اعضای خانواده در درمان اختلال پرخوری نقش مهمی را ایفا می‌کند (سیمون جی و همکاران[5]، ۲۰۰۹؛ ترجمهٔ شفیع‌آبادی و گلکاریان، ۱۳۹۵). در واقع افراد را نمی‌توان به طور مجزا و بدون درنظر گرفتن عوامل سیستمی، درنظر گرفت. وجود هیجان منفی و عدم تنظیم آن و فقدان هیجان، در روابط بین‌فردی، یکی از عوامل مؤثر بر پرخوری است (زبردست و همکاران، ۱۳۹۴). از جمله عوامل محیطی مرتبط با اختلالات خوردن می‌توان به تجارب زیان‌بار عمومی، مانند مورد بی‌توجهی قرار گرفتن از جانب دیگران، سوءاستفاده فیزیکی یا جنسی و تجارب زیان‌بار مرتبط با غذا و وزن مانند رژیم گرفتن، چاقی و اضافه‌وزن داشتن در ایام کودکی، نظرات انتقادی خانواده یا دیگران نسبت به اندام و شکل بدن اشاره کرد. در حالی‌که عمل‌کرد مثبت خانواده از جمله انسجام خانواده، رضایت‌مندی و تعادل خانواده، می‌تواند افراد را برای رویارویی با مسائل و هیجان‌های منفی آماده سازد. این ویژگی‌ها به افراد خانواده کمک می‌کند که تفسیر خود از

[1] World Health Organization (W.H.O)
[2] Klatt
[3] Smith
[4] Ginsburg
[5] Simon G & et.al

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

مشکلات را تغییر دهند و یا به جای روی آوردن به پرخوری رفتار بهتر و مؤثرتری داشته باشند (لی[1] و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش انجام شده، زنان مبتلا به اختلال پرخوری بیش از زنان غیرمبتلا به اختلال پرخوری، وقایع دردناک زندگی را تجربه کرده‌اند و وجود تجارب و رویدادهای منفی بین‌فردی، فرد را بیش از پیش برای اختلال پرخوری آسیب‌پذیرتر می‌کند(بکر[2]، ۲۰۱۸). سیارما و متیو[3] (۲۰۱۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند که عزت نفس و واکنش‌پذیری نسبت به استرس در روابط اجتماعی (نه ارزیابی‌های منفیِ اجتماعی)، نقش میانجیِ بین اضطراب اجتماعی و اختلال پرخوری را دارند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که عزت نفس پایین و روابط بین‌فردی مشکل‌دار، مکانیسم‌های قدرتمندی هستند که می‌توانند در ایجاد و حفظ اختلال پرخوری مؤثر باشند. استفاده از این مکانیسم‌ها در پیشگیری و درمان اختلال پرخوری می‌تواند مفید باشد.

پژوهش‌ها نشان دادند که اضطراب اجتماعی اندام به عنوان یک متغیر میانجی بین نگرانی از بدشکلی و نقص و اختلال پرخوری عمل می‌کند؛ به طوری‌که پیش‌بینی‌کنندهٔ قویتری نسبت به سایر عوامل، برای اختلال پرخوری است. لذا مداخله در اضطراب اجتماعی اندام، می‌تواند در پیشگیری و درمان اختلال پرخوری بسیار حائز اهمیت باشد (لوینسون، ۲۰۱۶؛ مناتی[4] و همکاران، ۲۰۱۵). لیناردنا و همکاران[5] (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند که حساسیت نسبت به طرد مبتنی بر ظاهر[6] نقش میانجیِ بین اضطراب اجتماعی و اختلال پرخوری ایفا می‌کند. این پژوهش نشان داد که حساسیت نسبت به طردِ مبتنی بر ظاهر، می‌تواند توضیح مناسبی برای این مکانیزم مهم، که چرا افراد دارایِ اضطراب اجتماعی، سطح بالاتری از اختلال پرخوری را نشان می دهند، نیز باشد.

اختلال پرخوری در واقع پاسخی به احساس منفی و محدودیت‌های غذایی و یا ترکیبی از این دو می‌باشد (مکمانوس و والر[7]، ۱۹۹۵؛ هولمز و همکاران[8]، ۲۰۱۵). علاوه براین در پژوهش‌های صورت گرفته نشان داده شد که محدودیت غذایی و احساس منفی نسبت به خود، بین نارضایتی از اندام و اختلال پرخوری نقش واسطه را بازی می‌کند (کاظمی فروشانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ استیک[9] و همکاران، ۲۰۱۷). ماسون و همکارانش(۲۰۱۸) در پژوهشی رابطه سه عامل هیجان منفی، رژیم غذایی و سه جنبهٔ تکانشگری (توجه، حرکت، فقدان برنامه‌ریزی) با اختلال پرخوری در زنان را بررسی کردند و نشان دادند، زنانی که در تلاشند با رژیم، کالری دریافتی خود را محدود کنند، اگر تجربهٔ هیجانی منفی را نیز همراه با مشکلات توجه و تکانشگری داشته باشند، بیشتر در معرض اختلال پرخوری قرار می‌گیرند. اسمیت و ماسون[10] و همکاران (۲۰۱۹)، طی پژوهشی بر روی افراد دارای اختلال پرخوری، نشان دادند که شاخص‌های مرکزی تمایل به کاهش وزن، احساس گناه نسبت به خوردن، ارزیابی منفی بیش از حد خود، بی‌قراری، عزت نفس پایین، کمبود انرژی و احساس شکست از عوامل افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال پرخوری هستند. در این پژوهش همچنین نشان داده شد که افراد پرخور در سیکلی ناموفق در حرکتند، در اثر ارزیابی منفی نسبت به خود و احساس گناه دربارهٔ خوردنِ خود، برای التیام و یا فرار از این احساس منفی، دوباره به سمت پرخوری کشانده می‌شوند و این سیکل ادامه دارد.

در واقع مصرف مواد غذایی به یک استراتژی ناسالم و ناکارآمد جهت نادیده گرفتن تجارب منفی درونی مانند اضطراب، خشم و سایر حالت‌های منفی درونی تلقی

[1] Lee & et al.
[2] Becker
[3] Ciarma & Mathew
[4] Menatti & et al.
[5] Linardona et al.
[6] Appearance-based rejection sensitivity
[7] McManus & Waller
[8] Holmes & et al.
[9] Stice & et al.
[10] Smith, Mason & et al.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

می‌شود که طی آن فرد می‌تواند به طور موقت از هیجانات و حس‌های درونی منفی اجتناب کند. بنابراین یک نوع چرخهٔ معیوب ایجاد می‌شود که طبق آن فرد در دوره‌های مکرر پرخوری گیر می‌کند که فرد را از به کارگیری یک استراتژی موفق و سالم جهت تسکین و رو به رو شدن با هیجانات منفی باز می‌دارد(هایگینز و باردون[1]، ۲۰۱۷). بر اساس پژوهشی دیگر نشان داده شد که اجتناب تجربه‌ای، بین هیجانات منفی و رفتارهای پرخوری را میانجی‌گری می‌کند که طبق آن فرد به طور ناخواسته از طریق پرخوری سعی می‌کند که از هیجانات روی‌گردانی و اجتناب کند(هیل و ماسودا[2] و همکاران، ۲۰۱۵). به عبارت دیگر افرادی دچار پرخوری می‌شوند که در مقابل هیجان‌های منفی و خلاءهای هیجانی توانایی کافی برای تنظیم هیجان خود را ندارند و قسمت عمدهٔ این هیجانات نیز معطوف به خود فرد و رفتارهای خوردن است(کچویی و همکاران،۱۳۹۴).

تاکنون مطالعاتی درخصوص درمان‌های روان‌شناختی اختلال پرخوری انجام شده است که به طور گسترده شامل پروتکل‌هایی مبتنی بر رویکردهای شناختی- رفتاری[3]، روان‌درمانی میان‌فردی[4]و رفتاردرمانی دیالکتیکی[5](شامل آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی و تحمل ناراحتی) بوده است(گلکاریان و همکاران، ۱۳۹۷؛ زبردست و همکاران، ۱۳۹۴، رحمانی و امیدی، ۱۳۹۸). علاوه بر این در برخی از برنامه‌های درمانی، از روش‌های ذهن‌آگاهی[6] و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[7]، که خود به نوعی برگرفته از رویکرد شناختی- رفتاری هستند نیز، مورد استفاده قرار گرفته‌اند(محمود علیلو و حیدری اقدم، ۱۳۹۷؛ هیل و ماسودا، ۲۰۱۵).

پژوهش‌های مروری نظام‌دار نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری اگرچه در درمان اختلال پرخوری به کار برده می‌شود، اما برگشت علائم آن بعد از مدتی و طولانی بودن زمان درمان برای افراد خسته‌کننده و دشوار گزارش شده است. فئربرن و همکارانش(۲۰۰۸) در پژوهشی که بر روی افراد مبتلا به اختلال پرخوری انجام دادند، نشان دادند که به دو دلیل برگشت نشانه‌ها بعد از اتمام درمان‌های شناختی-رفتاری اتفاق می‌افتد. یکی مشکل در پیروی از رفتارهای تجویز شده به مدت طولانی (تعداد جلسات زیاد) و دیگری عدم تمرکز روش‌های شناختی-رفتاری بر استراتژی‌های مقابله با سطوح بالای هیجانات منفی که موجب پرخوری هستند.

مطالعهٔ بالینی، اجرای همزمان دو روش درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانیِ میان‌فردی، در درمان اختلال پرخوری را در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری به تنهایی، مؤثرتر نشان داده است. در این پژوهش که بر روی ۲۰۵ زن و مرد دارای اضافه وزن و مبتلا به پرخوری انجام گردید، طی بیست جلسه درمان شناختی-رفتاری و درمان میان‌فردی به نقش مهم درمان روابط بین‌فردی، در درمان اختلال پرخوری اشاره گردید(ویلسون[8]و همکاران،۲۰۱۰). در پژوهشی نظام‌دار، به منظور مقایسهٔ بین رویکردهای درمانیِ اختلال پرخوری، شناختی-رفتاری، بین‌فردی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، نشان داده شد که برگشت درصدی از نشانه‌ها برای هر سه رویکرد، پس از اتمام درمان وجود داشت، به طوری‌که حدود ۵۰٪ علائم بعد از درمان‌های شناختی-رفتاری، باقی مانده بودند(پیت[9] وهمکاران، ۲۰۱۷).

با توجه به رشد اختلال پرخوری در میان افراد جامعه، خصوصاً جامعهٔ زنان و تأثیرات نامطلوب آن بر سلامت جسمی و روانی، به نظر می‌رسد که جهت کاهش هزینه‌های پزشکی و ارتقای کیفیت زندگی، درمانی جامع، مؤثر

[1] Higgins & Bardone
[2] Hill & Masuda
[3] Cognitive behavioral therapy
[4] Interpersonal psychotherapy
[5] Dialectical behavioral therapy
[6] mindfulness
[7] Acceptance and commitment therapy
[8] Wilson
[9] Peat

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

وکوتاه، باید مورد توجه قرار گیرد. تاکنون در هر یک از رویکردهای به کار رفته در درمان اختلال پرخوری، متأسفانه فاقد مدلی بوده‌ایم که بتواند مبتنی بر دیدگاه سیستمی علاوه بر عوامل فردی، عوامل میان‌فردی را نیز در برگرفته باشد. لذا با توجه به نقش عوامل بین‌فردی در ایجاد و حفظ اختلال پرخوری، لزوم یک مدل درمانی جامع و کوتاه‌مدت و مؤثر، که دربرگیرندهٔ عوامل فردی و بین‌فردی باشد، غیرقابل انکار است.

درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی(PTC)[1]، مدلی سیستمی-رفتاری است که از دو مؤلفهٔ بنیادین تشکیل شده است. مؤلفهٔ نخست، یعنی پارادوکس به معنی تجویزِ نشانهٔ رفتاری یا نشانهٔ اختلال است. براساس این مدل درمانی، مراجع باید نشانه‌های رفتاری و اختلال، یعنی همان رفتارها و نشانه‌هایی را که از آنها رنج می‌برد، بازسازی کند. مؤلفهٔ دوم، یعنی برنامه زمانی، تکلیفی است که براساس آن مراجع مکلف می‌شود، در زمانی معین و برای مدتی مشخص، همان نشانه یا رفتار تجویزشده در قالب پارادوکس را بازسازی و تجربه کند. از ترکیب این دو فن درمانی، برنامهٔ زمانی پارادوکسی شکل می‌گیرد. برنامهٔ زمانیِ پارادوکسی براساس چهار مکانیزم، تغییرات درمانی را رقم می‌زند. مکانیزم اول دستوری‌سازی یا مصنوعی‌سازی است. در این مکانیزم فرد نشانه‌ها را در زمان‌هایی که می‌خواهد فعال می‌سازد و تجربه می‌کند. زمانی که بیمار نشانه‌های مصنوعی را تجربه کرد، مکانیزم دوم شکل می گیرد. مکانیزم دوم قطع رابطه نشانه و اضطراب است. زمانی که نشانه‌های اختلال به صورت مصنوعی بازسازی و تجربه شدند، فرد با یک پدیده و تجربه جدید مواجه می‌شود. نشانه‌ها می‌توانند وجود داشته باشند اما بدون طعم تلخ اضطراب خواهند بود. زمانی‌که رفتار یا نشانه‌ای بدون اضطراب باشد، یعنی دیگر خاصیت بیماری‌زایی ندارد. به این شکل رابطهٔ بین نشانه و اضطراب قطع می‌شود. اصل حاکم بر این مدل درمانی حذف اضطراب است. مکانیزم سوم تغییر معنی نشانه است. از زمانی که تعیین می‌شود مراجع نشانه‌اش را بازسازی کند، معنی نشانه‌ها برای شخص و سیستمی که او را در برگرفته است (اعضای خانواده) تغییر می‌کند و مراجع بنا هست آنها را با اراده خود تجربه کند. مکانیزم چهارم استحکام من[2] است. با توجه به مدل روان‌پویشی، زمانی که رابطهٔ نشانه‌ها با اضطراب قطع شوند، «من» بار دیگر می‌تواند قدرتمند شود. قوت و ضعف «من» که در هر کس متفاوت و تابع تجربه‌های گذشته و تفاوت‌های فردی آنهاست، تعیین‌کنندهٔ اصلی سرعت و کندیِ تحققِ این اقتدار است (بشارت، ۱۳۹۶).

در این مدل درمانی، تکنیک‌های متعددی برای درمان فردی و بین‌فردی وجود دارد که می‌توان به تکنیک‌های فردیِ تجسمی و عملیِ پارادوکسی و تکنیک‌های بین‌فردی گفتگوی دوجانبهٔ پارادوکسی و مدیریت نوبتی، اشاره کرد. در یک تعبیر کلی، زمانی که در بین افراد، مشاجره و انتقادگری مشکل‌ساز بوده و هیجان منفی در رابطه بالا باشد، تکنیک گفتگوی دوجانبهٔ پارادوکسی و در زمانی که بحث تفاوت‌ها و اختلاف در ویژگی‌های افراد مطرح باشد، تکنیک مدیریت نوبتی مؤثر خواهند بود.

مطالعات نشان داده‌اند که درمانِ پارادوکسی در درمان اختلالات روان‌شناختی، از جمله اختلالات اضطرابی، درمانی مؤثر، کوتاه مدت، اقتصادی و دارای کمترین شانس برای بازگشت بیماری بوده است (بشارت، ۱۳۹۶). در پژوهش‌ها نشان داده شد که اضطراب، عامل مؤثر و قدرتمندی در ایجاد اختلال پرخوری است (لوینسون[3] و همکاران، ۲۰۱۳). لذا با توجه به تأثیر این مدل درمانی در درمان اختلالات اضطرابی، بررسی اثربخشی آن براختلال پرخوری، می‌تواند قابل توجه باشد. همچنین کوتاه‌مدت بودن این مدلِ درمانی، می‌تواند سبب جذب افرادی شود که ممکن است در درمان‌های دیگر به جهت طولانی شدن

[1] Paradox +Timetable = Cure: A perfect model of psychotherapy.

[2] ego-strength

[3] Levinson & et all.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]

[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

درمان، در نیمهٔ راه آن را رها کنند. از طرف دیگر به لحاظ اینکه پارادوکس درمانی، مبتنی بر تجویز نشانه[1] است، لذا در برابر افرادی که مقاومت بالایی در مقابل درمان دارند، می‌تواند مؤثرتر عمل کند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی پروتکلِ درمانیِ محقق‌ساختهٔ مبتنی بر مدل برنامهٔ زمانیِ پارادوکسی، بر اختلال پرخوری زنان انجام گردید.

روش

در پژوهش حاضر از طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی، از نوع گروه کنترلِ نامعادل استفاده گردید. جامعهٔ مورد مطالعه، شامل زنان مبتلا به اختلال پرخوری بودند که از اردیبهشت تا مهرسال ۹۸ مراجعه کننده داوطلب به کلینیک تخصصی تغذیه دانشکده شهید بهشتیِ شهر تهران بودند. و پس از مصاحبه، واجد معیارهای ورود به پژوهش بوده‌اند. معیارهای ورود به پژوهش شامل محدودهٔ سنی ۲۵ سال تا ۵۰ سال، نداشتن بیماری جسمی و روانی حاد، عدم بارداری یا دورهٔ شیردهی، نداشتن رژیم کاهش وزن، عدم دیابت نوع۲ و فقدان سوءمصرف مواد مخدر و نیز دارای شرایط لازم برای حضور همسر و یا والدین (فردی که با او زندگی می‌کند) در سه جلسهٔ اول درمان بود. احراز شرایط لازم و نداشتن بیماری جسمی، توسط پزشک عمومی و آزمایشات مربوطه تأیید شد و بررسی عدم وجود اختلالات روانی حاد نیز، با مصاحبه تشخیصی توسط نویسندگان که واجد صلاحیت لازم بودند، انجام گردید. نمونه‌گیری به صورت داوطلبانه (نمونهٔ دردسترس) انجام شد. حجم نمونه ۲۴ نفر بودند که در دو گروه ۱۲نفری آزمایش و کنترل، قرار گرفتند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش پرسشنامهٔ پرخوری (BES) گورمالی و پروتکل محقق‌ساخته بودند. پس از دو ماه از اتمام درمان، پیگیری نیز انجام گردید.

[1] symptome prescription

پرسشنامهٔ پرخوری(BES)[2]: گورمالی، بلاک، داستون و راردین[3] (۱۹۸۲)، این مقیاس را به منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی کردند. این پرسشنامه از ۱۶ ماده تشکیل شده است که ابعاد شناختی-عاطفی (مانند احساس گناه، اشتغال ذهنی با خوردن محدود) و رفتاری (مانند غذا خوردن سریع، تنها غذاخوردن سریع، تنها غذا خوردن) اختلال پرخوری را می‌سنجند. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم چهارگزینه‌ای و دو آیتم سه‌گزینه‌ای بوده است که دامنهٔ آن از خیلی موافق (نمره ۳) تا کاملاً مخالف (نمرهٔ صفر) گسترده است. دامنهٔ نمرات این مقیاس از صفر تا ۴۶ است که کسب نمرهٔ ۱۶ وجود اختلال پرخوری و کسب نمرهٔ بالاتر از آن شدت بیشتر پرخوری را نشان می‌دهد. فرم ایرانی این مقیاس توسط مولودی، دژکام، موتابی و امیدوار (۱۳۸۷)، در مطالعه‌ای بر روی ۶۰ آزمودنی اجرا شد که اعتبار آن را با روش دونیمه‌سازی ۰/۶۷ و با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

طبق مدل برنامهٔ زمانی پارادوکسی و مبانی نظری این مدل و بررسی عوامل اختلال پرخوری، عوامل هیجانی و رفتاری (در دو حوزهٔ فردی و بین‌فردی) که در ایجاد و حفظ اختلال پرخوری تأثیر بسزایی داشتند، به طور مناسب در مدل گنجانده شد و پروتکل درمانی، جهت اجرا در گروه طرح‌ریزی شد و جهت ارزیابی روایی-محتوایی، از نظر اساتید متخصص در این حوزه استفاده گردید. ضریب روایی-محتوایی(CVR) پروتکل درمانی ۰/۷۵ بود که نشان‌دهندهٔ تأیید روایی-محتواییِ پروتکل مورد نظر بوده است. به طور کلی اهداف درمانی پروتکلِ محقق‌ساخته شامل رفع کلی هیجانات منفیِ مرتبط با پرخوری و اندام، قطع سیکل‌های نامناسب رفتاری و اصلاح روابط مهم بین‌فردی بود.

[2] Binge Eating Scale
[3] Gormally, Black, Dastun & Rardin

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

این پروتکل در ده جلسهٔ دوساعته و به صورت هفته‌ای یک جلسه، بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. جهت انجام تمرینات درمانیِ بین‌فردی، افراد شرکت‌کننده در سه جلسهٔ اول درمان به اتفاق همسر یا یکی از والدین حضور داشتند و بعد از آن به صورت فردی در جلسات حاضر بودند. قبل از اجرای پروتکل پیش‌آزمون و پس از اجرای کامل پروتکل درمانی، پس‌آزمون انجام شد و جهت بررسی پایداریِ درمان، پس از دوماه آزمونِ پیگیری نیز اجرا گردید. اجرای کامل پروتکل، توسط درمانگر PTC که دوره‌های درمانیِ پارادوکسی را با موفقیت گذرانده بود، انجام شد. خلاصهٔ جلسات درمانی در جدول۱ آمده است:

جدول۱- خلاصهٔ جلسات درمانی

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	شناخت افراد از اهداف پژوهش و شروع درمان بین‌فردی	معرفی افراد، بیان قوانین گروه، اجرای پیش آزمون، تعریف اختلال پرخوری و عوامل فردی و بین‌فردی مؤثر برآن، ارائه اهداف درمانی	انجام تکنیک مدیریت نوبتی در رابطهٔ بین‌فردی
دوم	تصحیح انجام تکالیف و ارائهٔ تکنیک دوم جهت اصلاح هیجانات منفی بین‌فردی	بررسی گزارشات تکلیف، اصلاح تکالیف، معرفی فن جدید گفتگو پارادوکسی	ادامهٔ برنامهٔ مدیریت نوبتی و انجام گفتگوی پارادوکسی
سوم	اطمینان از انجام درست تکالیف زوجی، شروع تمرینات فردی	بررسی گزارش تکالیف، تجویز برنامهٔ زمانی پارادوکسیِ تجسمی	ادامهٔ برنامهٔ مدیریت نوبتی و گفتگوی دوجانبهٔ همراه با برنامهٔ تجسمیِ پارادوکسی
چهارم	بررسی و تصحیح برنامهٔ زمانی پارادوکسیِ تجسمی برای هر فرد	تنظیم برنامهٔ زمانی پارادوکسیِ تجسمی، کم و زیاد کردنِ تجویز نشانه در زمان‌های مربوط به هر فرد با توجه به شدت و ضعف هیجانات هر فرد	ادامهٔ تکالیف تجسمیِ پارادوکسی
پنجم	اضافه شدن تکالیف عملی پارادوکسی	بررسی رفتارهای پرخوری افراد گروه، اضافه کردن برنامهٔ زمانی پارادوکسی عملی به تمرینات تجسمی در زمان‌های مشخص	انجام تکالیف تجسمی به همراه تکالیف عملی و ادامهٔ برنامهٔ مدیریت نوبتی
ششم	کاهش هیجانات منفی و قطع سیکل‌های باطل پرخوری ناشی از احساسات منفی	بررسی تکالیف و اصلاح آنها، برحسب نیاز کم یا زیاد کردن تکالیف(با توجه به پیشرفت هر فرد)	ادامهٔ برنامهٔ زوجی در صورت نیاز و ادامهٔ برنامهٔ تجسمی و عملیِ فردی
هفتم	کاهش تکالیف تجسمی و عملی	اصلاح تکالیف تجسمی و عملی و تقلیل به دو نوبت در روز	ادامهٔ برنامهٔ تجسمی و عملیِ فردی
هشتم	اطمینان از کاهش هیجانات منفی و قطع سیکل‌های پرخوری	بررسی تکالیف و عملکرد افراد و تقلیل برنامهٔ تجسمی و عملی به روزی یک نوبت	ادامهٔ برنامهٔ تجسمی و عملیِ فردی
نهم	بررسی تمرینات درمانی و پیشرفت هر فرد در تمرینات تجسمی و عملیِ پارادوکسی	بررسی عملکرد افراد در طول مدت درمان و تقلیل تکالیف (تجسمی و عملی یک روز درمیان)	ادامهٔ برنامهٔ تجسمی و عملیِ فردی
دهم	بررسی بازخورد افراد از درمان. اتمام درمان و ارائهٔ توصیه‌های لازم	گرفتن بازخورد از آنها راجع به طرح درمانی و گرفتن پس‌آزمون	

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس مختلط استفاده گردید و در نرم‌افزار spss20 تجزیه و تحلیل انجام شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، افراد گروهِ گواه، در فهرست انتظار درمان قرار گرفتند.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های توصیفی به دست آمده، شرکت‌کنندگان با دامنهٔ سنی ۳۵ تا ۴۸ سال بودند که تحصیلات آنها در بازهٔ دیپلم تا دکتری قرار داشت. در جدول۲ شاخص‌های توصیفی «میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی» متغیر پژوهش به تفکیک گروه آورده شده است.

جدول۲- شاخص‌های توصیفی متغیر پژوهش

متغیر	آزمایش				کنترل			
پرخوری	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
پیش‌آزمون	۲۵/۵۰	۵/۳۳	-۰/۴۳۸	-۱/۱۱	۲۵/۰۸	۵/۲۶	-۰/۳۶۶	-۱/۵۹
پس‌آزمون	۴/۵۸	۱/۳۱	۰/۳۶۳	-۰/۷۵۹	۲۴/۸۳	۴/۵۸	-۰/۳۵۹	-۱/۶۷
پیگیری	۴/۴۲	۰/۹۹۶	-۰/۳۸۸	-۰/۹۷۴	۲۳/۵۸	۴/۴۲	-۰/۱۸۹	-۱/۴۲

با توجه به جدول۲، بین میانگین متغیر پژوهش در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت وجود دارد. جهت بررسی معناداریِ آماریِ این مقدار تفاوت، ابتدا با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک، نرمال بودن توزیع این متغیر با سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید گردید و پس از بررسی همگنی واریانس‌ها و همگونی شیب رگرسیون، تفاوت بین متغیرهای مستقل در گروه‌ها، در جدول۳ گزارش شدند.

جدول۳- آزمون‌های چندمتغیری

	نوع آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی	معناداری	ضریب ایتا
اثر درون آزمودنی‌ها	اثر پیلایی	۰/۹۰	۹۴/۶۳	۲۱ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	اثر هتلینگ	۹/۰۱	۹۴/۶۳	۲۱ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰
اثر مداخلهٔ آزمایشی (بین گروه‌ها)	اثر پیلایی	۰/۸۸	۷۴/۱۵	۲۱ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	اثر هتلینگ	۷/۰۶	۷۴/۱۵	۲۱ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸

در نتایج جدول۳ نشان داده شد که اثر درون آزمودنی‌ها با ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(2,21)}=$ ۹۴/۶۳) و اثرات مداخلهٔ آزمایشی (بین گروه‌ها) با ($P=$ ۰/۰۰۱ و $F_{(2,21)}=$ ۷۴/۱۵) معنادار است. به این معنا که بین دو گروه از نظر ترکیب متغیر وابسته (اختلال پرخوری)، با ۹۹ درصد اطمینان ($P\leq$۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد که بر اساس این

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

نتایج به ترتیب ۹۰٪ و ۰/۸۸ از کل واریانس توسط متغیر مستقل (مداخله) پیش‌بینی شده است. جهت بررسی همگنی واریانس‌های خطا، نتایج آزمون لوین برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر پرخوری از نظر آماری با ۹۵ درصد اطمینان ($P\geq$۰/۰۵) معنادار نبوده که نشان‌دهندهٔ برابری واریانس خطا در گروه‌های پژوهش است. خلاصهٔ تحلیل آزمون آماری تحلیل واریانس یک‌متغیره جهت بررسی اثرات درون آزمودنی‌ها بر متغیر وابسته در جدول۴ گزارش شده است.

جدول۴- خلاصهٔ تحلیل واریانس یک‌متغیره درون‌گروهی

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	η^2
مداخله	۱۹۲۰/۰۸	۱/۰۹	۱۷۵۷/۱۰	۱۷۱/۹۵	۰/۰۰۱	**۰/۸۹**
مداخله * گروه	۱۶۲۳/۵۸	۱/۰۹	۱۴۸۵/۷۶۷	۱۴۵/۴۰	۰/۰۰۱	**۰/۸۷**
خطا	**۲۴۵/۶۷**	**۲۴/۰۴**	**۱۰/۲۱۹**			

نتایج جدول۴ نشان داد که متغیر مستقل (مداخله درمانی)، به تنهایی برای اثر درون آزمودنی‌ها در متغیر پرخوری [۰/۸۹ = η^2، P<۰/۰۱، ۱۷۱/۹۵ = $F_{(۱/۰۹ \text{ و } ۲۴/۰۴)}$] تأثیر داشته است. به عبارت دیگر پروتکل درمانی با ۹۹ درصد اطمینان بر اختلال پرخوری مؤثر بوده است و ۸۹ درصد تغییرات ناشی از مداخلهٔ درمانی بوده است.

همچنین نتایج نشان داد که نوع درمان با سطوح مختلف (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تعامل دارد [۰/۸۷ = η^2، P<۰/۰۱، ۱۴۵/۴۰ = $F_{(۱/۰۹ \text{ و } ۲۴/۰۴)}$] و در سطوح مختلف آن تغییر می‌کند. بنابراین جهت بررسی تفاوت درون‌گروهی و به تبعیت از آن بررسی پایداری اثراتِ درمانی تا مرحلهٔ پیگیری از آزمون تعقیبی زوجی بونفرونی استفاده گردید.

جدول۵- آزمون تعقیبی بونفرونی جهت بررسی تفاوت درون‌گروهی

گروه		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۰/۹۲	۱/۶۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۱/۰۸	۱/۵۲	۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۲۰/۹۲	۱/۶۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۱۶۷	۰/۲۴۱	۱/۰۰

همان‌طور که در نتایج جدول۵ مشاهده شد، بین پیش‌آزمون (M= ۲۵/۵۰, SD=۱/۵۴) با پس‌آزمون (M= ۴/۵۸، SD=۰/۳۷۹) و پیگیری (M= ۴/۴۲، SD=۰/۲۸۸) تفاوت معناداری وجود داشت ($P\leq$ ۰/۰۱)، اما بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری با تفاوت میانگین (۰/۱۶۷) از نظر آماری با ۹۹ درصد اطمینان ($P\geq$ ۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود نداشت. این نتیجهٔ آماری از نظر مفهومی به این معناست که اثرات ناشی از درمان در متغیر پرخوری توانسته است تا مرحلهٔ پیگیری، اثرات خود را حفظ کند. در جدول۶ تحلیل واریانس یک متغیره، جهت بررسی اثرات بین‌گروهی در متغیر وابسته گزارش شد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

جدول۶- خلاصهٔ تحلیل واریانس یک متغیره بین گروهی

منبع	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضرایب ایتا
گروه	۳۰۴۲	۱	۳۰۴۲	۷۸/۸۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸۲
خطا	۸۴۸/۶۶	۲۲				

همانگونه که از نتایج جدول۶ پیداست، اثرات بین‌گروهی، با مقدار $F_{(1,22)}$=۷۸/۸۵۸ از نظر آماری ($P\leq$ ۰/۰۱) معنادار است، به این معنا که با ۹۹ درصد اطمینان بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت وجود داشته است که این میزان تأثیر، به مقدار ۷۸/۲ درصد گزارش شده است (ضریب ایتا= ۰/۷۸۲). این نتایج نشان دادند که بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با ۹۹ درصد اطمینان تفاوت وجود داشته است که۷۸/۲ درصد این تغییرات توسط متغیر مستقل (مداخلهٔ درمانی) تبیین شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین پروتکل درمانی مبتنی بر مدل برنامهٔ زمانیِ پارادوکسی و تعیین اثربخشی آن بر اختلال پرخوری زنان انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که پروتکل محقق ساخته بر اختلال پرخوری زنان مؤثر بوده است. گفتنی است یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات انجام شده در خصوص تأثیر پارادوکس‌درمانی بر اختلالات اضطرابی همسو است. در پژوهش‌هایی که اثربخشی برنامهٔ زمانیِ پارادوکسی را در مقایسه با درمان دارویی و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، بر کاهش علائم اختلال وسواس اجباری، مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان دادند که معناداری بالینی و درصد بهبود برنامهٔ زمانیِ پارادوکسی، نسبت به درمان مواجهه و دارودرمانی بالاتر بوده است و درمان برنامهٔ زمانیِ پارادوکسی، روش مناسب و زودبازدهی برای کاهش علائمِ وسواس است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۹). سنجش اثربخشی برنامهٔ زمانی پارادوکسی بر روی فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی[1] نشان داد که این مدل درمانی بعد از پنج جلسهٔ درمانی و سپس ۱۸ماه پیگیری، درمانی عمیق و پایدار بوده است و به عنوان رویکردی کوتاه‌مدت برای درمان وسواس فکری-عملی پیشنهاد گردید(بشارت، ۱۳۹۷). در پژوهش دیگری که تأثیر مدل برنامهٔ زمانیِ پارادوکسی را بر روی فرد مبتلا به اختلال اضطرابی[2] بررسی کرد، نتایج نشان دادند این مدل روان‌درمانی، مؤثر بوده است و پس از ۲۸ ماه پیگیری، دارای ثباتی مناسب بوده است (بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹). همچنین تأثیر درمان پارادوکسی بر اختلال اضطراب اجتماعی[3]، پس از سه جلسهٔ درمانی، موفقیت‌آمیز بود و پیگیری سه ساله نیز، نشان داد که تغییرات رضایت‌بخش درمانی از ثبات و پایداری مناسبی برخوردار بوده است (بشارت، ۱۳۹۸).

با نظر به اینکه مدل درمانی پارادوکسی شامل دو مؤلفهٔ فردی و بین‌فردی است، لذا می‌توان پروتکل تدوین شده را به عنوان درمانی جامع برای اختلال پرخوری در نظر گرفت. ویژگی‌های این مدل درمانی در اهداف درمانی آن قابل ملاحظه است. از جمله رفع کلیهٔ هیجانات منفی مرتبط با پرخوری و اندام، از میان برداشتن عادات رفتاری نامناسب و اصلاح روابط مهم بین‌فردی بود که سهم بسزایی در درمان داشت. وجود سرزنش در مورد اندام و پرخوری موجب می‌شود، فرد نتواند آزادانه و آگاهانه به اندازهٔ کافی و مورد نیاز اقدام به خوردن کند. جهت رفع این هیجانات از تکنیک تجسمیِ پارادوکسی در پروتکل درمانی

[1] Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
[2] Illness Anxiety Disorder
[3] Social Anxiety Disorder(SAD)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

بهره برده شد. اقدام به خوردن تنها در زمان نیاز جسمی از دیگر اهداف درمان بود. از تکنیک عملی پارادوکسی، جهت انجام این هدف درمانی استفاده شد. در این تکنیک، افراد به نوعی با برخی عادات نامناسب خود مواجه شده و از تکرار سیکلهای اجتناب و اجبار در خوردن و تند خوردن جلوگیری می‌شود.

لازم بذکر است، در نظرخواهی از شرکت‌نندگان در انتهای درمان، اکثر آنها اظهار داشتند که پس از انجام تمرینات بین‌فردی، سهم قابل‌توجهی از فشار روانی که ناخودآگاه آنها را بسمت پرخوری می‌کشاند، کاهش یافته بود. از طرفی به دلیل اینکه رژیم‌های غذایی و یا اجتناب و کنترل، خود از عوامل ایجادکنندهٔ اختلال پرخوری هستند، در طی درمان، در اجرای تمرینات عملیِ پارادوکسی، مراجعین ترغیب شدند که هیچ‌گونه کنترلی بر روی خوردن خود نداشته باشند زیرا که یکی از اهداف درمانی، انتخاب آزادانه و آگاهانه در مصرف مواد غذایی بود. اکثر شرکت‌کنندگان پس از اجرای درمان بیان داشتند که رابطهٔ بین ذهن و بدن‌شان مستقیم شده است! یعنی همواره به گرسنگی و سیری خود بدون هیچ‌گونه اجبار و اجتنابی آگاه هستند. این آگاهی زمانی رخ می‌دهد که فشارهای روانی ناشی از کنترل و سرزنش پرخوری و احساس منفی نسبت به اندام، از روی فرد برداشته شوند. بدین معنا که وقتی فشار روانی هیجان‌هایِ منفی زیاد باشد، افرادی که در تنظیم هیجان خود مشکل داشته باشند، جهت تعدیل انرژی روانی خود، به سمت پرخوری کشانده می‌شوند. پروتکل تدوین شده با رفع اضطراب و قطع سیکل‌های رفتاریِ پرخوری، موجب شد تا با تقویت ایگو و بالاتر رفتن آگاهی، افراد بتوانند در تنظیم هیجانات خود بهتر عمل کنند. شرکت کنندگانی که وابستگی زیادی به خوردن شیرینی جات و شکلات داشتند، پس از اجرای تمرینات عملی پارادوکسی، اظهار داشتند که قبلاً متوجه شیرینی بسیار زیاد آنها نبودند. چون زمانهایی اقدام به پرخوری می‌کردند که در اثر فشار هیجانات منفی، هم خیلی سریع و هم برای اینکه حسی بهتر داشته باشند، حجم بیشتری مصرف می‌کردند.

در پژوهش حاضر برای اولین‌بار پروتکلِ مبتنی بر پارادوکس‌درمانی جهت درمان اختلال پرخوری در زنان، تدوین و اجرا گردید. اثربخشی این مدل درمانی و بررسی نتایج دو ماه پیگیری، تأثیر سریع، عمیق و ماندگار آن به عنوان درمانی کوتاه‌مدت، تأیید گردید. لذا با توجه به شیوع قابل توجه اختلال پرخوری در جامعهٔ زنان، پروتکل درمانیِ مبتنی بر مدلِ برنامهٔ زمانیِ پارادوکسی، می‌تواند به طور مؤثر در کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی مورد توجه و استفاده روان‌شناسان و مشاوران قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش که در بیشتر پژوهش‌های آزمایشی دیده می‌شود، امکان پاسخ‌های غیرواقعی و تحریف شده در پاسخ به سؤالات پرسشنامه است. برخی از افراد به علت مقاومت بالایی که نسبت به درمان داشتند، در پر کردن پرسشنامه‌ها علی‌رغم شدت بالای پرخوری‌ای که داشتند، با دید محافظه‌کارانه‌ای پاسخ دادند. با توجه به اینکه پژوهش حاضر در جامعهٔ زنان اجرا گردیده است، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جامعهٔ مردان نیز اجرا و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مورد مقایسه گیرد و در پژوهش‌های آتی اثربخشی پروتکل درمانی مبتنی بر مدل برنامه زمانیِ پارادوکسی، با سایر روش‌های درمانِ اختلال پرخوری نیز مورد مقایسه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از مدیر مسئول کلینیک تخصصی تغذیه دانشگاه شهید بهشتی و سایر کارکنان این مرکز که صمیمانه در اجرای این پژوهش همکاری داشتند و نیز شرکت‌کنندگان در پژوهش، تشکر و قدردانی می‌گردد. این مقاله براساس بخشی از داده‌های رسالهٔ دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، نوشته شده است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

منابع

Ahmadi S, Rezaei A, Samani S, Kazemi S. Comparing the Effect of Exposure and Response Prevention and Paradoxical Time Table Therapy Techniques on the Obsessive-Compulsive Disorder Patients. Horizon Med Sci. 2020; 26 (3):244 259. [Persian].

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013 May 22.

Becker AE. Sociocultural influences on body image and eating disturbance. InEating disorders and obesity: A comprehensive handbook 2018 Mar 21 (pp. 127-133). Guilford Press, New York.

Besharat, Mohammad Ali. Paradox + Timetable = Cure. First Edition, Roshd Pub; 2017. [Persian].

Besharat, Mohammad Ali. The complete model of couple therapy by PTC method, first edition, Roshd Pub; 2018. [Persian].

Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. Journal of psychologicalscience. 2019 Jul 10; 18(76):383 396. [Persian].

Besharat MA, Naghipoor M. The Application of a New Model of Paradox Therapy for the Treatment of Illness Anxiety Disorder: A Case Report. Clin Case Rep Int. 2019; 3. 1100. [Persian].

Ciarma JL, Mathew JM. Social anxiety and disordered eating: The influence of stress reactivity and self-esteem. Eating behaviors. 2017 Aug 1; 26:177-81.

Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. Guilford Press; 2008 Apr 21.

Ginsburg SM. An integrative group model treatment program for binge eating disorder. ProQuest; 2007.

Golkarian P, Delavar A. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Diet Therapy on Weight Reduction and Promotion of Lifestyle Self-Efficacy in Obese People. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2018 Dec 10; 6(4):340-8. [Persian].

Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. Addictive behaviors. 1982 Jan 1; 7(1):47-55.

Higgins Neyland MK, Bardone-Cone AM. Tests of escape theory of binge eating among Latinas. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology .2017 Jul;23(3):373.

Hill ML, Masuda A, Melcher H, Morgan JR, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. Cognitive and behavioral practice. 2015 Aug 1; 22(3):367-378.

Holmes M, Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H, Broadbent J. Understanding the link between body image and binge eating: a model comparison approach. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2015 Mar1; 20 (1):81-9.

Kachooei M, Hasani J, Amrollahi Nia M. Comparison of impulsivity and difficulties in emotion regulation among overweight women with and without binge eating disorder. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2016 Feb15;17 (5):391-401. [Persian].

Kazemi Frooshani Z, Mirdricvand F, Ghazanfari F. Designing and Testing a Model of the Antecedents of Eating Disorders Symptoms in Female Students of Isfahan University in 2017: A Descriptive Study . Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2019 Jun 10; 18(4):377-390. [Persian].

Klatt IM. Treating the Obese---Binge Eating Disorder and Food Addiction: A Model Program. ProQuest; 2008.

Lee AY, Reynolds KD, Stacy A, Niu Z, Xie B. Family functioning, moods, and binge eating among urban adolescents. Journal of behavioral medicine. 2019 Jun 42(3):511-21.

Levinson CA, Rodebaugh TL, White EK, Menatti AR, Weeks JW, Iacovino JM, Warren CS. Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation. Distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders? Appetite. 2013 Aug 1; 67:125-33.

Linardon J, Braithwaite R, Cousins R, Brennan L. Appearance-based rejection sensitivity as a mediator of the relationship between symptoms of social anxiety and disordered eating cognitions and behaviors. Eating behaviors. 2017 Dec 1; 27:27-32.

mahmood alilou M, heydari aghdam B. THE EFFECTIVNESS OF EMOTION REGULATION AND MINDFULNESS TRAINING ON BULIMIA NERVOSA SYMPTOMS. Stud Med Sci. 2019; 29 (12):888-895. [Persian].

Mason TB, Smith KE, Lavender JM, Lewis RJ. Independent and interactive associations of negative affect, restraint, and impulsivity in relation to binge eating among women. Appetite. 2018 Feb 1; 121:147-53.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]

[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]

McManus F, Waller G. A functional analysis of binge-eating. Clinical psychology review. 1995 Jan 1; 15(8):845-63.

Menatti AR, DeBoer LB, Weeks JW, Heimberg RG. Social anxiety and associations with eating psychopathology: Mediating effects of fears of evaluation. Body Image. 2015 Jun 1; 14:20-8.

Mohammadi Z, Soleimani A, Fathi Ashtiani A, Ashrafi E, Mokhberi K. Comparison of the effectiveness of Paradoxical Time Table Therapy, Exposure and Response Prevention and pharmacotherapy on Reducing Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2019 Apr 10; 9:63. [Persian].

Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the binge eating scale among Iranian obese population. Iranian Journal of Psychiatry. 2009:143-6. [Persian].

Narimani M, Nezhad G. The role of psychological factors in predicting binge eating disorder. Journal of School Psychology. 2014 Dec 11; 3(3):86-105. [Persian].

Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. International Journal of Eating Disorders. 2000 Nov; 28(3): 265-71. [Persian].

Peat CM, Berkman ND, Lohr KN, Brownley KA, Bann CM, Cullen K, Quattlebaum MJ, Bulik CM. Comparative effectiveness of treatments for binge-eating disorder: Systematic review and network meta-analysis. European Eating Disorders Review. 2017 Sep; 25(5):317-28.

Rahmani M, Omidi A. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Quality of Life Among Women with Overweight and Binge Eating Disorder: A Clinical Trial. JRUMS. 2019; 18 (2):133-146. [Persian].

Roustaee R, Hajifaraji M, Dezhkam M, Houshiar-rad A, Mehrabi Y, Zowghi T. Prevalence of eating disorders and some of the factors related to them among high school female students in the City of Tehran, 2010. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology. 2013 May 10; 8(1):135-44. [Persian].

Simon, J., Gowers, Lingerin. Eating Disorders (Abdullah Shafiabadi and Parisa Golkarian, translators). First Edition, Tehran: Roshd Pub; 2016. (Main publication 2009).

Stice E, Shaw H. Eating disorders: Insights from imaging and behavioral approaches to treatment. Journal of Psychopharmacology. 2017 Nov; 31 (11) :1485-95.

Smith KE, Mason TB, Crosby RD, Cao L, Leonard RC, Wetterneck CT, Smith BE, Farrell NR, Riemann BC, Wonderlich SA, Moessner M. A comparative network analysis of eating disorder psychopathology and co-occurring depression and anxiety symptoms before and after treatment. Psychological medicine. 2019 Jan; 49(2):314.

Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. Archives of general psychiatry. 2010 Jan 1; 67(1):94-101.

Zebardast A, Besharat MA, Bahrami Ahsan H. compare the efficacy of interpersonal therapy and emotional management on weight loss in obese and overweight women. QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY. 2015 Sep 23; 4(15):49-74. [Persian].

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1399.14.2.6.1]

[DOI: 10.52547/rph.14.2.81]