

بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر پرخوری عصبی در زنان مراجعه کننده به انجمن پرخوری اهواز

فرزانه هومن^۱، مهناز مهرابی زاده هنرمند^۲، نیلوفر خواجه الدین^۳، یدالله زرگر^۴

چکیده

زمینه و هدف: امروزه مشخص کردن علت پرخوری مشکل است و به نظر می رسد که این اختلال از همبستگی چندین علت به وجود می آید و درمان باید مسائل جسمانی، مشکلات رفتاری و مسائل روانشناختی را مد نظر قرار دهد. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی روان درمانی گروهی به روش شناختی- رفتاری بر کاهش علائم پرخوری عصبی در زنان مراجعه کننده به انجمن پرخوری در شهر اهواز است.

روش بررسی: این پژوهش بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به پرخوری که از گروه های انجمن پرخوری (OA) انتخاب شده بودند، اجرا گردید. روش نمونه گیری در دسترس بود. پس از انتخاب نمونه با استفاده از پرسشنامه پرخوری و مصاحبه بالینی، افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش به مدت ۶ هفته در جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری شرکت کردند. فرض پژوهش بر این بود که این شیوه درمانی باعث کاهش علائم پرخوری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می شود. شرکت کنندگان در این پژوهش قبل و بعد از اجرای مداخله به کمک پرسشنامه پرخوری مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین، برای تحلیل داده ها از SPSS نسخه شانزدهم استفاده شد.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی باعث کاهش معنی داری در علائم پرخوری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل ($F=107/16$ و $P<0/001$) گردید.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم پرخوری مؤثر است و بنابراین استفاده از این روش به درمانگران توصیه می شود.

م ع پ ۱۳۹۰؛ ۴(۴): ۴۲۵-۴۱۷

کلید واژگان: گروه درمانی شناختی- رفتاری، پرخوری عصبی، انجمن پرخوری.

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

۲- استاد روانشناسی

۳- استادیار روانپزشکی

۴- استادیار روانشناسی

۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید

چمران اهواز

۲- گروه روانشناسی، دانشگاه شهید

چمران اهواز

۳- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور

اهواز

۴- گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران

اهواز

*نویسنده مسول:

اهواز- گروه روانشناسی، دانشکده علوم

تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید

چمران، بلوار گلستان، اهواز، ایران.

تلفن: ++۹۸۹۱۷۷۹۲۳۰۹۴

Email:

neshat_human@yahoo.com

مقدمه

برای اولین بار در سال ۱۹۵۹، استونکارد، مشاهدات بالینی خود مبنی بر اینکه برخی افراد چاق، دوره های پرخوری مضطرب کننده و غیر قابل کنترل دارند را منتشر نمود. او نوعی اختلال خوردن را مطرح کرد و آن را اینگونه توصیف نمود: مقدار زیادی از غذا که در مدت زمان کوتاهی مصرف می شود. او اشاره کرد که پرخوری با یک رویداد تسریع کننده ی خاص همراه بوده و پریشانی و احساس گناه به دنبال آن رخ می دهد. چهل سال بعد مشاهدات بالینی استونکارد منجر به توصیف اختلال پرخوری شد (۱).

بر اساس DSM-IV-TR پرخوری شامل بلع مقدار زیادی از غذا به طور نامعمول و احساس فقدان کنترل در طول دوره خوردن می باشد که به میزان حداقل دو بار در هفته و به مدت شش ماه رخ دهد (۲). اختلال پرخوری عصبی (BED) (binge eating disorder) توسط دوره های عود کننده پرخوری بدون رفتارهای جبرانی مثل استفراغ یا استفاده از ملین ها و مدرها مشخص می شود. این اختلال ویژگی هایی همچون خوردن تا حد ترکیدن، خوردن زمانی که فرد واقعاً گرسنه نیست، تنها خوردن و احساس افسردگی یا گناه دارد (۳).

شواهد پزشکی نشان می دهد که پرخوری موجب بروز مشکلات جدی سلامتی همچون فشار خون بالا، دیابت، بالا رفتن کلسترول و به دنبال آن مشکلات قلبی عروقی می شود. همچنین پرخوری و به تبع آن چاقی، خطر حمله قلبی و سرطان های خاص خصوصاً روده بزرگ، پستان، پروستات و رحم را افزایش می دهد و اشکال خاصی از آرتروز، کاهش کیفیت زندگی و مرگ پیش از موقع را موجب می گردد (۴).

امروزه پیشرفت هایی در زمینه روانشناسی برای درمان پرخوری صورت گرفته است. هدف از درمان

روانشناختی اختلال پرخوری این است که بتوان به مراجعان به خوبی یاد داد که بین گرسنگی هیجانی و فیزیولوژیکی فرق بگذارند و به هیجانات و افکار منفی خود از طریق غذا خوردن پاسخ ندهند. به آنها یاد داده می شود که پاسخ خوردن را با پاسخ های مناسب تر دیگری جایگزین نموده و مسائل عاطفی زیربنایی را مدنظر قرار دهند (۵).

چهار شیوه درمانی برای درمان اختلال پرخوری مورد ارزیابی قرار گرفته است: درمان شناختی رفتاری (CBT)، درمان میان فردی (ITP)، درمان رفتاری دیالکتیکی (DBT) و آموزش آگاهی از اشتها (AAT) و همگی موفقیت در کاهش فراوانی دوره های پرخوری را نشان داده اند. از میان این چهار شیوه درمانی، CBT بیشترین توجه پژوهشی را داشته و به عنوان اولین انتخاب روان درمانی در درمان BED در نظر گرفته شده است (۶).

CBT پرخوری را به میزان ۴۱ تا ۷۹ درصد بلافاصله پس از درمان و ۳۳ تا ۵۶ درصد متعاقب ۱۲ تا ۱۸ ماه پس از درمان کاهش می دهد (۶).

رویکرد شناختی رفتاری (CBT) برای درمان اختلالات خوردن بر تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر رفتار تمرکز دارد. جوهره CBT عواطف و رفتارهایی است که توسط افکار و شناخت ما شکل گرفته اند. درمانگر به بیمار کمک می کند تا تحریفات شناختی خود را شناسایی نموده و شیوه های تفکری مثبت تر و واقع بینانه تری را جایگزین آن ها نماید (۴).

سیمور و همکاران (۲۰۰۶) تغییرات در رفتارهای خوردن متعاقب گروه درمانی برای زنانی که از پرخوری رنج می برند، بررسی کردند. شرکت کنندگان در معرض یک برنامه گروه درمانی هفته ای، به مدت ۶ ماه قرار گرفتند. به دنبال مداخله گروهی همه شرکت کنندگان تغییراتی را در

روان درمانی گروهی به روش شناختی- رفتاری باعث کاهش علائم پرخوری عصبی در زنان پرخور مراجعه کننده به انجمن پرخوری شهر اهواز می شود.

روش بررسی

این پژوهش به روش میدانی- تجربی (طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل) اجرا گردید. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه کننده به انجمن پرخوری اهواز می باشد. نمونه این تحقیق مشتمل بر ۳۰ نفر از جامعه مذکور بوده و روش نمونه گیری در دسترس می باشد.

به منظور انتخاب نمونه، با مراجعه به انجمن پرخوری شهر اهواز، از کسانی که تمایل به شرکت در این طرح پژوهشی را داشتند دعوت به عمل آمد و از آن ها خواسته شد تا در تاریخ مشخص شده، به منظور انجام مصاحبه، آزمون و ارزیابی روانشناختی به محقق در مرکز علوم رفتاری مراجعه نمایند (لازم به ذکر است این افراد به تازگی به انجمن پرخوری پیوسته و هنوز وارد برنامه های ویژه انجمن پرخوری نشده بودند). افراد مراجعه کننده پرسشنامه پرخوری را تکمیل کردند. در صورت بالا بودن نمره آنها، برای تکمیل کار و دادن تشخیص اختلال پرخوری از آن ها مصاحبه تشخیصی به عمل آمد. از بین این افراد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفته و سپس گروه آزمایش و کنترل به طور تصادفی مشخص شدند. سپس مداخله روی گروه آزمایشی اجرا گردید و گروه کنترل برای مداخله در لیست انتظار قرار گرفت. در پایان، پس از اعمال مداخله روی گروه آزمایشی از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد و مقیاس پرخوری توسط آزمودنی های دو گروه پاسخ داده شد.

رفتارهای خوردن نشان دادند که از نظر آماری معنی دار بودند. علاوه بر این، به دنبال این مداخله تغییر در تفکر دو بخشی همه یا هیچ، آگاهی به رفتار های خوردن، کناره گیری از غذا و تغییر در رژیم غذایی حاصل شد (۷).

اشلوپ و همکاران (۲۰۰۹) اثربخشی درمان کوتاه مدت شناختی- رفتاری به همراه پیگیری را برای اختلال پرخوری عصبی آزمودند. ۳۶ زن مبتلا به BED به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند و تحت یک برنامه گروهی CBT (۸ جلسه ی هفتگی در طول درمان و ۵ جلسه کمکی در طول پیگیری) قرار گرفتند. در پایان درمان، پرخوری به طور معنی داری در مقایسه با گروه گواه کاهش یافته بود. در ۱۲ ماه پیگیری، درمان کوتاه مدت شناختی- رفتاری بهبود قابل ملاحظه ای را در علائم پرخوری نسبت به خط پایه نشان داد (۸).

علی رغم این که تحقیقاتی در زمینه درمان پرخوری عصبی در خارج از کشور انجام شده است، اما متأسفانه با توجه به شیوع بالای این اختلال، که در میان پسران آمریکایی آفریقایی تبار ۲۶ درصد، دختران آمریکایی آفریقایی تبار ۱۷ درصد، پسران سفید پوست ۱۹ درصد و دختران سفید پوست ۱۸ درصد (۹) و در یک جامعه از زنان ایتالیایی ۱۸/۱ درصد (۱۰) گزارش شده است و مشکلاتی که پرخوری بر سلامت جسمی و به تبع آن بر سلامت روانی وارد می کند، تاکنون تحقیقی از نوع مداخله ای بر روی این اختلال در داخل کشور انجام نشده است. لذا ضرورت دارد که در کشور ما نیز به بررسی تأثیر درمان های مختلف بر پرخوری پرداخته شده و بررسی گردد که آیا با توجه به تفاوت فرهنگی ما با سایر کشورها، روان درمانی بر اختلال پرخوری موثر خواهد بود؟ بنابراین در پژوهش حاضر به دنبال بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر پرخوری عصبی در مراجعه کنندگان به انجمن پرخوری در شهر اهواز هستیم. با توجه به هدف تحقیق فرضیه زیر تدوین و مورد بررسی قرار گرفت.

ماده ها از صفر تا سه درجه بندی می شوند و نمره کلی از صفر تا ۴۶ متغیر است. نسخه های انگلیسی، پرتغالی و ایتالیایی این مقیاس از اعتبار و ضریب حساسیت و ویژگی رضایت بخشی برخوردار هستند. دژکام و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه ای خصوصیات روان سنجی نسخه ایرانی مقیاس پرخوری را بررسی کردند. آنان اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۷۲، روش دونیمه سازی ۰/۶۷ و روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین ضریب حساسیت و ویژگی نسخه فارسی مقیاس پرخوری با استفاده از نقطه برش ۱۷ به ترتیب ۸۴/۶ و ۸۰/۸ درصد بود. (۱۱).

۲) استفاده از مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته برای تشخیص اختلال پرخوری بر اساس ملاک های DSM-IV، TR، که حاوی ۱۱ سؤال می باشد.

برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS ویرایش شانزدهم استفاده شد و در این تحقیق، جهت بررسی یافته های پژوهش از تحلیل واریانس استفاده گردید.

ب: عناوین جلسات

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

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

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

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

جلسه پنجم: بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد و توضیح درباره اینکه چه طور پیامدها، خود در زنجیره

در طی اجرای مداخله درمانی در گروه آزمایش ۳ نفر جلسات درمانی را به طور کامل پیگیری نکردند و بنابراین به دلیل وجود ۳ نفر ریزش در گروه آزمایشی برای رعایت تساوی در حجم گروه های آزمایشی و کنترل ۳ نفر از افراد گروه کنترل که نمراتی معادل با افراد حذف شده از گروه آزمایش داشتند به صورت تصادفی از گروه کنترل حذف گردیدند و در آخر تعداد افراد گروه آزمایش و کنترل به ۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) رسید.

محدوده سنی ۱۹ تا ۵۰ سال بود. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. همان طور که جدول ۱ نشان می دهد، در گروه آزمایش، میانگین سن ۳۳/۶۶ سال و انحراف استاندارد ۸/۹۸ و در گروه کنترل، میانگین سن ۳۲/۲۵ سال و انحراف استاندارد ۱۱/۷۲ است. میانگین در مجموع دو نمونه، ۳۲/۹۵ سال و انحراف استاندارد ۱۰/۲۴ می باشد.

همچنین، حداقل میزان تحصیلات متوسطه و حداکثر کارشناسی بود. درمان شناختی رفتاری گروهی که در این پژوهش از آن استفاده شد، مشتمل بر ۱۲ جلسه درمانی (هر هفته دو جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) بود.

الف: ابزار پژوهش

۱) مقیاس پرخوری: گورمالی، بلاک، داستون و راردین در سال ۱۹۸۲ این مقیاس را به منظور اندازه گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی کردند. این مقیاس 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 غذا خوردن) اختلال پرخوری را می سنجند. ماده های آن از سه یا چهار جمله تشکیل شده است. از آزمودنی ها خواسته می شود جمله ای را انتخاب کنند که آن ها را به بهترین وجه توصیف می کند.

یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر و تعداد آزمودنی های نمونه برای متغیرهای مورد مطالعه است که در جدول ۲ ارائه شده است.

همان طور که جدول ۲ نشان می دهد، در گروه آزمایش، میانگین نمره های پرخوری در مرحله پس آزمون ۸ و در مرحله پیش آزمون ۲۶/۸۳ می باشد. در حالی که در گروه کنترل میانگین نمره های پرخوری در مرحله پس آزمون ۲۲ و در مرحله پیش آزمون ۲۴ می باشد. معنی داری این افزایش در جدول ۳ بررسی شده است.

(ب) یافته های مربوط به فرضیه تحقیق

فرضیه پژوهش: روان درمانی گروهی به روش شناختی رفتاری باعث کاهش شدت علائم پرخوری عصبی در زنان پرخور مراجعه کننده به انجمن پرخوری شهر اهواز می شود.

در جدول ۳ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره های پس آزمون پرخوری در گروه آزمایش و گروه کنترل مشاهده می شود.

همان طور که جدول ۳ نشان می دهد بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر پرخوری در سطح $p < 0/001$ تفاوت معنی داری وجود دارد. روان درمانی گروهی به روش شناختی رفتاری باعث کاهش شدت علائم پرخوری عصبی در زنان پرخور در مرحله پس آزمون شده است و فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می گیرد.

رفتاری بزرگ تر علت می شوند و استفاده از تغییر روش ها برای شکستن این زنجیره ناکارآمد.

جلسه ششم: مدیریت تکانش ها، آموزش و ارائه راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر، بالا بردن خلق و افزایش رخدادهای خوشایند.

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

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

جلسه نهم: آموزش مدیریت استرس و حل مسئله.

جلسه دهم: آموزش جرأت ورزی

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

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

یافته ها

(الف) یافته های توصیفی

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش، کنترل و کل نمونه

کل آزمودنی ها		گروه کنترل		گروه آزمایش	
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۳۳/۶۶	۸/۹۸	۳۲/۲۵	۱۱/۷۲	۳۲/۹۵	۱۰/۲۴

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات متغیر پرخوری گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه/ شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	تعداد
پرخوری	پیش آزمون	آزمایش	۲۶/۸۳	۵/۴۷	۱۹	۳۸	۱۲
		کنترل	۲۴	۲/۸۹	۱۸	۳۰	۱۲
	پس آزمون	آزمایش	۸	۳/۶۴	۳	۱۴	۱۲
		کنترل	۲۲	۳/۶۶	۱۶	۲۸	۱۲

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کو واریانس بر روی میانگین نمره های پس آزمون پرخوری در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پیش آزمون	۵۱/۲۱	۱	۵۱/۲۱	۴/۴۳	<۰/۰۵
گروه	۱۲۳۷/۲۷	۱	۱۲۳۷/۲۷	۱۰۷/۱۶۸	<۰/۰۰۱
	۲۴۲/۴۴	۲۱	۱۱/۵۴		
	۶۹۵۸	۲۴			
کل					

بحث و نتیجه گیری

را گزارش نمودند. نتایج، کاهش معنی داری را هم در شناخت ها و رفتارهای پرخوری و هم دوره های پرخوری بعد از مداخله گروهی نشان داد (۱۲).

در پژوهشی که توسط دوچسن و همکاران (۲۰۰۷) انجام شد ۲۱ مورد چاق برزیلی که دچار اختلال پرخوری بودند، یک دوره درمانی گروهی شناختی رفتاری را گذراندند. فراوانی دوره های پرخوری، وزن، نگرانی های مرتبط با تصویر تن و نشانه های افسردگی قبل و بعد از درمان مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج این پژوهش، بهبودی قابل ملاحظه ای را در پرخوری، نگرانی های تصویر تن و نشانه های افسردگی مرتبط با اختلال پرخوری نشان داد (۱۳).

همان طور که نتایج تحقیق نشان می دهند، فرضیه پژوهش در مورد اثربخشی روان درمانی گروهی به روش شناختی- رفتاری بر کاهش شدت علائم پرخوری عصبی در زنان مبتلا به پرخوری مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهشی که توسط آستن و همکاران (۲۰۰۹) انجام شد، اثربخشی گروه درمانی کوتاه شناختی رفتاری (۴ جلسه) بر روی پرخوری در میان ۲۴۳ نفر از داوطلبان جراحی شکم، در یک مرکز آموزش پزشکی مورد بررسی قرار گرفت. رفتارهای پرخوری در برنامه جراحی مداخله ایجاد می کند و به همین دلیل گفته می شود که اختلال پرخوری باید قبل از عمل جراحی درمان شود. آزمودنی ها قبل و بعد از دوره درمانی پرسشنامه پرخوری را پر کرده و دوره های هفتگی پرخوری

دهند اما در حمایت از این عقیده که غذا خاصیت معتادکنندگی دارد، هیچ شواهدی وجود ندارد. بنابراین بازسازی شناختی و تغییر باورها، این مفهوم را که فرد پرخور بر مشکلات رفتاری پرخوری کنترل دارد، تقویت می کند (۱۹).

بسیاری از افراد مبتلا به BED قوانین سختی درباره آنچه آنها می توانند بخورند، دارند اگرچه آنها در بیشتر موارد از این قوانین تخطی می کنند، به جز زمانی که آن ها در دوره رژیم های سخت و کاهش وزن هستند (۲۰).

اگرچه در این پژوهش جهت کنترل متغیرهای مزاحم و سوگیری های احتمالی، نمونه گیری افراد به دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی صورت گرفت، با این حال محدودیت هایی نیز در انجام این پژوهش وجود داشت.

۱- این پژوهش صرفاً بر روی بیماران انجمن پرخوری اهواز صورت گرفته است و بنابراین باید در تعمیم نتایج دقت کافی مبذول شود.

۲- این پژوهش فقط بر روی یک جنس صورت گرفته و پیشنهاد می گردد تحقیقاتی در این زمینه بر روی هر دو جنس انجام شود.

۳- کوچک بودن گروه، به جهت کمیاب بودن افرادی که فقط مشکل پرخوری دارند.

در نهایت، نتایج این پژوهش نشان می دهد که روان درمانی گروهی به روش شناختی رفتاری بر کاهش علائم پرخوری بیماران مبتلا به اختلال پرخوری موثر است و به جهت اثر بخشی بالای آن، استفاده از آن به درمانگران توصیه می شود.

در پژوهش دیگری شلی- یومنهافر و مک میلان (۲۰۰۷) درمان شناختی رفتاری برای زنان مبتلا به پرخوری را بررسی کردند. درمان شش هفته به طول انجامید. بعد از درمان، فراوانی، شدت پرخوری و افسردگی کاهش یافته بود همچنین تصویر تن و عزت نفس به شکل بارزی بهبود یافت اما این مداخله تغییری در وزن بدن ایجاد نکرد (۱۴).

نتیجه این پژوهش همچنین با نتایج تحقیقات شامپمن و همکاران (۱۵)، ولف و کلارک (۱۶)، هیلبرت و توسچن- کافیر (۱۷)، همسو است.

در مدل درمان شناختی- رفتاری اختلال پرخوری، پرخوری بخشی از یک سیکل معیوب مؤلفه های رفتاری و روانشناختی مرتبط بهم می باشد و مهم ترین هدف CBT شکستن سیکل معیوب پرخوری است. همچنین در این شیوه درمانی الگوهای آشفته خوردن تغییر یافته و اصلاح می شود. شناسایی و تغییر اهداف غیر واقع بینانه مرتبط با وزن و خوردن، آموزش استراتژی های پیشگیری از عود، از دیگر اهداف درمانی محسوب می شود. این برنامه درمانی جنبه روان- آموزشی دارد که به اعضای گروه کمک می کند دلایل و معانی پشت برخی از رفتارهایشان را متوجه شوند (۱۸).

افراد با اختلال پرخوری اغلب، چاق تر از افراد مبتلا به پر اشتها بیرونی هستند بنابراین، تمرکز اولیه در درمان کاهش وزن می باشد و به مراجعان گفته می شود که اولویت اولیه در درمان، حذف رفتارهای پرخوری و ایجاد و توسعه عادات صحیح خوردن، به منظور دستیابی به این هدف می باشد. دوم آنکه مباحثی چون چاقی، تغذیه و ورزش منظم مورد توجه قرار می گیرد و نهایتاً آنکه CBT مولفه بازسازی شناختی را مورد توجه قرار می دهد. بسیاری از پرخوران چاق تمایل دارند خودشان را معتاد به غذا نشان

منابع

- 1-Mitchell JE, Devlin MJ, Zwaan MD, Crow SJ, Peterson CB. Binge-eating disorder. New York (NY): Guilford Press; 2008. P. 3.
- 2-Kaplan H, Saduk V. Synopsis of Psychiatry. Translated by Purafkary N.Tehran: Shahre Ab Publication; 2003. P. 423.
- 3-de Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. Int J Obes Relat Metab Disord. 2001 May;25 Suppl 1:S51-5. [PMID=11466589]
- 4-Klatt I. Treating the obese-binge eating disorder and food addiction: A model program. Dessertation of PhD in clinical psychology. California Institute of Integral Studies. California (CA). 2008.
- 5-Derouchey SA. A treatment program for obese binge eaters. Dissertaton of PhD in clinical psychology, California school of professional psychology. Alameda County (CA). 1998.
- 6-Gorin AA. A controlled trial of cognitive - behavioral therapy with and without spousal involvement for binge eating disorder. Dissertaton for PhD in clinical psychology. State university of New York. NewYork (NY). 2000.
- 7-Seamoore D, Buckroyd J, Stott D. Changes in eating behavior following group therapy for women who binge eat: A pilot study. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2006 Jun;13(3):337-46. [PMID=16737501]
- 8-Schlup B, Munsch S, Meyer AH, Margraf J, Wilhelm FH. The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. Behav Res Ther. 2009 Jul;47(7):628-35. [PMID=19446793]
- 9-Johnson WG, Rohan K J, Kirk AA. Prevalence and correlates of binge eating in white and African American adolescents. Eat Behav. 2002 Summer; 3(2):179-89. [PMID=15001015]
- 10-Ramacciotti CE, Coli E, Passaglia C, Lacorte M, Pea E, Dell'Osso L. Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. Psychiatry Res. 2000 May;94(2):131-8. [PMID=10808038]
- 11-Moloodi R, Dezhkam M, Mootabi F, Omidvar N. comparison of early maladaptive schema in obese binge eaters and obese non-binge eaters. Journal of Behavioral Science. 2010; 4(2):109-10. [Cross Ref]
- 12-Ashton K, Drerup M, Windover A, Heinberg L. Brief, four-session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. Surg Obes Relat Dis. 2009 Mar-Apr;5(2):257-62. [PMID=19250884]
- 13-Duchesne M, Appolinario JC, Rangé BP, Fandiño J, Moya T, Freitas SR. The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. Rev Bras Psiquiatr. 2007 Mar;29(1):23-5.[PMID=17435923]
- 14-Shelley-Ummenhofer J, MacMillan PD. Cognitive-behavioral treatments for women who binge eat. Can J Diet Pract Res. 2007 Autumn;68(3):139-42. [PMID=17784972]
- 15-Schampman-Williams AM, Lock J, Couturier J. Cognitive-behavioral therapy for adolescents with binge eating syndromes: A case series. Int J Eat Disord. 2006 Apr;39(3):252-5. [PMID=16511836]
- 16-Wolff GE, Clark MM. Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder: a clinical study. Eat Behav. 2001 Summer;2(2):97-104. [PMID=15001039]
- 17-Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. Behav Res Ther. 2004 Nov;42(11):1325-39. [PMID=15381441]
- 18-Ginsburg, S.M. An intergrative group model treatment program for binge eating disorder. Dissertaton for PhD in psychology. Alliant international univetsity. California (CA). 2007.
- 19-TonkinKM. Obesity, bulimia, and binge eating disorder: The use of a cognitive behavioral and spiritual intervention. Dissertaton for PhD in Psychology, Bowling Green State University. Ohio (OH).2006.
- 20-Spitzer RL, Devlin MJ, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: a multistic field trial of the diagnostic criteria. Int J Eat Disord. 1992; 11:191- 203. [Cross Ref]

The Effects of Cognitive Behavior Group Therapy on Binge Eating Disorder and in Women of Ahvaz Overeating Anonymous

Houman F^{1*}, Mehrabi zadeh Honarmand M², Khajeddin N³, Zargar Y⁴

1-M.Sc.of Clinical Psychology.

2-Professor of Education and Psychology.

3-Assistant Professor of Psychiatry.

4-Assistant Professor of Psychology.

1,2,4-Department of Psychology, School of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

3-Department of Psychiatry, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Department of Psychology, School of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Golestan Blv. Ahvaz, Iran.
Tel: 00989177923094
Email: neshat_human@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Today, the etiology of binge eating has not been definitively determined. Treatment must address the somatic, the behavioral, and the psychological problems. The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive behavior group therapy on reducing symptoms of binge eating disorder in women of Ahvaz overeating anonymous.

Subjects and Methods: Subjects consisted of 30 patients with binge eating disorder that were selected from overeating anonymous. Sampling was convenience then patients who were diagnosed with binge scale and clinical interview, were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received 6 weekly sessions of cognitive behavior group therapy that the control group did not receive. It was hypothesized that cognitive behavior group therapy decrease the symptoms of binge eating disorder of the experimental group as compared with the control group. The binge scale was administered to both groups before and after treatment. SPSS 16 software was used for data analysis.

Results: The results of covariance analysis showed that cognitive behavior group therapy significantly reduced the symptoms of binge eating ($F=107.16$, $p<0.001$) in the experimental group as compared with the control group.

Conclusion: This study showed that cognitive behavior therapy is effective on reducing symptoms of binge eating, and this method can be one of the treatment choices for this disorder considered by the therapist.

Sci Med J 2011; 10(4):417- 425

Keywords: cognitive behavior group therapy, binge eating disorder, overeating anonymous.

Received: July 4, 2010

Revised: May 31, 2011

Accepted: June 7, 2011