



اثربخشی رفتار درمانی - شناختی بر پریشانی روانشناختی در افراد مبتلا به پر خوری عصبی

ماریا شیرخانزاده: دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد امارات متحده عربی
محمد حاتمی: دانشیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) Hatami513@gmail.com
غلامرضا صرامی فروشانی: استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد امارات متحده عربی
حسن احدی: دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

شناختی-رفتاری،
پریشانی روان شناختی،
پر خوری عصبی،
اضافه وزن

زمینه و هدف: اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع روانی / روان تنی به شمار می‌روند که مشکلات فراوانی در سلامت جسمانی و عملکرد روانی را باعث می‌شوند. تحقیق حاضر با هدف اثربخشی رفتار درمانی - شناختی بر پریشانی روان شناختی افراد مبتلا به پر خوری عصبی انجام شد.

روش کار: در این مطالعه نیمه آزمایشی، جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر مبتلا به پر خوری عصبی بود که در مقطع متوسطه دوم شهر کرمان در ناحیه ۲ آموزش و پرورش مشغول به تحصیل بودند. حجم نمونه برابر با ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که به دو گروه ۱۵ نفره تجربی و کنترل تقسیم شدند. ابزار تحقیق شامل پرسشنامه‌های رفتارهای پر خوری گورمالی و همکاران (۱۹۸۲)، پریشانی روانشناختی لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) بود. جلسات درمان شناختی- رفتاری در مدت ۱۲ جلسه و به مدت تقریبی ۲ ماه به طول انجامید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج بررسی درون گروهی نشان می‌دهد که در گروه تجربی سطح رفتار پر خوری، افسردگی، اضطراب، استرس کاهش معنی‌داری داشتند. همچنین نتایج بررسی بین گروهی در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون دو گروه نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین سطح متغیرهای مورد مطالعه گروه تجربی با گروه کنترل مشاهده شد.

نتیجه گیری: به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که مداخله‌های روانشناختی از قبیل رفتار درمانی - شناختی بر میزان رفتار پر خوری، افسردگی، اضطراب، استرس در افراد مبتلا به پر خوری عصبی مؤثر است، لذا بکارگیری این گونه مداخله‌ها برای افراد مبتلا به پر خوری عصبی لازم و ضروری است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Shir Khanzadeh M, Hatami M, Sarami Froushani G, Ahadi H. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Psychological Distress in People with Bulimia Nervosa. Razi J Med Sci. 2023;29(10):1-9.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.



The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Psychological Distress in People with Bulimia Nervosa

Maria Shirkhanzadeh: PhD Student in Health Psychology, Islamic Azad University, United Arab Emirates Unit

Mohammad Hatami: Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran (*Corresponding author) Hatami513@gmail.com

Gholamreza Sarami Foroushani: Professor, Department of Psychology, Islamic Azad university, United Arab Emirates Unit

Hassan Ahadi: Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Eating disorders are one of the most common mental / psychological disorders that cause many problems in physical health and mental function and also impair the quality of life of the sufferer and cause death. Eating disorders can cause eating disorders and threaten a person's health by altering their diet and receiving poor nutrients. Overeating disorder is an eating and eating disorder that is now officially recognized as a diagnosis. It affects approximately 2% of the world's population and can cause other health problems related to diets, such as high cholesterol and diabetes. Nutrition and eating disorders are not just about food, which is why they are known as mental disorders. People often use them as a way to deal with a deeper problem or other psychological condition such as anxiety or depression. People with anorexia nervosa may eat a lot of food in a short time, even if they are not hungry. Stress or emotional distress is often involved and may cause overeating. Lack of emotional regulation justifies overeating in various behaviors such as restricting food, valuing weight, shape, and negative emotions. Also, lack of emotion regulation has a strong relationship with overeating, so consuming too much food reduces the intensity of emotions. If emotion regulation fails, self-regulation in other areas, such as controlling eating behavior, can also fail; therefore, it seems likely that the models explaining overeating behavior in overeating disorder and overeating in obesity are related to failure in self-regulation due to intense emotions. Eating behavior is a complex phenomenon that involves the breadth and frequency of periods of eating and choosing daily foods and determines the amount of energy received by the individual and is the result of environmental, physiological, and psychological factors. Therefore, therapy can be effective in reducing eating disorders that can help the person in controlling his behavior and emotions. A meta-analytical look at the therapies used to treat eating disorders in the last decade shows that most research has focused on cognitive-behavioral therapy. The cognitive-behavioral approach of eating disorders focuses on cognitive distortions and attempts to change emotions and behaviors, and focuses on behavior. The therapist helps the patient identify their cognitive distortions and replace them with more positive and realistic ways of thinking. There is a vacuum of research in this area. Given the above, the present study seeks to answer the question of whether the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychological distress, obesity, and emotion disorder in people with bulimia will be different?

Methods: Due to the nature of the subject of the present study, the method of the present study is quasi-experimental and is a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population was considered as high school students. Therefore, the statistical

Keywords

Cognitive-Behavioral,
Psychological Distress,
Bulimia Nervosa,
Overweight

Received: 05/11/2022

Published: 02/01/2023

population of the present study is all-female high school students in Kerman in District 2 of Education. The sample size was selected as a multi-stage cluster from 4 girls' high schools. First, through bulimia (bulimia nervosa) Gormali, Black, Duston, Radin (1982) questionnaire, and clinical interview, 45 students with bulimia nervosa were identified and selected and randomly assigned to three groups of 15. Inclusion criteria were having the conditions to participate in intervention sessions (availability), determining students' satisfaction with cooperation, not taking medical and psychiatric drugs, not having acute medical or metabolic disorders through screening tests and exit criteria these included not being able to attend intervention sessions (unavailability), student dissatisfaction, taking medications and psychiatry, and having an acute medical or metabolic disorder. The research instrument was Gormali, Black, Duston, Radin's (1982) Overeating Behaviors Scale (DAS). The experimental groups underwent cognitive-behavioral intervention. Data analysis was performed using an independent t-test.

Results: The results of this test indicate that there is a significant difference between the depression subscale and the psychological distress variable of people with bulimia nervosa in the two post-test groups. Also, the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the rate of anxiety and depression in the post-test was not significantly significant.

Conclusion: The cognitive-behavioral approach of eating disorders is based on cognitive distortions and attempts to change emotions and behaviors and focuses on behavior. The therapist helps the patient identify their cognitive distortions and replace them with more positive and realistic ways of thinking. Explaining the result, it is stated that the disorder of emotions and feelings in students is one of the major problems in adolescence, which is a critical and sensitive period, which has unpleasant consequences, including bulimia nervosa. Is created. Adolescent students with bulimia nervosa develop unregulated emotions, feelings, and emotions. Emotional Dysregulation plays a significant role in the development and persistence of eating disorders. People with overeating disorders use inefficient and troublesome methods to deal with their emotions. These techniques may temporarily reduce arousal, but over time, not only do they intensify emotional coping, but they themselves become a problem, suggesting that overeating behaviors are in fact maladaptive ways to control emotion. Explaining the result also states that anxiety and worry is a good opportunity for common behavioral disorders such as anxiety, depression, and stress. Therefore, in these situations, restoring a sense of control and increasing self-confidence and a sense of self-efficacy can be an important factors in treatment and recovery. Cognitive-behavioral therapy is one of the treatment approaches that help to solve the problems caused by dysfunction in emotions, cognitions, and behavior using a systematic and purposeful method. In other words, it can be said that in cognitive behavioral therapy, the strengths of behavioral therapy and cognitive therapy approaches, ie objectivism, evaluation, and measurement on the one hand and the involvement of memory in cognitive reconstruction and information interpretation, on the other hand, are gathered. And in the form of a single body in the form of a new approach. People with binge eating disorders are often more obese than people with anorexia nervosa. Therefore, the primary focus of treatment in this study was weight loss, and clients were told that the primary priority in treatment was to eliminate overeating behaviors and develop good habits. Eat, to achieve this goal. Second, issues such as obesity, nutrition, and regular exercise were considered. There is no difference in the cognition of people with bulimia nervosa.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Shirkhanzadeh M, Hatami M, Sarami Foroushani G, Ahadi H. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Psychological Distress in People with Bulimia Nervosa. *Razi J Med Sci.* 2023;29(10):1-9.

*This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

مقدمه

اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع روانی/ روان‌تنی به‌شمار 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 (۱). 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 (۲). اختلال پرخوری، نوعی اختلال تغذیه و خوردن است که اکنون به‌عنوان یک تشخیص رسمی شناخته شده است. این بیماری تقریباً ۲ درصد از مردم جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند مشکلات بهداشتی دیگری را در ارتباط با رژیم غذایی، مانند سطح کلسترول بالا و دیابت ایجاد کند (۳). تغذیه و اختلالات خوردن تنها مربوط به غذا نیست، به همین دلیل آنها به‌عنوان اختلالات روانی شناخته می‌شوند. مردم معمولاً آنها را به‌عنوان روشی برای مقابله با یک مسئله عمیق‌تر یا شرایط روانی دیگر مانند اضطراب یا افسردگی مطرح می‌کنند (۴). افراد مبتلا به اختلال پرخوری، ممکن است در مدت کوتاهی غذای زیادی بخورند، حتی اگر گرسنه نباشند. استرس یا ناراحتی احساسی اغلب نقش دارد و ممکن است باعث پرخوری شود (۵). پرخوری مستلزم مصرف مقادیر زیاد غذا بسیار سریع است، حتی وقتی گرسنه نیستید و تا حدی ناراحت‌کننده است. تقریباً همه افراد هر چند وقت یک بار بیش از حد غذا می‌خورند، اما همچنین می‌توانند به یک اختلال تبدیل شوند (۶). در این نوع اختلال، علاوه بر خوردن غذای زیاد بیش از حد و تا حد ناراحتی، این وضعیت همچنین با احساس خارج از کنترل هنگام غذا خوردن و احساس شرم یا گناه نسبت به رفتار مشخص می‌شود (۷). قسمت‌هایی از پرخوری که به‌عنوان پرخوری طبقه‌بندی می‌شوند می‌توانند به‌طور قابل توجهی و منفی بر سلامت و رفاه فرد تأثیر بگذارند، بنابراین شناسایی علائم و نشانه‌های پرخوری و دریافت کمک در صورت لزوم بسیار مهم است (۸). انواع مختلفی از رفتارهای خوردن تشخیص داده شده‌اند که شامل خوردن کنترل نشده، خوردن هیجانی و خویشتن‌داری در خوردن و هر کدامشان با علت شناسی خاص خودشان (منشاء گرفته از تئوریه‌ها، به‌عنوان مثال،

تئوری بیرونی، تئوری روان‌تنی و تئوری خویشتن‌داری) هستند. در آسیب‌شناسی روانی اختلالات خوردن، مشخص شده است که افرادی که اختلال خوردن دارند عدم تنظیم هیجانات بی‌شتی را نسبت به افراد سالم گزارش می‌کنند (۹).

همچنین عدم تنظیم هیجانی پرخوری را در رفتارهای مختلف مانند محدود کردن غذا، ارزش‌گذاری به وزن، شکل و عواطف منفی توجیه می‌کند. همچنین عدم تنظیم هیجانات با پرخوری رابطه قوی دارد به‌گونه‌ای که مصرف غذای زیاد شدت هیجانات را کم می‌کند (۱۰). اگر تنظیم احساسات دچار شکست شود، خود تنظیمی 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 خود تنظیمی به دلیل احساسات شدید باشد (۱۱). رفتار خوردن، پدیده پیچیده‌ای است که در برگیرنده 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 (۹). از این رو درمانی می‌تواند در کاهش اختلالات خوردن موثر باشد که بتواند به فرد مبتلا در کنترل رفتاری و هیجانی‌اش کمک کند (۱۲). نگاهی فراطرحیلی به درمان‌های به‌کاربرده شده برای درمان اختلالات خوردن در دهه اخیر نشان می‌دهد بیشترین تحقیق‌ها متمرکز بر درمان شناختی- رفتاری بوده است (۱۳). رویکرد شناختی رفتاری اختلالات خوردن بر تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر عواطف و رفتارهایی است و روی رفتار تمرکز دارد. در مانگر به بیمار کمک می‌کند تا تحریفات شناختی خود را شناسایی کرده و شیوه‌های تفکری مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تری را جایگزین آن‌ها کند (۱۴). پاردوس (Pardos) و همکاران (۲۰۲۱)، در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که مداخلات ذهن‌آگاهی در همه تشخیص‌ها از مراقبت‌های معمول برتر است، اما نمی‌توان برتری آن‌ها را نسبت به درمان شناختی رفتاری نتیجه گرفت (۱۵). نتایج تحقیق جواراسکیو (Juarascio) و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو روش مداخله در بهبود افکار خودآیند

(پرخوری عصبی) گور مالی (Gormally) و همکاران (۱۹۸۲) و مصاحبه بالینی ۳۰ نفر از دانش آموزان دارای پرخوری عصبی تشخیص و انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفری به صورت گمارش تصادفی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از داشتن شرایط شرکت در جلسات مداخله (در دسترس بودن)، تعیین رضایت همکاری دانش آموزان، عدم مصرف داروهای درمانی و روانپزشکی، نداشتن اختلال پزشکی یا متابولیک حاد از طریق انجام آزمایش‌های غربالگری و ملاک‌های خروج عبارت بودند از عدم شرایط شرکت در جلسات مداخله (در دسترس نبودن)، عدم رضایت دانش آموزان، مصرف داروهای درمانی و روانپزشکی و داشتن اختلال پزشکی یا متابولیک حاد. ابزار گردآوری داده‌های تحقیق شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه رفتار پرخوری (بولیمیا) که توسط گورمالی، بلک، داستون، رادین (۱۹۸۲) برای سنجش شدت پرخوری طراحی شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از در مان ۰/۹۴ و بعد از در مان ۰/۹۲ محاسبه شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم ۴ گزینه ای و ۲ آیتم ۳ گزینه ای بوده است که دامنه آن از خیلی موافق نمره ۴ تا کاملاً مخالف نمره ۱ صفر گسترده است. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۴۶ است که کسب نمره ۱۶ و بالاتر وجود اختلال پرخوریا (بولیمیا) را نشان می‌دهد. فرم ایرانی این مقیاس توسط مولودی و همکاران روی ۶۰ آزمودنی اجرا شد که حساسیت آن ۰/۸۵ درصد و اعتبار آزمون بازآزمون ۰/۷۲ محاسبه شد. پرسشنامه پریشانی روانشناختی - افسردگی، اضطراب، استرس که توسط لایبوند و لایبوند در سال ۱۹۹۵ تدوین گردید و مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. هر یک از خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سوال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجا که فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی)، ۲۱ سوالی است، نمره نهایی

منفی و رفتارهای خود آسیب‌رسان در پس آزمون و پیگیری وجود ندارد (۱۶). پالاوراس (Palavras) و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیقی به بررسی تأثیر مداخله رفتاری مبتنی بر پذیرش در جلوگیری از کاهش وزن در زنان جوان پرداختند. نتایج این تحقیق که در طی ۱۵ جلسه مداخله در طی ۳ ماه انجام گرفت نشان داد که مداخله در گروه آزمایش تأثیر معنی‌داری در کاهش وزن نداشته است (۱۷). فورد هام (Fordham) و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود نشان دادند که مداخله رفتاری مبتنی بر پذیرش در کاهش وزن در افراد چاق مؤثر است (۱۸). فورمن (Forman) و همکاران (۲۰۱۸) در یک تحقیق به بررسی مداخله رفتاری برای کاهش وزن پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد مداخله مبتنی بر پذیرش رفتاری روی توقف و کاهش وزن مؤثر بوده است. این اثربخشی در زنان نسبت به مردان بیشتر بوده است. همچنین میزان اثربخشی مداخله تحت تاثیر تحصیلات قرار داشته است (۱۹). خلاء تحقیق‌های انجام شده در این زمینه است. با توجه به آن چه مطرح شد تحقیق حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا اثربخشی رفتار درمانی - شناختی بر پریشانی روان‌شناختی، چاقی و بی‌نظمی هیجان افراد مبتلا به پرخوری عصبی متفاوت خواهد بود؟

روش کار

با توجه به ماهیت موضوع پژوهش حاضر، روش تحقیق حاضر نیمه آزمایشی و از طرح‌های پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است که با کد اخلاق IR.IAU.AHVAVZ.REC.1400.159 در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز به تصویب رسید. جامعه آماری شامل دانش آموزان دختر مبتلا به پرخوری عصبی بود که در مقطع متوسطه دوم شهر کرمان در ناحیه ۲ آموزش و پرورش دانش آموزان مشغول به تحصیل بودند. از این رو جامعه آماری تحقیق حاضر کلیه دانش آموزان دختر متوسطه دوم شهر کرمان در ناحیه ۲ آموزش و پرورش است. حجم نمونه ابتدایی به صورت خوشه‌ای چندمرحله ای از ۴ دبیرستان دختران انتخاب شد. ابتدا از طریق پرسشنامه بولیمیا

جدول ۱- پروتکل درمان شناختی رفتاری به تفکیک جلسه‌ها

جلسه	عناوین جلسات مداخله درمان شناختی-رفتاری
اول	بیان رئوس کلی برنامه، توضیح اختلال و بیان اهداف
دوم	جستجوی علل شروع کننده رفتارهای پرخوری، بررسی پیامدهای پرخوری، توضیح سیکل معیوب پرخوری، برنامه‌ریزی وعده های غذایی و ارائه راهکارهایی برای تغییر و خوردن سالم
سوم	توضیح درباره‌ی ارتباط افکار، احساس و رفتار، افکار اتوماتیک و سبک‌های ناکارآمد تفکر
چهارم	ارزیابی افکار، به چالش کشیدن افکار ناکارآمد، بازسازی و تغییر افکار ناکارآمد و نشان دادن اثرات تفکر تجدید نظر شده
پنجم	بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد و توضیح درباره اینکه چه طور پیامدها، خود در زنجیره رفتاری بزرگ‌تر علت می‌شوند و استفاده از تغییر روش‌ها برای شکستن این زنجیره ناکارآمد
ششم	مدیریت تکانش‌ها، آموزش و ارائه راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر، بالا بردن خلق و افزایش رخدادهای خوشایند.
هفتم	توضیح تصویر تن، بیان ارتباط تصویر تن و پرخوری، تغییر افکار ناکارآمد درباره تصویر تن و ارائه راهکارهایی برای بهبود آن.
هشتم	بیان عزت نفس و این که افراد چگونه خود را تعریف می‌کنند، به چالش کشیدن صحت ارزیابی‌های منفی افراد و اصلاح نقاط ضعف آن‌ها
نهم	آموزش مدیریت استرس و حل مسئله
دهم	آموزش جرأت‌ورزی
یازدهم	مدیریت وزن، توضیح درباره اینکه وزن مناسب برای آن‌ها چه مقدار است، آموزش تمرین‌های سالم و راهکارهایی برای ابقاء وزن سالم
دوازدهم	برنامه‌ریزی 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 مهارت‌های آموخته شده و ایجاد یک سبک زندگی سالم

همچنین برای آموزش مداخله‌های درمان مبتنی بر شناختی رفتاری در مدت ۱۲ جلسه بر اساس پروتکل جودیت اس. بک (Judith S. Beck) (۱۹۹۵) انجام شد و این مدخله به مدت تقریبی ۲ ماه به طول انجامید که در این قسمت هر یک از پروتکل‌های مذکور با استناد به جدول شماره ۱ ارائه شده است (۱۰).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. آمار توصیفی شامل شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و توصیف توزیع متغیرهای پژوهش است. آمار استنباطی شامل بررسی مفروضه‌های تحلیل از آزمون تی مستقل با استفاده از نرم افزار SPSS-24 است.

یافته‌ها

اطلاعات جدول ۲، میانگین و انحراف معیار دو گروه تجربی و کنترل، در متغیرهای مورد مطالعه را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهند. نتایج بررسی درون گروهی نشان می‌دهد که در گروه تجربی سطح رفتار پرخوری، افسردگی، اضطراب، استرس کاهش معنی‌داری داشتند (مقدار p به ترتیب برابر است با ۰/۰۳۰، ۰/۰۴، ۰/۰۲، ۰/۰۲)، در حالی که در گروه کنترل تغییر معنی‌داری مشاهده نشد ($p > ۰/۰۵$).

هر یک از این خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. کاربرد این مقیاس اندازه‌گیری شدت نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. برای تکمیل پرسشنامه فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته گذشته مشخص کند. از آنجا که این مقیاس می‌تواند مقایسه‌ای از شدت علائم در طول هفته‌های مختلف فراهم کند، می‌توان از آن برای ارزیابی پیشرفت درمان در طول زمان استفاده کرد. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را در مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج تحقیق آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در تحقیق مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲۳/۸۹، ۱/۲ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار باز آزمایشی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند.

جدول ۲- نتایج حاصل از آزمون تی مستقل بر روی افسردگی، اضطراب، استرس

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	تغییرات درون گروهی	تغییرات بین گروهی
		انحراف استاندارد \pm میانگین	انحراف استاندارد \pm میانگین		
رفتار پرخوری	تجربی	۱۹/۰۱ \pm ۱/۸۲	۱۳/۲۵ \pm ۲/۱۷	* ۰/۰۳۰	** ۰/۰۰۲
	کنترل	۲۰/۵۴ \pm ۲/۰۴	۲۲/۰۲ \pm ۱/۹۰	-/۰۷	
افسردگی	تجربی	۱۱/۲۶ \pm ۲/۹۸	۷/۳۳ \pm ۴/۲۸	* ۰/۰۰۴	** ۰/۰۰۶
	کنترل	۱۲/۶۶ \pm ۳/۷۹	۱۰/۰۶ \pm ۲/۸۴	-/۰۸	
اضطراب	تجربی	۱۰/۷۳ \pm ۴/۵۶	۶/۰۶ \pm ۳/۱۴	* ۰/۰۰۲	** ۰/۰۴۰
	کنترل	۱۰/۹۴ \pm ۲/۰۵	۱۰/۲۰ \pm ۳/۰۰	۱/۳۵	
استرس	تجربی	۱۵/۰۰ \pm ۲/۵۴	۹/۳۴ \pm ۲/۴۶	* ۰/۰۰۲	** ۰/۰۰۵
	کنترل	۱۴/۱۳ \pm ۲/۰۹	۱۲/۵۴ \pm ۳/۲۴	۱/۸۶	

* سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در تغییرات درون گروهی

** سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در تغییرات بین گروهی

آموزان نوجوان مبتلا به پرخوری عصبی از عواطف، احساسات و هیجان‌های غیر تنظیم شده برقرار هستند. بدتنظیمی هیجان نقش چشمگیری در ایجاد و تداوم اختلالات خوردن بر عهده دارند. افراد مبتلا به اختلال پرخوری برای مقابله با هیجان‌های خود از روش‌های ناکارآمد و دردسرساز استفاده می‌کنند. این روش‌ها ممکن است به طور موقت سبب کاهش میزان برانگیختگی شوند اما پس از مدتی، نه تنها مقابله هیجانی را تشدید کرده بلکه خود به یک مشکل تبدیل می‌شوند (۵). مطرح کردند که رفتارهای پرخوری در واقع روش‌های ناسازگارانه‌ای برای کنترل هیجان هستند. از این رو به افراد در تنظیم هیجان‌ها به روش‌های کارآمد و سالم آموزش داده می‌شوند. درمان‌های شناختی رفتاری از روش‌های درمانی مناسب است که فرد را به مرحله درک، شناخت و آگاهی می‌رساند و مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی با هدف کاهش علائم روان‌شناختی پریشانی و افزایش کیفیت زندگی، است. بر این اساس دانش آموزان مبتلا به پرخوری عصبی در پاسخ‌های خود در پیش آزمون نشان دادند که احساس‌ها و هیجان‌های خود را نمی‌توانند به خوبی ابراز و کنترل و تنظیم نمایند (۶). آنها پس از دوره‌های آموزش مداخله‌های رفتار درمانی - شناختی به معرف و آگاهی کامل از وضعیت جسمانی و اختلال رفتاری و خوردن خود شدند. به طوری که پاسخ‌های آنها در پس آزمون نشان از آن داشته است که می‌توانند

همچنین نتایج بررسی بین گروهی در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون دو گروه نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین سطح متغیرهای مورد مطالعه گروه تجربی با گروه کنترل مشاهده شد به طوری که سطح معناداری متغیر رفتار پرخوری ($p=0/002$)، افسردگی ($p=0/006$)، اضطراب ($p=0/040$)، استرس ($p=0/05$) بود و این نتایج نشان دادند که میزان اثربخشی رفتار درمانی - شناختی بر متغیرهای رفتار پرخوری و افسردگی، اضطراب، استرس در مرحله پس آزمون تأیید شدند.

بحث

با استناد به داده‌های آماری به دست آمده، نتیجه‌گیری می‌شود که میزان اثربخشی رفتار درمانی - شناختی بر متغیرهای رفتار پرخوری و افسردگی، اضطراب، استرس تأیید شدند. نتیجه به دست آمده با یافته پژوهشی جواراسکیو (Juarascio) و همکاران (۲۰۲۱) (۱۶)، پالاوراس (Palavras) و همکاران (۱۷)، فوردهام (Fordham) و همکاران (۲۰۲۱) (۱۸) و فورمن (Forman) و همکاران (۲۰۱۸) (۱۹) همخوانی دارد. در تبیین نتیجه به دست آمده بیان می‌شود، بی‌نظمی هیجان‌ها و احساسات در دانش آموزان از معضلات عمده در دوره نوجوانی که دوره‌های بحرانی و حساس است، تلقی می‌گردد که در پی آن، پیامدهای ناخوشایندی از جمله اختلال پرخوری عصبی ایجاد می‌گردد (۳). دانش

به دیگر دانش آموزان ایجاد کرده است. تحقیق حاضر تنها محدود به مقطع متوسطه دوم بوده است و این امر تعمیم نتایج به دیگر مقاطع تحصیلی را کاهش داده است. اثر رخدادهای همزمان، تاریخچه و اثر پیش آزمون روایی درونی تحقیق را تهدید می کند. قلمرو مکانی تحقیق محدود به کرمان است و این امر محدودیت مکانی جهت قابلیت تعمیم نتایج به دیگر دانش آموزان کشور ایجاد کرده است.

با توجه به محدودیت های موجود در زمینه مطالعات میدانی در حوزه متغیر بی نظمی هیجانی، پیشنهاد می شود این متغیر در ابعاد متعدد دیگر و در حوزه های اختلال های رفتاری، عملکردی مورد بررسی میدانی قرار گرفته شود. پیشنهاد می شود مقایسه اثربخشی رفتار درمانی - شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان شناختی و بی نظمی هیجان مبتلایان به پرخوری عصبی در دانش آموزان دیگر مناطق کشوری انجام شود. با توجه به معضل چاقی و گستردگی آن در اقشار مختلف مرد؛ پیشنهاد می شود مقایسه اثربخشی رفتار درمانی - شناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان شناختی و بی نظمی هیجان مبتلایان به پرخوری عصبی در دیگر افراد جامعه انجام شود.

نتیجه گیری

به طور کلی می توان نتیجه گرفت که مداخله های روانشناختی از قبیل رفتار درمانی - شناختی بر میزان رفتار پرخوری، افسردگی، اضطراب، استرس در افراد مبتلا به پرخوری عصبی مؤثر است، لذا بکارگیری این گونه مداخله ها برای افراد مبتلا به پرخوری عصبی لازم و ضروری است.

References

1. Gorrell S, Le Grange D. Update on Treatments for Adolescent Bulimia Nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28(4):537-547.
2. Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;9:11-16.

بر احساسات خود غلبه و آن ها را در شرایط متعددی از موقعیت های موجود تنظیم نمایند (۱۷). جواراسکیوو همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود گزارش کردند که آموزش شناخت در مانی مبتنی در افزایش تحمل پریشانی تأثیر گذار است (۱۶). پالاوراس (Palavras) و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیق خود اظهار داشتند که درمان شناختی رفتاری قادر است پریشانی روان شناختی را پایین بیاورد (۱۷). فورد هام (Fordham) و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر پریشانی روان شناختی افراد مورد مطالعه موثر است (۱۸). نتایج تحقیق فورمن (Forman) و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد مداخله مبتنی بر پذیرش رفتاری روی توقف و کاهش وزن موثر بوده است (۱۹). در تبیین نتیجه به دست آمده بیان می شود، پریشانی و نگرانی روح و روان فرد، فرصتی مناسب برای ایجاد اختلال های رفتاری شایع همچون اضطراب، افسردگی و استرس است (۴). از این رو در این شرایط باز گرداندن احساس کنترل و افزایش اعتماد به نفس و احساس خود کارآمدی به فرد می تواند عامل مهمی در جهت درمان و بهبود باشد. از جمله رویکردهای درمانی، درمان رفتاری شناختی است که به حل مشکلات ناشی از بدکارکردی در هیجان، شناختها و رفتار با استفاده از روشی سیستماتیک و هدفمند کمک می کند (۹). به عبارت دیگر، می توان گفت که در رفتار درمانی شناختی، نقاط قوت رویکردهای رفتار درمانی و شناخت درمانی یعنی عینی گرایی، ارزیابی و سنجش از یک سو و دخالت دادن نقش حافظه در بازسازی شناختی و تفسیر اطلاعات از سوی دیگر گرد آمده اند و به صورت پیکره واحد در قالب رویکردی جدید درآمده اند (۷). افراد با اختلال پرخوری اغلب، چاق تر از افراد مبتلا به پر اشتهایی روانی هستند بنابراین، تمرکز اولیه در درمان های این تحقیق، کاهش وزن بوده است و به مراجعان گفته شد که اولویت اولیه در درمان، حذف رفتارهای پرخوری و ایجاد و توسعه عادات صحیح خوردن، به منظور دستیابی به این هدف است (۸).

از جام تحقیق حاضر بر روی دختران دانش آموز؛ محدودیت سنی و جنسیتی جهت قابلیت تعمیم نتایج

3. Hagan KE, Walsh BT. State of the Art: The Therapeutic Approaches to Bulimia Nervosa. *Clin Ther.* 2021;43(1):40-49.
4. Gorrell S, Matheson BE, Lock J, Le Grange D. Remission in adolescents with bulimia nervosa: Empirical evaluation of current conceptual models. *Eur Eat Disord Rev.* 2020;28(4):445-453.
5. Frank GKW, Shott ME, DeGuzman MC. The Neurobiology of Eating Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019;28(4):629-640.
6. Valenzuela F, Lock J, Le Grange D, Bohon C. Comorbid depressive symptoms and self-esteem improve after either cognitive-behavioural therapy or family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2018;26(3):253-258.
7. Dalai SS, Adler S, Najarian T, Safer DL. Study protocol and rationale for a randomized double-blinded crossover trial of phentermine-topiramate ER versus placebo to treat binge eating disorder and bulimia nervosa. *Contemp Clin Trials.* 2018;64:173-178.
8. Arbaizar B, Gómez-Acebo I, Llorca J. Efficacy of topiramate in bulimia nervosa and binge-eating disorder: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30(5):471-5.
9. Winslow DH, Bowden CH, DiDonato KP, McCullough PA. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of an oral, extended-release formulation of phentermine/topiramate for the treatment of obstructive sleep apnea in obese adults. *Sleep.* 2012;35(11):1529-39.
10. Bays HE, Gadde KM. Phentermine/topiramate for weight reduction and treatment of adverse metabolic consequences in obesity. *Drugs Today (Barc).* 2011;47(12):903-14.
11. Woodard K, Louque L, Hsia DS. Medications for the treatment of obesity in adolescents. *Ther Adv Endocrinol Metab.* 2020;11:2042018820918789.
12. Yanovski SZ, Yanovski JA. Long-term drug treatment for obesity: a systematic and clinical review. *Jama.* 2014. 311(1):74-86.
13. Wenzel A. Basic Strategies of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40(4):597-609.
14. Apolinário-Hagen J, Drüge M, Fritsche L. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches. *Adv Exp Med Biol.* 2020;1191:291-329.
15. Pardos-Gascón EM, Narambuena L, Leal-Costa C, van-der Hofstadt-Román CJ. Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *Int J Clin Health Psychol.* 2021;21(1):100197.
16. Juarascio AS, Parker MN, Hunt R, Murray HB, Presseller EK, Manasse SM. Mindfulness and acceptance-based behavioral treatment for bulimia-spectrum disorders: A pilot feasibility randomized trial. *Int J Eat Disord.* 2021;54(7):1270-1277.
17. Palavras MA, Hay P, Filho CA, Claudino A. The Efficacy of Psychological Therapies in Reducing Weight and Binge Eating in People with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder Who Are Overweight or Obese-A Critical Synthesis and Meta-Analyses. *Nutrients.* 2017;9(3):299.
18. Fordham B, Sugavanam T, Edwards K, Hemming K, Howick J, Copsey B, et al. Cognitive-behavioural therapy for a variety of conditions: an overview of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Health Technol Assess.* 2021;25(9):1-378.
19. Hawkins MAW, Colaizzi JM, Cole AB, Keirns NG, Smith CE, Stout M, et al. Pilot Trial of Acceptance-Based Behavioral Weight Loss and Neurocognition Among American Indians. *Behav Ther.* 2021;52(2):350-364.