

## اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پرخوری عصبی

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۲۶

عباس ابوالقاسمی\*، عیسی جعفری\*\*

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پرخوری عصبی بود.

**روش:** این پژوهش به صورت شبه تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه پژوهش ۴۰ آزمودنی بود که از میان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی دارای پرخوری عصبی شهر اردبیل انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (رفتار درمانی دیالکتیکی) و لیست انتظار گمارده شدند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه به صورت گروهی تحت رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه عادات خوردن، پرسشنامه تصویر بدنی منفی و مقیاس خودکارآمدی استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی علائم پرخوری مرضی و تصویر بدنی منفی را به طور معنی‌داری کاهش و خودکارآمدی را افزایش می‌دهد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش پرخوری عصبی، بهبود تصویر بدنی و افزایش خودکارآمدی در افراد تحت درمان شده و استفاده از این روش درمانی برای مبتلایان به پرخوری عصبی در جامعه دختران ایرانی پیشنهاد می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** رفتار درمانی دیالکتیکی، تصویر بدنی، خودکارآمدی، پرخوری عصبی

abolphasemi\_44@Yahoo.com

\* نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

esa\_jafary@yahoo.com

\*\* استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

## مقدمه

ادراک افراد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزتگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی است. افراد دارای خودکارآمدی بالا توانایی مقابله با مشکلات را دارند و هر موفقیتی موجب افزایش اعتماد به خود در آنها می‌شود. در مقابل افراد دارای خودکارآمدی پایین در توانایی‌های خود تردید دارند و خود را در مقابله با محیط ناتوان می‌بینند [۱۲]. در تحقیقی که در ارتباط با نقش خودکارآمدی در اختلال خوردن و تصویر بدنی منفی انجام شد، نتایج نشان داد که افراد مبتلا به اختلال خوردن خودکارآمدی پایینی دارند [۱۳]. شواهد پژوهشی نشانگر آن است که افراد مبتلا به پرخوری عصبی از خودکارآمدی پایینی برخوردارند [۱۴]. در تحقیقی مشخص شد که خودکارآمدی به همراه کمال‌گرایی، یکی از متغیرهای مهم در پیش‌بینی اختلال خوردن است و افراد دارای خودکارآمدی پایین، رفتارهای خوردن زیادی از خود نشان می‌دهند [۱۵]. همچنین در پژوهشی افزایش خودکارآمدی موجب کاهش رفتارهای خوردن شد [۱۶]. در پژوهش دیگری افراد چاق دارای اختلال خوردن در مقایسه با افراد چاق بدون اختلال خوردن به طور معناداری از خودکارآمدی پایینی برخوردار بودند [۱۷، ۱۸]. یکی از روش‌های درمانی که به نظر می‌رسد برای مقابله با پراشتهایی روانی مؤثر باشد، رفتاردرمانی دیالکتیکی است. این روش ترکیبی از روش‌های مربوط به درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری است. همچنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهد. همچنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش پرخوری عصبی و تصویر بدنی منفی و افزایش خودکارآمدی در افراد مبتلا به پرخوری عصبی اثربخش است. در زمینه اختلال پرخوری عصبی شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیکی رفتار پرخوری را کاهش می‌دهد و سایر رفتارها نظیر رژیم‌های ناسازگار و تصویر بدن تحریف شده را بهبود می‌بخشد [۱۹]. رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش علائم رفتاری اختلالات خوردن و درمان پرخوری عصبی در افراد تحت درمان موفق بوده است [۲۰]. در پژوهشی از جلسات آموزشی رفتار درمانی دیالکتیکی برای کاهش رفتارهای پرخوری استفاده شد و نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان رفتار پرخوری مؤثر است [۲۱]. در پژوهشی که در ارتباط با اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی

در چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-IV، ۱۹۹۴) بی‌اشتهایی روانی و پر خوری روانی به عنوان عمده‌ترین اختلال‌های خوردن شناخته شده‌اند [۱]. طبق گزارش انجمن روان‌پزشکی آمریکا پرخوری عصبی شامل مقادیر زیاد تغذیه به همراه احساس عدم کنترل آن است. رفتارهای جبرانی نیز برای جلوگیری از اضافه وزن دیده می‌شود. این رفتارها به طور میانگین دوبار در هفته و یا سه ماه در طی پرخوری عصبی دیده می‌شود [۱]. پر خوری عصبی اختلالی روانی است که بین خوردن مقدار زیادی غذا در مدتی کوتاه و بعد تعدیل کردن کالری‌های اضافی با استفراغ کردن یا اعمال افراطی دیگر مشخص می‌شود [۲]. میانگین شیوع پرخوری عصبی ۱ درصد برای زنان و ۰/۱ درصد برای مردان در غرب اروپا و آمریکا گزارش شده است [۳]. با وجود این، معیار تشخیص برای پرخوری عصبی بر اساس علائم بالینی مشاهده شده در زنان است. مطالعه‌ای در آمریکا برای دختران نوجوان ۱۱ تا ۱۵ سال مدارس راهنمایی نشان داد که ۴/۶۴ درصد از این نمونه ۴۹۶ نفری معیارهای تشخیصی اختلال خوردن را داشتند [۴]. اختلالات خوردن و به ویژه پرخوری عصبی سلامت عمومی نوجوانان را به مخاطره می‌اندازد [۵]. بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی، در مرگ و میر بالای ناشی از اختلالات روان‌پزشکی نقش مهمی دارد [۶]. در پژوهشی مشخص شد که پرخوری عصبی با افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلال مصرف مواد رابطه دارد [۷]. عوامل متعددی در پرخوری عصبی نقش دارند. از بین این عوامل می‌توان به تصویر بدنی و نوع برداشتی که این افراد از بدن خود دارند، اشاره کرد. بسیاری از زنان و دختران در مورد تصویر بدن خود مشکلاتی دارند. از خصوصیات افراد دارای پرخوری عصبی ناتوانی در گرفتن رژیم، عدم بازداری و تصویر بدنی منفی است [۸، ۹]. اختلال در درک اندازه بدن و وزن، افکار وسواسی درباره غذا، ورزش و تصویر بدنی تحریف شده از علائمی هستند که افراد دارای این اختلال از آن رنج می‌برند [۱۰]. از دیگر عوامل مؤثر در اختلال پرخوری عصبی، خودکارآمدی است. خودکارآمدی یکی از متغیرهای کلیدی در نظریه اجتماعی بندورا است [۱۱]. خودکارآمدی

۴۰ آزمودنی دارای پرخوری عصبی به صورت تصادفی به دو گروه به شرح زیر گمارده شدند: ۲۰ نفر برای رفتار درمانی دیالکتیکی (گروه آزمایش) و ۲۰ نفر برای لیست انتظار (گروه گواه). لازم به ذکر است که به علت انصراف یکی از دانش آموزان دختر گروه آزمایش در اواسط درمان و عدم شرکت یکی از دانش آموزان گروه گواه در پس آزمون، داده‌های مربوط به ۳۸ نفر (هر گروه ۱۹ نفر) از آزمودنیها تجزیه و تحلیل شد. ملاک‌های شمول عبارت بودند از: دبیرستانی بودن، عدم مصرف داروهای روانگردان، عدم ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی (با مصاحبه بالینی)، نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی (با مصاحبه بالینی)، داشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، مصرف داروهای روانگردان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، و دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی.

#### ابزار:

۱- پرسشنامه عادات خوردن: پرسشنامه عادات غذا خوردن توسط کوکر و راجر<sup>۱</sup> ساخته شده است. این پرسشنامه ۵۷ ماده دارد که متشکل از سه عامل نگرانی در مورد وزن و پرهیز غذایی (۲۸ ماده)، بازداری (۱۵ ماده) و پرخوری (۱۴ ماده) است [۲۸]. در این پرسشنامه آزمودنی به هر آیتم با انتخاب یکی از دو گزینه (درست - نادرست) پاسخ می‌دهد و این آیتها به صورت یک و صفر نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش شریفی ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۰، عامل اول ۰/۶۰، عامل دوم ۰/۷۰ و عامل سوم ۰/۴۲ به دست آمد. ضریب اعتبار بازآزمایی بعد از چهار هفته برای کل پرسشنامه ۰/۶۵، عامل اول ۰/۶۰، عامل دوم ۰/۵۷ و عامل سوم ۰/۶۴ بود [۲۹]. در این پژوهش فقط از عامل پرخوری برای سنجش علائم این اختلال استفاده شده است.

۲- پرسشنامه نگرانی در مورد تصویر بدنی: پرسشنامه نگرانی در مورد تصویر بدنی توسط لیتو<sup>۲</sup> و همکاران [۳۰] ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۹ ماده دارد که به

در کاهش رفتار پرخوری انجام شد، نتایج نشان داد که این روش در کاهش رفتار پرخوری مؤثر بوده است [۲۲]. یافته‌های پژوهشی دیگر [۲۳، ۲۴، ۲۵] نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب افزایش تصویر بدنی مثبت در افراد مورد مطالعه می‌گردد. از طرفی شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث افزایش خودکارآمدی در افراد تحت درمان شده و افزایش خودکارآمدی نیز کاهش رفتارهای پرخوری را در پی‌داشت [۲۴]. در پژوهشی رفتار درمانی دیالکتیکی باعث افزایش خودکارآمدی، و کاهش بازداری زدایی و رفتار خوردن در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد [۲۷]. با توجه به افزایش رو به رشد اختلال پرخوری عصبی در بین افراد نوجوان و آسیب پذیر بودن این دوره از رشد و همچنین نیاز به درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش اختلال پرخوری عصبی و از طرفی نبود پژوهشی در کشور که به طور مستقیم اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را در افزایش تصویر بدنی و خودکارآمدی مورد بررسی قرار دهد، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند در افزایش خودکارآمدی و کاهش تصویر بدنی منفی دختران دبیرستانی جامعه ایرانی مفید باشد؟

#### روش

**طرح پژوهش:** این پژوهش به صورت شبه تجربی بود که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه استفاده شد. در این پژوهش درمان به عنوان متغیر مستقل محسوب می‌شود که سطوح آن روش رفتار درمانی دیالکتیکی و عدم مداخله است. متغیرهای خودکارآمدی، تصویر بدنی و علائم اختلال به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند.

**آزمودنیها:** جامعه آماری این پژوهش را کلیه دختران دبیرستانی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۰ تشکیل می‌دهند. روش انتخاب نمونه در ۲ مرحله زیر صورت گرفت: در مرحله اول، ۶۰۰ دانش آموز دختر از بین مدارس به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. دانش آموزانی که نمره بالایی (نقطه برش ۱۰) در مقیاس پرخوری روانی کسب کردند، شناسایی و مورد مصاحبه بالینی (طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری نسخه چهارم) قرار گرفتند. در مرحله دوم،

1- Koker & Roger

2- Litteton, Axsom & Pury

حواس شش گانه و تمرین آگاهی). جلسات ششم و هفتم نحوه برخورد با غذا و تصور از تن، آموزش درباره خوردن و خوراک، خوردن متعادل، تغذیه متنوع، کاهش دادن افکار منفی و فرضیه‌های زیر بنایی تصور از تن و غذا خوردن، بالا بردن جذابیت و افزایش تجارب مثبت بدنی. جلسات هشتم و نهم) آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر. جلسات دهم و یازدهم) افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره). آموزش مهارت‌های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرات داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس). جلسه دوازدهم) جمع بندی جلسات و مرور و تمرین محتوای جلسات آموزشی.

**روند اجرای پژوهش:** پس از شناسایی دانش آموزان دختر دارای اختلال و کسب رضایت داوطلبانه جهت شرکت در درمان، از میان آزمودنیهای انتخاب شده، ۲۰ نفر در گروه آزمایشی و ۲۰ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. سپس هر دو گروه در مرحله پیش آزمون مقیاس خودکارآمدی، پرسشنامه نگرانی در مورد تصویر بدنی و خرده مقیاس پرخوری روانی را تکمیل کردند. روی آزمودنیهای گروه آزمایشی ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای یکبار) تکنیک رفتار درمانی دیالکتیکی انجام شد، اما گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نمودند. دو هفته پس از درمان مجدداً آزمودنیهای دو گروه پس آزمون شدند و سرانجام داده‌های حاصله با روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. لازم به ذکر است افرادی که در لیست انتظار بودند بعد از انجام پژوهش به صورت داوطلبانه تحت درمان قرار گرفتند.

#### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب ۱۶/۱۲ و ۰/۸۷ با دامنه ۱۵ تا ۱۷ سال بود. بین دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای سن، پایه و رشته تحصیلی تفاوت معناداری وجود نداشت. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرها در پس آزمون و پیش آزمون گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

صورت ۵ گزینه‌ای (هرگز تا همیشه) با دامنه ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. این محققین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۳ و ضریب اعتبار این پرسشنامه را از طریق پرسشنامه وسواس اجباری پادو (۰/۶۲) و پرسشنامه اختلالات خوردن (۰/۴۰) مطلوب و رضایت‌بخش گزارش کردند ( $P < ۰/۰۰۱$ ). در ایران محمدی [۳۱] اعتبار از طریق همسانی درونی و بازآزمایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. همچنین بین این پرسشنامه و مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت همبستگی معناداری (۰/۶۱) به دست آمده است [۳۱].

۳- مقیاس خودکارآمدی: مقیاس خودکارآمدی توسط نظامی، شوآرتزر و جروسلم [۳۲] ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۰ آیتم است که به صورت چهار گزینه‌ای با دامنه ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. مقیاس خودکارآمدی در ایران توسط رجبی [۳۳] اعتباریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس توسط نظامی و همکاران در چین ۰/۹۱ گزارش شده است [۳۲]. در ایران رجبی ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۸۲ و ضریب اعتبار همزمان آن با مقیاس عزت نفس روزنبرگ ۰/۳۰ گزارش کرده است [۳۳]. رفتار درمانی دیالکتیکی بر مبنای کار لینهان و دیمف [۳۵] و توسط سالباچ-آندره [۳۶] و همکاران [۳۶] برای یک دوره ۳ ماهه (۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای) برنامه‌ریزی شده بود. بیماران هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی را طبق محتوای زیر آموزش می‌دیدند: جلسه اول) توضیحات مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، آماده سازی مراجعین و اجرای پیش آزمون و همچنین آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس از رفتارهای خودتخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی. جلسات دوم و سوم) آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند، چطور کار می‌کنند. جلسات چهارم و پنجم: آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از

- 1- Nezami, Schawarzer & Jerusalem
- 2- Linehan & Dextter- maze
- 3- Salbach-Andrae

جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

موقعیت		گروه گواه				گروه آزمایش	
موقعیت		پیش آزمون		پس آزمون		پس آزمون	
متغیرها		SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$
خودکارآمدی		۴/۷۳	۲۸/۲۱	۴/۷۱	۱۶/۷۹	۵/۰۵	۱۶/۶۲
تصویر بدنی		۵/۴۵	۴۰/۸۴	۶/۳۲	۶۱/۴۷	۷/۰۴	۶۱/۳۷
علائم پرخوری		۳/۲۷	۱۱/۵۳	۱/۷۶	۱۵/۵۸	۱/۴۶	۱۵/۴۷

،  $0/058 =$  لامبدای ویلکز) برای مشخص شدن این که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل‌های کواریانس یک متغیری انجام گرفت که نتایج حاصله در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج آزمون لون برای برابری واریانس‌ها نشان داد که در تمام متغیرهای مورد مطالعه تساوی واریانس‌ها برقرار بود. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نیز نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای مورد مطالعه با توجه به تعلق گروهی تفاوت معنی‌داری دارند. ( $F=16/77$  &  $P<0/001$ )

جدول ۲) نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری علائم پرخوری عصبی، تصویر بدنی و خودکارآمدی

منبع / شاخص	SS	df	F	P	اندازه اثر	توان آماری
علائم پرخوری	۹۲/۴۸	۱	۱۴/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶۴	۹۹
تصویر بدنی	۸۷۷/۶۰	۱	۲۹/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰	۹۹/۵
خودکارآمدی	۴۲۶/۳۸	۱	۲۷۷/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸۸	۹۹/۹

تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۹/۵ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد. همچنین نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری نشان داد که بین دختران مبتلا به پرخوری عصبی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر خودکارآمدی تفاوت وجود دارد ( $F=277/37$ ,  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر، درمان دیالکتیکی باعث افزایش خودکارآمدی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر افزایش خودکارآمدی ۰/۸۹ است. یعنی ۸۹ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۹/۹ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد.

#### بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پرخوری عصبی انجام شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث کاهش پرخوری عصبی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه

با توجه به جدول ۲ نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری نشان داد که بین دختران مبتلا به پرخوری عصبی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر علائم پرخوری تفاوت وجود دارد ( $F=14/08$ ,  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر، درمان دیالکتیکی باعث کاهش پرخوری عصبی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش پرخوری عصبی ۴۶٪ است. یعنی ۴۶ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری ۹۹ درصد هم حاکی از دقت آماری بالا می‌باشد. همچنین نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری نشان می‌دهد که بین دختران مبتلا به پرخوری عصبی در دو گروه آزمایش و گواه از نظر تصویر بدنی تفاوت وجود دارد ( $P<0/001$ ،  $F=29/50$ ). به عبارت دیگر، درمان دیالکتیکی باعث کاهش تصویر بدنی منفی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون شده است. تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش تصویر بدنی منفی ۰/۵۹ است. یعنی ۵۹ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده مربوط به

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین نمرات گروه آزمایش و گروه گواه در تصویر بدنی منفی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، رفتار درمانی دیالکتیکی باعث افزایش و تصحیح تصویر بدنی منفی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر [۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶] است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در رفتار درمانی دیالکتیکی از شیوه‌های شناختی برای بهبود تحریفات فکری و باورهای مربوط به تصویر بدن، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها، فنون مقابله با استرس نظیر تن آرامی، آموزش تنظیم هیجانات استفاده می‌شود. همچنین در درمان فوق از فنون رفتاری نظیر مواجهه خیالی و واقعی برای تعدیل تصویر بدنی منفی استفاده می‌شود. در به کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت زدایی منظم به مراجع آموزش داده می‌شود که به صورت تدریجی با قسمت‌هایی از بدن خود که موجب ناراحتی‌شان می‌شود همراه با فن تن آرامی مواجه شوند و به مرور تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و از این طریق احساس رضایت و کامل بودن را دریافت نمایند. بنابراین رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می‌شود. اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش تصویر بدنی منفی را نیز می‌توان این گونه تفسیر کرد که یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری اختلال پرخوری عصبی اختلال در تصور از تن و نگرش منفی در مورد تصویر بدنی است. با توجه به این که در درمان فوق روی تغییر نگرش مثبت به بدن تأکید می‌شود، این روش می‌تواند در بهبود تصاویر بدنی مؤثر واقع شود. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین نمرات گروه آزمایش و گروه گواه در خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، نتایج این پژوهش نیز نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث افزایش خودکارآمدی در آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر [۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۴، ۲۷] است. این نتیجه را می‌توان چنین تبیین کرد که رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق راهبردهایی چون شناسایی هیجانات

گواه شده است. به عبارت دیگر، پرخوری عصبی در افرادی که در جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر [۱۹، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹] است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که علت کاهش علائم اختلال، در محتوای برنامه‌های این رویکرد است. چرا که در این روش عنصر رفتاری درمان دیالکتیکی برای پرخوری می‌تواند روی عادی کردن الگوهای خوردن تمرکز داشته باشد. همچنین برنامه‌ریزی و وعده‌های غذا، آموزش تغذیه و خاتمه دادن به چرخه‌های پرخوری و تخلیه را در بر می‌گیرد و به بیمار آموزش داده می‌شود که مقادیر کمتری از غذا را به طور منظم مصرف کند. همچنین هدف عنصر شناختی این درمان، تغییر شناخت‌ها و رفتارهایی است که چرخه پرخوری را آغاز کرده یا به آنها تداوم می‌بخشد. این کار از طریق مقابله با افکار ناکارآمد همراه با پرخوری عصبی انجام می‌شود. برای مثال، در رفتار درمانی دیالکتیکی با گرایش به تقسیم کردن همه غذاها به طبقات خوب و بد مبارزه می‌شود، به این معنی که ارائه اطلاعات مبتنی بر واقعیت، بیمار را ترغیب می‌کند که برای خودش مشخص کند که خوردن غذای بد لزوماً به از دست دادن کامل کنترل بر خوردن منجر نمی‌شود. همچنین در رفتار درمانی دیالکتیکی از شیوه‌های رفتاری طراحی شده برای جایگزینی رژیم غذایی نادرست و خوردن افراطی با خوردن بهینه و سالم، خود واریسی رفتارها و تشکیل عادت‌ها و تمرین‌های آشکار برای مهارت یافتن در کنترل فرایندهای شناختی استفاده می‌شود. بنابراین درمان فوق از طریق توقف هر نوع رفتاری که با درمان در تداخل است (برای مثال توقف پرخوری، حذف خوردن تکانشی و بدون برنامه، کاهش میل، ولع و اشتغال ذهنی با غذا، افزایش مقاومت در برابر ولع) میزان پرخوری افراد را کم کرده و موجب کاهش پرخوری عصبی در افراد تحت درمان می‌شود. از سوی دیگر این یافته را می‌توان در راستای گزارش رابینز و کونز<sup>۱</sup> دانست که درمان رفتاری دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های افسردگی تأثیر چشمگیری دارد. این درمان از طریق اثرگذاری بر رفتار، منجر به کاهش نشانه‌های پرخوری عصبی می‌شود [۴۰].

1- Ronins &amp; Koons

اختلال پرخوری عصبی و افزایش کیفیت زندگی دختران دبیرستانی جامعه ایرانی پیشنهاد می‌گردد.

#### منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: Ameri Psychiatr Assoc Press; 1994.
- 2- Halgin RP, Whitborne SK. Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on Psychological Disorder 4th ed. New Yourk, McGraw-Hill; 2002.
- 3- Hoek H, Van-Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2003; (34): 383-396.
- 4- Stice E, Presnell K, Bearman S. Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Dev Psychol* 2001; (37): 608-619.
- 5- Reichborn-Kjennerud T, Bulik C, Sullivan P, Tambs K, Harris J. Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obesity Res.* 2004; (12): 1445-1454.
- 6- Harris EC, Barraciough B. Excess mortality of mental disorder. *Brit J Psychiatr.* 1998; (173): 11-53.
- 7- Perez M, Joiner TJ, Lewinsohn P. Is major depressive disorder ordythymia more strongly associated with bulimia nervosa? *Int J Eat Disord.* 2004; (36): 55-61.
- 8- Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behav Res Ther.* 2004; 42(11): 1325-1339.
- 9- Wilfey DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Genet Psychiatr.* 2002; (59): 713-721.
- 10- American Psychiatric Association. Eating disorders. In, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (pp 583-595). Arlington, VA: Am Psychiatr Assoc; 2000.
- 11- Thorpe GL, Olson SL. Behavior therapy: Concepts, procedures, and applications, second edition. Boston, MA: Allyn and Bacon; 1997.
- 12- Cooper MG, Lesser JG. Clinical social work practice: An integrated approach, third edition. Boston, MA: Pearson; 2008.
- 13- Sugarman A, Kurash C. The body as a transitional object in bulimia. *Int J Eat Disord.* 1982; 1(4): 57-67.
- 14- Jessica AE. Empowerment, feminism and self-efficacy: relation with disordered body image and

منفی و نحوه مقابله با آنها، و برنامه‌های درمانی اختلال پرخوری که شامل راهبردهای مقابله هیجان محور از قبیل ارائه پاسخ‌های هیجانی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، سرزنش، خود اشتغالی و خیال پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب افزایش خودکارآمدی می‌گردد [۳۶]. از طرف دیگر، این نتیجه را می‌توان اینگونه تفسیر کرد که خودکارآمدی با پرخوری روانی ارتباط قوی داشته و افراد دارای خودکارآمدی پایین، گرایش بیشتری به پرخوری روانی دارند و احتمالاً از پرخوری به عنوان روشی برای کاهش استرس‌ها و مشکلات خود استفاده می‌کنند، لذا این روش با افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا، می‌تواند در ارتقاء خودکارآمدی آنان مؤثر باشد. همچنین در این روش به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزتگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته می‌شود و از خودکارآمدی به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر رفتار مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش پرخوری عصبی استفاده می‌شود. با استفاده از مؤلفه آموزش مهارت‌ها و جایگزینی رفتارهای ناکارآمد و ناسازگارانه با پاسخ‌های منطقی و هدفمند به افزایش سطح خودکارآمدی افراد کمک می‌شود. در این روش به افراد در تنظیم هیجان‌ها به روش‌های کارآمد و سالم آموزش داده می‌شود. در طول آموزش اکتساب مهارت‌ها، درمانگر نقایص مربوط به توانایی‌های معطوف به هدف را مورد سنجش قرار داده و به مراجعان مهارت‌های لازم را از طریق آموزش و سرمشق دهی یاد می‌دهد. در این مرحله درمانگر از مهارت‌های کسب شده مراجع حمایت و احتمال استفاده از این مهارت‌ها را افزایش می‌دهد و با این کار حس خودکارآمدی را در افراد تحت درمان بالا می‌برد. جنسیت (استفاده از آزمودنیهای مؤنث)، نداشتن مرحله پیگیری جهت بررسی اثربخشی درمان در بلند مدت و فقدان گروه پلاسیبو از محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین تعمیم پذیری نتایج بایستی با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی با استفاده از هر دو جنس پسر و دختر و مرحله پیگیری قابلیت تعمیم پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین استفاده از رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان روشی اثربخش برای مقابله با

- Exercise Intrinsic Motivation Predict Eating Self-Regulation. *Am Psychol Assoc*; 2009.
- 28- Coker S, Roger D. The construction and preliminary validation of a scale for measuring eating disorders. *J Psychosom Res.* 1990; 34(2): 223-231.
- 29- Sharifi O. The examination of rate of eat disorders, relations its to depression, self-esteem and economic-social status of girl students of the Ahvaz city. [dissertation]. Ahvaz branch, Islamic Azad University; 1995. [Persian].
- 30- Littleton HL, Axsom DS, Pury CL. Development of the body image concern inventory, *Behav Res & Thera.* 2005; (43): 229-241.
- 31- Mohammadi N. The study of validity and reliability of Self-Esteem Scale Rosenbergs. *J Iran Psychol.* 2003; 1(4): 313-320. [Persian].
- 32- Nezami E, Schwarzer R, Jerusalem M. Persian Adaptation of the General Self-Efficacy Scale. Retrievive from <http://userpage.fu-berlin.del-health/persean.htm>.
- 33- Rajabi GR. Reliability and Validity of the General Scale-Efficacy Beliefs Scale Quarterly. *J N Thou Educ.* 2006; 2 (1&2): 111-122. [Persian].
- 34- Debra L, Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatr.* 2001; (158): 632-634.
- 35- Linehan M, Dexter-Mazze E. Dialectical Behavior Therapy For Borderline Personlity Disorder. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual.* 2008; 365-462.
- 36- Salbach-Andrae H, Bohnekamp I, Pfeiffer E, Lehmkuhl U. Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cogn & Behav Pract.* 2008; 15: 415-425
- 37- Chen EY, Matthews L, Allen C, Kuo JR, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for clients with binge eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *Int J Eat Disor.d.* 2008; 41(6): 505-512.
- 38- Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Schunert T, et al. Dialectical behavior therapy and an added cognitive behavioral treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *Behav Ther & Exp Psychiatr.* 2010; (41): 381-388.
- 39- Ricca C, Castellini G, Mannucci E, Lo Sauro C, Ravaldi C, Rotella CM, et al. Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appet.* 2010; (55): 656-665.
- 40- Robins CJ, Koons CR. Dialectical behavior therapy of sever personality disorders. In: Magnavita JJ. (editor). *Handbook of personality eating.* [Dissertation]. Appalachian State University; 2010.
- 15- Bardone-Conea LY, Abramsonb KD, Vohsc TF, Heathertond TE. Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *J Behav Res & Ther.* 2006; (44): 27-42.
- 16- Perez M, Thomas E. Body Image Dissatisfaction and Disordered Eating in Black and White Women Marisol. *J Eat Disord.* 2003; (33): 342-350.
- 17- Cargill BR, Clark MM, Pera V, Niaura RS, Abrams DA. Binge eating, body image and depression and self-efficacy in an obese clinical population. *Obes Res.* 1999; (7): 379-386.
- 18- Miller PM, Watkins JA, sergeant RG, Rickert EJ. Self-efficacy in overweight individuals with binge eating disorder. *Obes Res.* 1999; (7): 552-555.
- 19- Safer DL, James L. Dialectical Behavior Therapy Modified for Adolescent Binge Eating Disorder: A Case Report. *Cogn & Beha Prac.* 2007; (14): 157-167.
- 20- Salbach-Andrae H, Bohnekamp I, Pfeiffer E, Alec L, Miller AL. Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa Among Adolescents: A Case Series. *Cogn & Beha Prac.* 2008; (15): 415-425.
- 21- Wisniewski L, Safer D, Chen E. Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia. New York, NY: Guilford Press; 2009.
- 22- O'Brien C. Winnicottian object relations and behavioral theoretical conceptualizations of difficult-to-treat binge-type eating disorders: Proposal for a synthesized treatment approach through dialectical behavior therapy. [Dissertation]. Massachusetts: Smith College School for Social Work Northampton; 2010.
- 23- Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consul & Clin Psychol.* 2001; (69): 1061-1065.
- 24- Wilson GT. Acceptance and change in the treatment of eating disorders: The evolution of manual-based cognitive-behavioral therapy. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition.* New York: Guilford Press; 2004.
- 25- Delinsky SS, Wilson GT. Cognitive Behavior Therapy With Body Image Exposure for Bulimia Nervosa: A Case Example. *Cogn & Behav Pract.* 2010; (17): 270-277.
- 26- Vocks S, Wächter A, Wucherer M, Kosfelder J. Look at yourself: Can body image therapy affect the cognitive and emotional response to seeing oneself in the mirror in eating disorders? *Eur Eat Disord Rev.* 2008; (16): 147-154.
- 27- Mata J, et al. Motivational "Spill-Over" During Weight Control: Increased Self-Determination and



disorders: Theory and practice. Philadelphia: Wiley and sons. 2004: 221-225.

Archive of SID