

اثربخشی درمان تحلیل تبدالی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی در بیماران مبتلا به اختلال خوردن: گزارش مورد

ابراهیم اکبری^۱، حمید پورشریفی^۲، زینب عظیمی^۳، زهرا حسین‌زاده ملکی^۴، احمد امیری پیچاکلابی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر، اثربخشی درمان تحلیل تبدالی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی روی بیماران مبتلا به اختلال خوردن بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش طرح نیمه آزمایشی، تک موردی و از نوع خط پایه چندگانه انجام شد. بدین جهت، دو شرکت کننده دختر در واحد مشاوره روان‌شناختی مرکز ایمن طب زاگرس شهر شیراز با نمونه‌گیری هدفمند در سال ۱۳۹۱ انتخاب شدند و تحت درمان تحلیل تبدالی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی قرار گرفتند. شرکت کنندگان در مراحل پیش از درمان (خط پایه) و طی جلسه‌های سوم، هشتم، چهاردهم، نوزدهم، بیست و سوم و مرحله پیگیری یک ماهه، پرسش‌نامه‌های اختلال خوردن اهواز، عادات غذا خوردن، نگرش فرد در مورد بدن خود، حالات شخصیت، روابط بین فردی و عزت نفس را تکمیل کردند. همچنین، حجم توده بدنی (Body mass index یا BMI) آن‌ها طی مراحل درمان اندازه‌گیری شد. شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر برای تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: روش درمانی تحلیل تبدالی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی، در بهبود بیماران مبتلا به اختلال خوردن اثربخش بود و در همه آماج‌ها، تغییرات چشمگیر و پایداری را ایجاد کرد. هر دو شرکت کننده پس از پایان درمان و دوره پیگیری، در اختلال خوردن ۷۳ درصد، عادات غذا خوردن ۷۴ درصد، تن‌انگاره ۶۰ درصد، روابط بین فردی ۶۲ درصد، عزت نفس ۵۴ درصد و حالات خود ۷۶ درصد بهبودی کلی را نشان دادند.

نتیجه‌گیری: درمان تحلیل تبدالی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی می‌تواند به عنوان درمانی کارا در بهبود بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلال خوردن، بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی، تحلیل تبدالی، مصاحبه انگیزشی

ارجاع: اکبری ابراهیم، پورشریفی حمید، عظیمی زینب، حسین‌زاده ملکی زهرا، امیری پیچاکلابی احمد. اثربخشی درمان تحلیل تبدالی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی در بیماران مبتلا به اختلال خوردن: گزارش مورد. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳ (۴): ۵۳۸-۵۴۸

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۶/۲۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۲۰

مقدمه

دست به پرخوری می‌زنند و سپس رفتارهای پاکسازی انجام می‌دهند (۴). پراشتهایی عصبی شامل دوره‌های مصرف سریع مقدار زیادی از غذا می‌شود که رفتار جبرانی مانند استفرغ، روزه‌داری و یا ورزش شدید را در پی خواهد داشت. یک تفاوت بارز بین بی‌اشتهایی و پراشتهایی، کاهش وزن است. اشخاص دچار بی‌اشتهایی عصبی، مقدار بسیار زیادی وزن کم می‌کنند؛ در حالی که اشخاص دچار پراشتهایی چنین نمی‌باشند. شیوع این دو اختلال در زنان بیشتر از مردان است (۳). پژوهش‌ها نشان دادند که این اختلالات از عوامل زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی تأثیر می‌گیرد. یکی از عوامل روان‌شناختی مؤثر در ایجاد و تداوم اختلال خوردن، اختلال در تصویر بدن است که باعث بازگشت نشانه‌های این اختلال در افراد بهبود یافته می‌شود (۵). سایر عوامل مؤثر روان‌شناختی و اجتماعی بر این اختلال را می‌توان به تأثیر رسانه‌ها بر تصویر ذهنی زنان از بدنشان، نگرش‌های ناکارآمد، ویژگی‌های شخصیتی هر فرد (۶، ۷) و عزت نفس

اختلالات خوردن از سال ۱۸۵۹ که Marco یکی از مشخصه‌های هذیان‌های خیالی را امتناع از غذا معرفی کرد، مورد توجه قرار گرفت (۱). امروزه اختلالات خوردن یکی از مورد توجه‌ترین اختلالات روانی به شمار می‌رود (۲). اختلالات خوردن در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) یا DSM-IV، به سه دسته بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی و اختلال خوردن تصریح نشده تقسیم‌بندی می‌شود. بی‌اشتهایی عصبی اغلب با آسفنگی تن‌انگاره همراه می‌باشد و فرد با وجود لاغری، تصور می‌کند که به شکل ناراحت کننده‌ای چاق است و حداقل سه دوره متوالی عادت ماهیانه او قطع می‌گردد (۳). نزدیک به نیمی از این افراد به علت کاهش شدید مصرف غذا و برنامه‌های ورزشی سخت، دچار کاهش وزن می‌شوند و نیم دیگر با از دست دادن کنترل خود، مرتب

۱- مدرس مدعو، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه پیام‌نور برون مرزی لامرد، فارس، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۴- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۵- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

Email: e.akbari_psy@yahoo.com

نویسنده مسؤول: ابراهیم اکبری

درمانی (۵) در چند پژوهش دیگر نسبت به درمان شناختی رفتاری مؤثر بود، هر چند نتایج آن به سرعت درمان شناختی رفتاری پدیدار نشد. درمان بین فردی برای درمان پراشتهایی مؤثر است، اما شواهد کمی در مورد درمان بی‌اشتهایی عصبی وجود دارد (۲۲).

سبب‌شناسی اختلال خوردن، تجارب بالینی و نتایج برخی مطالعات از جمله پژوهش Brunt گویای این مطلب می‌باشد که نظریه تحلیل تبادلی، نقش شایانی جهت ارایه روش‌های درمانی در این اختلالات دارد (۲۴) و روش‌های درمانی دیگر را در یک چهارچوب روان‌پوشی کنار هم جمع می‌کند و نیازهای برآورده نشده کودکی را مورد توجه قرار می‌دهد (۲۵).

بزرگ‌ترین قدرت تحلیل تبادلی، ارایه مدل‌هایی هم برای رفتار درون‌روانی و هم برای رفتار میان‌فردی است (۲۶). تحلیل تبادلی به عنوان یک رویکرد روان‌کاوانه نوین به تحلیل ۴ زمینه شخصیت، رفتار متقابل، بازی‌ها و نمایش‌نامه و نیز ارتباط بالغ-بالغ می‌پردازد (۲۷). بنیان‌گذار آن Berne، ۴ هدف یا مرحله بهبودی را مشخص نمود (۲۸). این مراحل شامل کنترل نشانه‌ای یا اجتماعی (کنترل رفتارهای ناکارآمد)، تسکین نشانگان از طریق تحلیل ساختاری (رهای از ناراحتی‌های ذهنی مربوط به بدکاری‌هایی از قبیل اضطراب، پانیک، افسردگی و...)، بهبود انتقالی تنها با جایگزینی درمانگر به جای والدین اصلی (خارج از نمایش‌نامه باقی ماندن مراجعه کننده) و بهبود نمایش‌نامه (غلبه بالغ شخص بر نقش درون‌روانی درمانگر) می‌باشد (۲۹).

تأکید بر لاغری، رژیم غذایی و ارزش‌سازی آن با استفاده از تبلیغات رسانه‌ها در ایران مورد توجه همه طبقه‌های اجتماعی قرار گرفته است. در نتیجه اختلال‌های خوردن، نارضایتی از بدن و تمایل به لاغری افزایش چشمگیری یافت. افراد مبتلا به این‌گونه اختلالات به سختی به درمان پاسخ می‌دهند؛ چرا که گاهی تمایل و انگیزه‌ای به تغییر در عادات غذایی خود ندارند. با توجه به موارد فوق و همچنین، نیاز به درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش این اختلال و از طرفی، نبود پژوهش در کشور که به طور مستقیم اثربخشی درمان تحلیل تبادلی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی را در کاهش اختلال خوردن بررسی کرده باشد، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر رسید.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش: این پژوهش تجربی، تک‌موردی و از نوع خط پایه چندگانه پلکانی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. در پژوهش حاضر درمان تحلیل رفتار متقابل مبتنی بر مصاحبه انگیزشی به عنوان متغیر مستقل محسوب گردید. متغیرهای اختلال خوردن، عادات غذا خوردن، حالات خود، نگرش فرد در مورد بدن خود، روابط بین فردی و عزت نفس به عنوان متغیرهای وابسته مد نظر قرار گرفت. نمونه این پژوهش شامل دو شرکت کننده خانم دچار بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از کسب رضایت شرکت کنندگان و دادن اطلاعات از فرایند درمان، پرسش‌نامه‌های مربوط توسط آن‌ها تکمیل گردید. شرکت کننده اول با تکمیل پرسش‌نامه تحت طرح درمان قرار گرفت. در جلسه دوم درمان شرکت کننده اول، شرکت کننده دوم وارد طرح درمان شد. ملاک‌های ورود به نمونه مورد نظر شامل داشتن ملاک‌های اختلال خوردن و فقدان ملاک‌های سایر اختلالات محور I و II، مصاحبه بالینی ساختاریافته بر پایه DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

پایین اشاره نمود. بسیاری از مبتلایان به پراشتهایی عصبی، سابقه مشکلاتی در جدا شدن از مراقبین خود داشتند (۸). به نظر می‌رسد که بی‌اشتهایی عصبی واکنشی در مقابل خواست نوجوانان برای افزایش عملکرد جنسی، اجتماعی و استقلال باشد. این بیماران به نوعی فاقد حس خودمختاری هستند و احساس می‌کنند که جسمشان به نوعی تحت کنترل والدین قرار دارد؛ به طوری که گرسنگی کشیدن خودخواسته، تلاشی برای کسب اعتبار به عنوان فردی خاص و منحصر به فرد است (۵).

نویخت در تحقیق خود نتیجه گرفت که شیوع اختلالات خوردن در نوجوانان ایرانی با بسیاری از مطالعات غربی همخوانی دارد و از بیشتر پژوهش‌هایی که بر روی جمعیت شرقی انجام شده است، بالاتر می‌باشد (۹). طیف گسترده‌ای از متخصصان بهداشت به دلیل افزایش موارد اختلالات خوردن، در صدد کشف روش‌های درمانی مفید هستند (۱۰)، اما پژوهش‌های کنترل شده اندکی، درباره درمان‌های روان‌شناختی آن انجام شد. این بیماران مشکل را بیشتر انکار می‌کنند و به همین دلیل حدود ۹۰ درصد این بیماران تحت درمان قرار نمی‌گیرند (۱۱). با توجه به فقدان مشارکت مراجعه کنندگان، عدم آمادگی برای تغییر، بازگشت مجدد اختلال، انگیزه و تعهد پایین برای تغییر، سطح بالای دو سو گرایی و مقاومت، ترس از فنون درمانی و عدم انجام تکالیف درمانی (۱۲-۱۰)، استفاده از مصاحبه انگیزشی گزینه مناسبی خواهد بود (۱۳).

مصاحبه انگیزشی در سال ۱۹۸۳ توسط Miller معرفی شد (۱۴). این مصاحبه نوعی روش مراجع‌محور رهنمودی جهت تقویت انگیزه درونی برای تغییر و حل دو سو گرایی می‌باشد که ریشه در درمان مراجع‌محور Rogers دارد و بر چهارچوب انتساب‌های درونی، نگرانی‌های مراجعه کننده و تضاد بین رفتارها و ارزش‌ها تأکید می‌کند (۱۰). Miller و Rollnick، ۴ اصل مصاحبه انگیزشی را اظهار همدلی، افزایش تضاد، مدارا با مقاومت و حمایت از خودکارآمدی معرفی نمودند (۱۵). آن‌ها مصاحبه انگیزشی را به ۲ مرحله تقسیم کردند. مرحله نخست، مراجعه کننده در خصوص تغییر حالت، دو سو گرایی نشان می‌دهد و انگیزه کافی برای تغییر ندارد. مرحله دوم با علایم آمادگی مراجعه کننده برای تغییر آغاز می‌گردد. این علایم شامل افزایش صحبت معطوف به تغییر، پرسیدن سؤال‌های در مورد تغییر و خیال‌پردازی در مورد آینده (تغییرات مورد علاقه) می‌باشد (۱۶).

پژوهش‌های مروری و فراتحلیل‌های متعدد، کارایی مصاحبه انگیزشی را در اختلالات خوردن نشان دادند (۱۸، ۱۷). از آن‌جا که مصاحبه انگیزشی به طور خاص بر انگیزه متمرکز است، می‌تواند به عنوان عامل تسریع کننده در ترکیب با سایر رویکردهای درمانی مؤثر واقع شود (۱۹، ۱۰). فراتحلیل‌ها مشاهده کردند که وقتی مصاحبه انگیزشی به جای درمان مستقل و جداگانه، به عنوان درمان مقدماتی استفاده گردد، تأثیر بیشتر (۱۷) و با ثبات‌تری (۱۸) خواهد داشت. دلیل این امر شاید بدان جهت است که وقتی انگیزه درونی کافی برای درمان به وجود می‌آید، فرد مقاومت کمتری در برابر تغییر نشان می‌دهد (۱۶). در اختلال خوردن یک دوره کوتاه مدت انگیزه‌افزایی برای بهبود کافی نیست (۱۹)، بلکه آمیزه‌ای از تکنیک‌های روان‌درمانی دیگر را لازم دارد.

درمان شناختی رفتاری برای اختلالات خوردن در کوتاه مدت و بلند مدت نویدبخش می‌باشد (۲۰)، اما محدودیت‌هایی را شامل می‌گردد. خودبیماران اگر به جای تعداد کم‌خوری‌ها، پرخوری‌ها و پاکسازی‌ها، مورد توجه قرار گیرند، مشاهده می‌شود که کمتر از نیمی از آن‌ها، دستاوردهای درمان را حفظ می‌کنند (۲۱). درمان بین فردی (۲۲)، رفتاردرمانی دیالکتیکی (۲۳) و خانواده

4th Edition, Text Revision)، نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، عدم مصرف داروهای روان‌گردان و عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر و دارودرمانی بود.

مصاحبه بالینی به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نمرات حجم توده بدنی (BMI یا Body mass index)، وزن فعلی و گذشته فرد، رفتارهای کنترل‌کننده وزن، مقدار مصرف غذا و مایعات در طول روز توسط فرد، رفتار پرخوری، سابقه خانوادگی، سابقه مصرف دارو، حمایت‌های اجتماعی، سابقه رفتارهای خود آسیب‌رسان، حوادث آسیب‌زای گذشته، اختلال‌های همبود، انگیزش و اهداف درمانی می‌پرداخت. ابزارهای خودگزارش‌دهی نیز برای ارزیابی شدت نشانگان اولیه فرد و میزان پاسخ‌دهی به درمان استفاده شد که نشانگان اختلال خوردن و ویژگی‌های مرتبط با آن، عزت نفس، افسردگی، اضطراب، حالات شخصیتی و روابط بین فردی را بررسی می‌کرد. جلسات به صورت هفتگی و هر جلسه ۹۰ دقیقه در واحد مشاوره و روان‌شناختی مرکز بین‌المللی ایمن طب زاگرس شهر شیراز سال ۱۳۹۱ برگزار گردید. پس از ۲۳ جلسه درمانی و ارزیابی، جلسه پیگیری نیز ۱ ماه بعد از آخرین جلسه درمان تشکیل شد.

ابزار سنجش: نمایه توده بدنی با استفاده از وزن و قد آزمودنی‌ها به صورت وزن (کیلوگرم) تقسیم بر مجذور قد (متر)، برای آن‌ها محاسبه گردید. سنجش وزن با حداقل لباس یا ترازوی فنری قابل حمل با دقت ۰/۵ کیلوگرم و قد با پای برهنه به وسیله نوار مدرج نصب شده به دیوار با دقت ۰/۵ سانتی‌متر توسط کارشناس بهداشت حرفه‌ای صورت گرفت. قبل از اندازه‌گیری وزن هر بیمار جهت جلوگیری از خطا، دقت ترازو با وزنه استاندارد ۱۰ کیلوگرم سنجیده شد.

مصاحبه روان‌شناختی: در مطالعه حاضر از نسخه فارسی مصاحبه بالینی ساختار یافته با رعایت دستورالعمل تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکان آمریکا ویرایش چهارم با تألیف First و همکاران جهت تشخیص اختلال‌های محور استفاده گردید (۳۰). ضریب پایایی نسخه فارسی آن توسط بختیاری ۰/۹۵ به دست آمد (۳۱).

پرسش‌نامه اختلال خوردن اهواز: این پرسش‌نامه توسط Roger و Coker جهت تمیز بین آزمودنی‌های مبتلا به اختلالات خوردن، گروه شاهد و شناسایی افراد در معرض خطر ساخته شد (۳۲). شریفی فرد پرسش‌نامه مذکور را بر روی جمعیت دانش‌آموزی اهواز هنجاریابی کرد که ۲ عامل بی‌اشتهایی عصبی (۲۲ ماده) و پراشتهایی عصبی (۹ ماده) را مورد بررسی قرار می‌داد. پایایی این پرسش‌نامه را با دو روش ضریب Cronbach's alpha و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۷۵ و ۰/۷۰ گزارش شده است (۳۳).

پرسش‌نامه عادات غذا خوردن: این پرسش‌نامه ۵۷ ماده‌ای که توسط Roger و Coker ساخته شد (۳۲)، شامل سه عامل نگرانی در مورد وزن و پرهیز غذایی، بازدارد و عامل پرخوری بود. ضریب Cronbach's alpha این پرسش‌نامه بر روی نمونه خارجی ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۹۵ به دست آمد. پژوهش شریفی فرد برای کل پرسش‌نامه و سه عامل ضریب Cronbach's alpha را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۰، ۰/۷۰ و ۰/۴۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۶۰، ۰/۵۷ و ۰/۶۴ گزارش نمود (۳۳).

پرسش‌نامه حالات خود (Ego States Questionnaire): این پرسش‌نامه ۶۱ سؤالی توسط انجمن تحلیل تبدیلی اروپا ساخته شد و میزان استفاده هر یک از حالات خود (والد، بالغ و کودک) را مورد سنجش قرار می‌داد. بالاترین درصد، نشان دهنده حالتی بود که بیشتر توسط فرد مورد استفاده قرار

می‌گرفت. اگر بین بالاترین نمره و نمره بالای بعدی، بیست نقطه درصدی یا بیشتر تفاوت وجود داشت، حالت شخصیتی در فرد غالب بود که بالاترین نمره را کسب می‌نمود. پایایی این پرسش‌نامه به روش ضریب Cronbach's alpha ۰/۷۴ گزارش شد (۳۴).

پرسش‌نامه نگرش فرد در مورد بدن خود: یک مقیاس خودسنجی ۳۳ ماده‌ای و مشتمل بر ۴ حیطه ارزیابی وضع ظاهری، گرایش به ظاهر، رضایت از قسمت‌های مختلف بدن و مشغولیت فکری با اضافه وزن بود که توسط Cash طراحی گردید (۳۵). راحتی، ضریب Cronbach's alpha زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه را بر روی نمونه ایرانی بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ گزارش نمود (۳۶).

پرسش‌نامه روابط بین فردی: این پرسش‌نامه فهرستی از افراد، موقعیت‌ها و فعالیت‌هایی که بسیاری از مردم در ارتباط با آن‌ها مشکل داشتند، با ۱۸ سؤال به روش نمره‌گذاری لیکرت از ۰ تا ۱۰ مورد بررسی قرار می‌داد. اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش بازآزمایی و بررسی همسانی درونی ارزیابی شد که اعتبار بازآزمایی برابر ۰/۷۴ و ضریب Cronbach's alpha برابر ۰/۷۰ به دست آمد (۳۷).

پرسش‌نامه عزت نفس Rosenberg: این مقیاس ۱۰ سؤالی توسط Rosenberg طراحی گردید. محمدی پایایی این مقیاس را از طریق روش ضریب Cronbach's alpha، بازآزمایی و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۸ و ۰/۶۸ و روایی هم‌زمان آن را با پرسش‌نامه عزت نفس Cooper Smith، ۰/۶۱ گزارش کرد (۳۸).

ساختار جلسات درمانی بر روی هر دو مورد بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی مشابه بود، اما برای مورد بی‌اشتهایی عصبی مؤلفه‌های بیشتری مانند کنترل وزن، بررسی عوارض جسمی و برنامه‌ریزی وعده‌های غذایی در نظر گرفته شد. اصول کلی درمان بر اهمیت روابط و قرارداد درمانی، انگیزه‌سازی برای درمان، روش درمان تحلیل تبدیلی و رویکرد پیگیری برای درمان قرار داشت (۱۹). دوره درمان از رویکرد ۳ مسیره استفاده نمود. مسیر اول به وزن، پرخوری، استفراغ، رژیم غذایی سخت و رفتارهای دیگر می‌پرداخت که کنترل وزن را هدف قرار می‌داد. در مسیر دوم، ایجاد انگیزه برای بیمار و مسیر سوم، محتوای روان‌شناختی اختلال از نگاه تحلیل تبدیلی مورد توجه بود. درمانگر در عمل به طور متناوب از ۳ مسیر استفاده کرد. در ابتدای درمان از مسیر ۱ و به تدریج همراه با افزایش انگیزه بیمار و پیشرفت درمان، از مسیر سوم برای رفتارهای مرتبط با تغذیه و وزن بهره برد (۱۵).

معرفی شرکت‌کنندگان

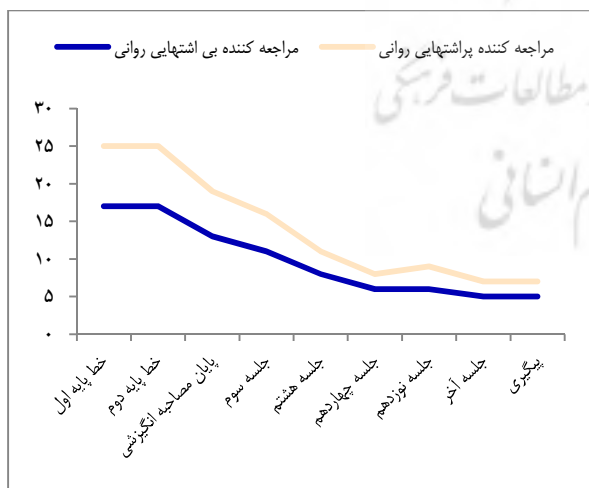
شرکت‌کننده اول: دختری ۲۲ ساله مبتلا به پراشتهایی عصبی، مجرد، فرزند سوم خانواده و دارای ۱۶۳ سانتی‌متر قد و ۶۸ کیلوگرم وزن بود. او با شکایت سرگیجه، تهوع و استفراغ پس از هر وعده غذایی، کاهش شدید وزن، اضطراب و ناامیدی به پزشک مراجعه نمود. نگرانی او از زمان بلوغ با چاق شدن اندام لاغر آغاز شد. او خوردن غذا را محدود کرد. پس از چند روز گرسنگی، کنترل خود را برای خوردن از دست می‌داد و دست به پرخوری می‌زد. بعد از پرخوری، ترس از افزایش وزن در او ایجاد می‌شد و خود را مجبور به استفراغ‌های پی‌درپی می‌نمود. این رفتارها حس انزجار را در او به وجود آورد. بیمار از دوره آغاز مشکل به متخصص تغذیه، پزشک عمومی و روان‌پزشک مراجعه کرده بود که برای وی ای‌می‌پرامین و فلوکستین ۲۰ و نیز ۳ جلسه روان‌درمانی تجویز نمودند. زمانی که بیمار به این مرکز آمد، احساس انزجار از پرخوری‌ها و استفراغ‌هایش داشت.

یافته‌ها

نمرات شرکت کنندگان در مقیاس‌های مورد نظر در جدول ۲ نشان داده شده است. بر این اساس، شرکت کننده مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی ۷۰ درصد و شرکت کننده مبتلا به پراشتهایی عصبی ۷۵ درصد در اختلال خوردن بهبود یافتند. مقیاس‌های نگرانی شرکت کننده مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در مورد وزن و بازداری از مؤلفه‌های اختلال عادات خوردن به ترتیب ۷۹ و ۸۳ درصد بهبودی نشان داد. همچنین، ارزیابی وضعیت ظاهری، گرایش به ظاهر و رضایت از بدن از مؤلفه‌های نگرش فرد در مورد بدن خود به ترتیب ۵۷، ۵۹، ۵۷ و ۸۰ درصد بهبودی و روابط بین فردی و عزت نفس نیز به ترتیب ۶۲ و ۵۵ درصد بهبودی به دست آورد.

مقیاس‌های نگرانی شرکت کننده مبتلا به پراشتهایی عصبی نیز در مورد وزن و پرخوری از مؤلفه‌های اختلال عادات خوردن به ترتیب ۵۰ و ۸۴ درصد، ارزیابی وضعیت ظاهری، گرایش به ظاهر، رضایت از بدن و اشتغال فکری به اضافه وزن از مؤلفه‌های نگرش فرد در مورد بدن خود به ترتیب ۵۵، ۵۲، ۵۳ و ۶۷ درصد و روابط بین فردی و عزت نفس نیز به ترتیب ۶۱ و ۵۲ درصد بهبودی کسب نمود. روند بهبودی هر دو شرکت کننده در مقیاس حالات خود نیز همان طور که ملاحظه شد، چشمگیر بود. این روند تغییرات بهبودی در تمام آماج‌های درمانی تا پیگیری ۱ ماهه نیز وجود داشت. البته این بهبودی در شرکت کننده مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اندکی چشمگیرتر به نظر رسید.

با توجه به مقدار خطای استاندارد تفاوت پرسش‌نامه‌های فوق (۱/۸۰، ۲/۱۶، ۴/۳۲، ۳/۲۴، ۳/۴۲، ۱/۸۰، ۲/۱۶، ۳/۹۶، ۲/۳۴، ۳/۶۰، ۵/۷۶، ۷/۴۸، ۱۴/۸۲، ۲/۷۵، ۱۳/۴۶، ۱/۰۸، ۲/۶۸، ۵/۸۲، ۳/۸۷، ۲/۰۹، ۴/۷۹، ۷/۲۶، ۴/۱۲، ۳/۰۴، ۲/۷۵، ۲/۷۱، ۵/۶۶، ۱/۷۴، ۳/۱۲) و نتایج جدول نمرات، مقدار RCI از ارزش Z (۱/۹۶) بالاتر به دست آمد. این نتیجه و معنی‌داری آن‌ها در سطح (P < ۰/۰۵)، معنی‌داری آماری تغییر و بهبودی اختلال هر دو شرکت کننده را تأیید کرد. یافته‌های مربوط به فرایند تغییر در جلسات درمانی تا پیگیری هر دو شرکت کننده مبتلا به بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی در شکل‌های ۱-۳ آمده است.



شکل ۱. فرایند تغییرات هر دو شرکت کننده در اختلال تغذیه (زیرمقیاس بی‌اشتهایی برای بی‌اشتهایی عصبی و زیرمقیاس پرخوری برای پراشتهایی)

شرکت کننده دوم: دختری ۲۰ ساله مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی، مجرد، فرزند دوم خانواده و دارای ۱۶۷ سانتی‌متر قد و ۳۹ کیلوگرم وزن بود. او در سنین کودکی به شدت درگیر ورزش شد. او چند دوره کاهش وزن شدید را پشت سر گذاشت که با دوری از خانه و تحصیل در دانشگاه آغاز گردید، اما کاهش وزن هیچ یک از دوره‌های قبل، این قدر شدید نبود. درخواست درمان در گذشته نداشت. ترس شدید چاق شدن را با مصرف داروهای مسهل محدود می‌نمود. هر از گاهی به پرخوری می‌پرداخت که بیشتر با استفراغ عمدی و روزه‌داری، اضافه وزن را کاهش می‌داد. او ۲ سال بود که قاعده نمی‌شد و از لحاظ طبی نیز مشکلاتی چون بی‌نظمی ضربان قلب، نفخ شکم، کم‌کاری تیروئید، سطح بسیار پایین کلسیم، منیزیم و پتاسیم و کم‌فشاری خون داشت. او با توجه به این مشکلات، تحصیلات خود را پس از یک ترم رها کرد.

پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل نمودار، معنی‌داری بالینی و درصد بهبودی استفاده نمود. در فرمول درصد بهبودی Blanchard و Schwarz که برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه گردید، اختلاف نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر نمره پیش‌آزمون تقسیم شده است. بر اساس این فرمول، بهبودی ۵۰ درصد یا بیشتر معنی‌دار می‌باشد. همچنین، اگر نمره فرد پس از مداخله پایین‌تر از نقطه برش به دست آید، به لحاظ بالینی معنی‌دار خواهد بود (۳۹).

$$A\% = \frac{A_0 - A_1}{A_0}$$

A0 = مشکل آماجی در ابتدای درمان

A1 = مشکل آماجی در انتهای درمان

درصد A = میزان بهبودی

جهت جلوگیری از برخی خطاهای احتمالی در تعیین نقطه برش ناشی از همپوشی و عدم همپوشی توزیع جمعیت بهنجار و نابهنجار، برای اعتماد بیشتر به داده‌های کارآزمایی بالینی و نیز سنجش بهتر کارایی، روش شاخص تغییر پایا مورد استفاده قرار گرفت که توسط Jacobson و Truax مطرح شد (۴۰). این شاخص بعدها توسط Christensen و Mendoza به صورت فرمول زیر اصلاح گردید (۴۰).

$$RC = \frac{X_2 - X_1}{S_{diff}} \quad S_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2} \quad S_E = S_x \sqrt{1 - r_{xx}}$$

$$RCI = \frac{\text{نمره پیش آزمون} - \text{نمره پس آزمون}}{\text{خطای استاندارد تفاوت}}$$

برای سنجش عملیاتی شاخص تغییر پایا (Reliable change index) یا RCI باید میانگین، انحراف معیار (S_x) و پایایی (r_{xx}) پرسش‌نامه‌ها را در اختیار داشت. اگر میزان تغییرات یا تفاوت پیش از درمان یا پس از درمان از ۱/۹۶ بیشتر به دست آید، می‌توان با در نظر گرفتن احتمال خطا ۰/۵، نتیجه گرفت که تغییر و بهبودی ناشی از مداخله درمانی است و تغییر به دست آمده به دلیل عدم پایایی آزمون نمی‌باشد.

راهنمای تدوین جلسات درمانی (جدول ۱) در پژوهش حاضر بر طبق نظریه مصاحبه انگیزشی و Eric Berne، منابع موجود (۳۷-۴۱، ۲۹، ۲۵، ۱۹، ۱۵) و آموخته‌ها و تجربیات بالینی پژوهشگران در این زمینه تنظیم شد.

معنی دار در نمرات منظم و ناشی از تأثیر درمان بود.

نیمرخ انرژی که توسط پرسش‌نامه حالات خود به دست آمد، تغییرات چشمگیر حالات خود هر دو شرکت کننده طی فرایند درمان را نشان می‌داد و این تغییرات در پیگیری ۱ ماهه نیز ادامه داشت (شکل ۲ و ۳). نیمرخ انرژی شرکت کنندگان پس از پایان جلسات درمانی دارای والد کنترل کننده پایین، والد حمایتگر بالا، بالغ بالا، کودک طبیعی بالا و کودک ناسازگار پایین بود که این نیمرخ، بافتار شخصیتی بهبود یافته دو شرکت کننده را عنوان می‌نمود.

روند تغییر نمرات هر دو شرکت کننده در پرسش‌نامه اختلال تغذیه اهواز به عنوان سنجح اختصاصی اختلالات خوردن با توجه به شکل ۱، میانگین و سطح نمرات کاهش خوبی را در مراحل درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه نشان داد. در ضمن، کاهش نمرات مرحله درمان با شیب یکنواخت و پیوسته تا شروع مرحله پیگیری ادامه یافت که بیانگر تأثیرپذیری شرکت کنندگان از مداخله درمانی بود. تغییر چشمگیری در مرحله پیگیری دیده نشد و سطح نمرات در این مرحله پایدار به دست آمد. بنابراین، می‌توان استنباط نمود که تغییر

جدول ۱. راهنمای درمان تحلیل تبدیلی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی

محتوای جلسات	جلسات درمانی	
گفتگو در مورد نگرانی‌های بیمار، گرفتن تاریخچه و زمینه اختلال خوردن، سنجش عوامل خطر پزشکی و روان‌شناختی شروع جلسه و معرفی رویکرد انگیزشی، آشنا کردن مراجعه کننده با مراحل تغییر (پیش تأمل، تأمل، آمادگی، عمل و نگهداری)، انجام تمرین تعیین مرحله (سناریوهای مربوط به تعیین مرحله) و تعیین مرحله تغییر مراجعه	جلسه سنجش و مشارکت جلسه اول	پیش درمان مصاحبه انگیزشی
توصیف جداگانه یکایک رفتارهای مراقبت از خود در یک روز، بحث با مراجعه کننده درباره فعالیت، بحث درباره عوارض ناشی از عدم مراقبت. تدوین برنامه‌ای جهت بهبود وضعیت سلامت تغذیه‌ای	جلسه دوم	
شناسایی ارزش‌های شخصی، کشف تعارض‌ها بین ارزش‌ها و رفتارها، تمرین شناسایی جنبه‌های مثبت و منفی، تعیین قدر و اهمیت جنبه‌های مثبت و منفی، سنجش توازن تصمیم‌گیری	جلسه سوم	
شناسایی عامل انگیزه و وسوسه کننده، شناسایی موقعیت‌های اعتماد به نفس، مقایسه وسوسه و اعتماد به نفس، گفتگو در مورد ارزش‌ها و خود مراقبتی، بحث در مورد هدف‌ها و برنامه تغییر، تعریف هدف و تهیه طرح تغییر	جلسه چهارم	
پیر کردن پرسش‌نامه پذیرش، تنظیم قرارداد درمانی و صحبت در مورد مسیر درمان، شرح مختصری از رویکرد TA (Transactional analysis)	جلسه اول	تحلیل تبدیلی
آشنایی با تاریخچه زندگی بیمار و خانواده او و همچنین الگوهای رفتاری و سیستم تربیتی والدین	جلسه دوم	
آشنایی با حالات شخصیتی (والد، بالغ و کودک) و شناسایی آن‌ها در بیمار از طریق Ego-gram، تکلیف خانگی	جلسه سوم	
کار کردن روی گفتگوهای حالات شخصیتی در مواقعی که بیمار دچار استرس و اضطراب می‌شود.	جلسه چهارم	
رفع آلودگی حالات شخصیتی، تکلیف خانگی	جلسه پنجم	
رفع آلودگی حالات شخصیتی، تکلیف خانگی	جلسه ششم	
آشنایی با احساسات اصیل و احساسات تخریبی	جلسه هفتم	
ردیابی احساسات منفی از طریق تکنیک ۷ مرحله Harris و بازوالدینی روان‌درمانگر، تکلیف خانگی	جلسه هشتم	
آموزش نوازش مثبت و منفی. تشویق مراجعه کننده به نوازش‌های مثبت نسبت به ظاهر فیزیکی خود قبل از ابتلا و اجتناب از نوازش مثبت نسبت به ظاهری فیزیکی اکنون خود. تکلیف خانگی	جلسه نهم	
به چالش کشیدن افکار بیمار نسبت به کم‌خوری، پرخوری و ظاهر فیزیکی. شناسایی سوق دهنده‌ها و پیش‌نویس‌ها	جلسه دهم	
شناسایی پیش‌نویس‌های فرعی و بازدارنده‌های والد، بازخورد در مورد پیش‌نویس اتخاذ شده، تشریح ماتریکس پیش‌نویس	جلسه یازدهم	
تجربه مجدد یک صحنه اخیر برای بازگشت روانی و تصمیم‌گیری مجدد. ردیابی پیش‌نویس در صحنه تجربه شده	جلسه دوازدهم	
چالش با باورهای کهنه و پیام‌های والدی، تشریح سلسله مراتب نادیده گرفتن و مقابله با نادیده گرفتن	جلسه سیزدهم	
تقویت بخش‌های ضعیف شخصیت (کودک طبیعی، والد حمایت‌گر و بالغ)	جلسه چهاردهم	
اجرای تکنیک بازگشت روانی، شناسایی الگوی رفتاری و پیش‌نویس اصلی بیمار و بازی‌های روان‌شناختی او	جلسه پانزدهم	
ادامه شناسایی الگوی رفتاری و پیش‌نویس اصلی بیمار و بازی‌های روان‌شناختی او	جلسه شانزدهم	
رسیدگی و مقابله با تخریب، بازی‌های بیمار و گفتگو در مورد بازسازی باورهای پیش‌نویس کودکی و مقابله با الگوهای قدیمی	جلسه هفدهم	
تمرکز بیشتر روی نمایش‌نامه زندگی بیمار و پیش‌نویس اتخاذ شده کودک درون او، اجرای صندلی شفا بخش	جلسه هیجدهم	
صادر کردن مجوز جدید، یاری رساندن به کودک سردرگم و تربیت والد درون	جلسه نوزدهم	
حمایت بیمار و گفتگوی بیمار با والد درونی خود برای بستن روزه‌های فرار و تعهد بالغانه برای جلوگیری از احساسات جایگزین. اجرای صندلی شفا بخش، کار روی تصمیم‌گیری مجدد	جلسه بیستم	
اتخاذ تصمیم جدید، کنار گذاشتن باورهای کهنه مخرب	جلسه بیست و یکم	
حمایت از کودک درون. کار کردن روی بالغ بیمار و تهیه خلاصه‌ای از دستاوردهای درمان توسط بیمار	جلسه بیست و دوم	
تأکید بر پیشگیری از عود و اختتام درمان، درگیر شدن درمانگر و مراجعه کننده برای رسیدگی به وضعیت موجود و بررسی دستاوردهای درمان و برنامه‌های باقیمانده برای آینده، گفتگو درباره ابعاد مثبت و منفی تغییرات	جلسه بیست و سوم	

جدول ۲. مقایسه نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های اختلال خوردن، عادات غذا خوردن، نگرش در مورد بدن خود، روابط بین فردی، عزت نفس و حالات خود در مراحل خط پایه، جلسه آخر درمان و مرحله پیگیری

متغیرها	آزمودنی‌ها	مؤلفه‌ها	خط پایه اول	خط پایه دوم	پایان مصاحبه انگیزشی	جلسه سوم	جلسه هشتم	جلسه چهاردهم	جلسه نوزدهم	جلسه آخر	پیگیری	اندازه اثر	درصد بهبودی	درصد بهبودی کلی
اختلال خوردن اهواز	بی‌اشتهایی	-	۱۷	۱۷	۱۳	۱۱	۸	۶	۵	۵	۵	-۲/۸۳	۷۰	۷۳
	پراشتهایی	-	۸	۸	۶	۵	۳	۲	۳	۲	۲	-۲/۴۴	۷۵	
عادات غذا خوردن	بی‌اشتهایی	نگرانی در مورد وزن	۲۴	۲۴	۱۹	۱۵	۱۱	۹	۸	۶	۵	-۲/۳۵	۷۹	۷۴
		بازداری	۱۲	۱۲	۱۰	۷	۶	۴	۴	۲	۲	-۲/۶۷	۸۳	
	پراشتهایی	نگرانی در مورد وزن	۱۸	۱۸	۱۵	۱۳	۱۱	۱۱	۱۰	۹	۹	-۲/۲۶	۵۰	
		بازداری	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		پرخوری	۱۳	۱۳	۱۰	۸	۷	۴	۲	۲	۲	-۲/۶۱	۸۴	
نگرش فرد در مورد بدن خود	بی‌اشتهایی	ارزیابی از وضعیت ظاهری	۱۲	۱۲	۱۷	۱۹	۲۲	۲۳	۲۶	۲۹	۲۸	۳/۸۷	۵۷	۶۰
		گرایش به ظاهر	۵۱	۵۱	۴۶	۳۹	۳۰	۲۶	۲۳	۲۱	۲۱	-۴/۱۲	۵۹	
		رضایت از بدن	۱۰	۱۰	۱۵	۲۱	۲۶	۲۸	۳۱	۳۳	۳۳	۴/۷۹	۵۷	
		اشتغال فکری به اضافه وزن	۱۰	۱۰	۹	۷	۴	۴	۳	۲	۲	-۲/۸۱	۸۰	
	پراشتهایی	ارزیابی از وضعیت ظاهری	۱۳	۱۳	۱۶	۲۱	۲۳	۲۳	۲۷	۲۸	۲۹	۴/۱۳	۵۵	
		گرایش به ظاهر	۴۸	۴۸	۴۳	۳۷	۳۱	۲۹	۲۳	۲۳	۲۴	-۲/۹۴	۵۲	
		رضایت از بدن	۱۴	۱۴	۱۷	۱۹	۲۳	۲۴	۲۸	۳۰	۳۰	۵/۹۵	۵۳	
		اشتغال فکری به اضافه وزن	۹	۹	۸	۸	۶	۶	۵	۳	۳	-۵/۵۴	۶۷	
		بی‌اشتهایی	-	۱۰۴	۹۳	۸۵	۷۲	۵۹	۵۰	۴۰	۴۱	-۴/۷۵	۶۲	۶۲
		پراشتهایی	-	۹۷	۸۸	۷۴	۶۳	۵۱	۴۳	۳۸	۳۷	-۲/۹۷	۶۱	
عزت نفس	بی‌اشتهایی	-	۳۴	۳۴	-	-	-	-	-	۱۵	۱۵	-۲/۵۴	۵۵	۵۴
	پراشتهایی	-	۳۳	۳۳	-	-	-	-	-	۱۶	۱۷	-۲/۹۴	۵۲	
حالات خود	بی‌اشتهایی	والد کنترل کننده	۱۳	۱۳	-	-	-	-	-	۳	۳	-۲/۰۵	۸۵	۷۶
		والد حمایتگر	۴	۴	-	-	-	-	-	۱۰	۱۰	۳/۴۱	۶۷	
		بالغ	۶	۶	-	-	-	-	-	۱۷	۱۷	۲/۷۷	۶۵	
		کودک طبیعی	۲	۲	-	-	-	-	-	۸	۸	۳/۲۳	۷۸	
		کودک سازگار و مطیع	۸	۸	-	-	-	-	-	۳	۳	-۲/۸۸	۸۷	
	پراشتهایی	والد کنترل کننده	۱۱	۱۱	-	-	-	-	-	۲	۲	-۲/۶۲	۸۲	
		والد حمایتگر	۲	۲	-	-	-	-	-	۱۱	۱۱	۳/۰۸	۸۳	
		بالغ	۴	۴	-	-	-	-	-	۱۶	۱۶	۲/۷۷	۷۵	
		کودک طبیعی	۳	۳	-	-	-	-	-	۹	۹	۲/۷۷	۶۷	
		کودک سازگار	۷	۷	-	-	-	-	-	۲	۲	-۲/۷۷	۷۱	

تغییر و مانند گذشته ماندن در مصاحبه انگیزشی مهم می‌باشد. وقتی بیماران هر دو جنبه این وضعیت را در فضایی توأم با پذیرش و همدلی کشف کنند، آنگاه به طور طبیعی تمایل به حل دو سو گزایی دارند (۱۵).

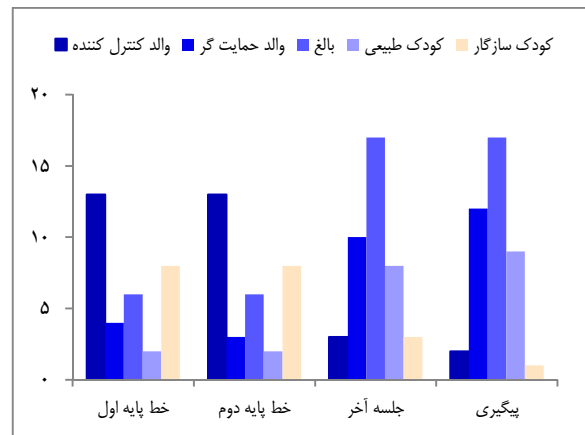
اصلی‌ترین نگرانی در تحلیل تبدلی، این است که افراد دیگر کنترل فرد را در دست گیرند و او را وادار به چاقی یا لاغری نمایند. درمانگر به جای آن که کودک درون بیمار را مجبور به رعایت رژیم غذایی کند، بیمار را برای ساختن زندگی خود آن گونه که او می‌خواهد، کمک نماید. این مسأله را باید همیشه مهم‌ترین نکته در درمان مد نظر قرار داد؛ مگر زمانی که مسأله سلامتی فرد در میان باشد.

اولین قرارداد منعقد شده، مبتنی بر تأمین سلامت بود. بنابراین، آن‌ها تحت نظر پزشک قرار گرفتند تا شرایط جسمی خود را طی درمان کنترل کنند. بالغ آن‌ها توسط عقاید والد درونشان، آلوده شده بود. آلودگی بالغ یکی از نکات مهم در اختلالات خوردن می‌باشد. رفع آلودگی بالغ بیمار توسط یک سری سؤال‌های مرتبط، در جلسات ابتدایی شروع شد. این سؤال‌ها، افکار بیمار را به چالش می‌کشید و در طول دوره درمان نیز ادامه یافت. آن‌ها با انجام این مرحله درمانی پی بردند که ارزیابی شخصیت خود بر اساس شکل ظاهری بدن، اشتباه است. همچنین، در این مرحله به بیماران نشان داده شد که همیشه نسبت به دیگران خود را با قوانین سخت‌تری ارزیابی می‌کردند.

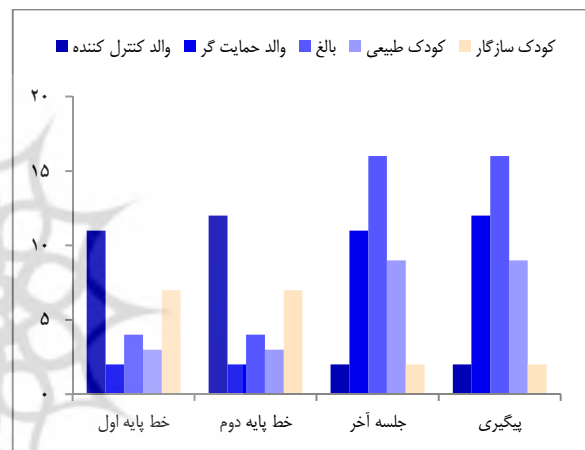
کودک درون بیمار در این مرحله نیاز داشت که از سردرگمی بیرون بیاید. با یاری رساندن به کودک سردرگم، بیمار آموخت که چگونه مسؤلیت تصمیمات خود را بپذیرد و از رفتارهای کنونی در جهت کنترل پیش‌نویس استفاده کند. بنابراین، اختلالات خوردن در این مرحله کمتر مورد توجه بود. در عوض، جهت کمک به بیمار برای درک این که چگونه اختلالات خوردن سبب برآورده شدن نیازهای ارضا نشده می‌شود، عملکرد نمایش‌نامه زندگی طبق پیش‌نویس مورد بررسی قرار گرفت. در این مرحله، بیمار ممکن بود مراحل قبلی را بازبینی کند و نتیجه‌گیری‌های پیشین خود را زیر سؤال ببرد.

بیمار زمانی که دارای بزرگسالی به میزان کافی پاکسازی شد و آگاه از نیازهای کودک درونش گردید، می‌تواند عناصر جدیدی از حالت شخصیتی والدی را به کار گیرد. این عناصر که بعضی از والد درمانگر به عاریه گرفته می‌شود، در بردارنده پیام‌های تقویت سلامت، یادگیری ارتقای تربیتی مثبت و ابعاد کنترلی درون والد خود او می‌باشد. روان درمانگر می‌تواند به مدل‌سازی بپردازد و بیمار به جای آن می‌تواند در مواقع فشار، یک والد مهربان واقعی یا خیالی را برای مشورت برگزیند (۴۱). از سوی دیگر، طیف گسترده‌ای از احساسات غیر قابل قبول می‌تواند به شکل یک احساس فیزیکی درآید و در قالب «هن احساس چاقی می‌کنم» بیان گردد (۱۲). پیامد این امر به جایگزینی احساسی که مانع حل مشکل می‌شود، منجر می‌گردد و باورهای پیش‌نویس را تقویت می‌کند. آموزش مفهوم ۴ احساس اصیل خوشحالی، ناراحتی، عصبانی و وحشت‌زدگی به جای احساسات تخریبی برای بیمار بسیار مفید می‌باشد (۴۳).

هنگامی که احساس شناسایی می‌شود، می‌توان به کند و کاو آن پرداخت. این احساس می‌تواند ناشی از یک نیاز قدیمی باشد. به عنوان نمونه، بیمار خود را زمانی چاقی می‌دید که همراه زن‌های دیگر بود. کند و کاو در این که او چه احساس دیگری می‌تواند داشته باشد او را به این مورد رساند که او احساس سطح پایین‌تر بودن، کمتر جذاب بودن و کمتر دوست داشتنی بودن را تجربه می‌کرد. او ارتباطی میان این احساس با تجربیات دوران کودکی خود برقرار نمود که در آن‌ها مورد تمسخر قرار می‌گرفت، ولی به مادرش نمی‌گفت. او در درمان به احساس خشم



شکل ۲. فرایند تغییرات حالات شخصیتی شرکت کننده بی‌اشتهایی عصبی



شکل ۳. فرایند تغییرات حالات خود شرکت کننده پراشتهایی عصبی

بحث و نتیجه‌گیری

درمان تحلیل تبدلی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی بر اساس نتایج پژوهش حاضر، توانست بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی، نگرش فرد در مورد بدن خود، روابط بین فردی، عزت نفس و حالات خود هر دو شرکت کننده را بهبود ببخشد. یافته‌های حاصل همسو با نتایج مطالعه Brunt بود که دریافت، درمان تحلیل تبدلی می‌تواند باعث بهبود بیماران مبتلا به اختلال خوردن شود (۲۴). همچنین، با مطالعات Burke و همکاران (۱۷)، Hettema و همکاران (۱۸) و Geller و همکاران (۱۰) مبنی بر مصاحبه انگیزشی به عنوان درمان مقدماتی و ترکیب آن با رویکردهای درمانی دیگر جهت بهبود بیماران مبتلا به اختلال خوردن، همخوان بود. از آنجایی که مصاحبه انگیزشی به موفقیت قابل قبولی در تعداد جلسات محدود رسید (۱۰)، می‌تواند بستر مناسبی برای افزایش نتایج درمان تحلیل تبدلی را فراهم نماید. چنین سبکی ممکن است به ویژه برای مراجعہ کنندگان بی‌میل و دو سو گرا همچون بیماران اختلالات خوردن اهمیت داشته باشد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که مصاحبه انگیزشی و تحلیل تبدلی مبتنی بر آن، به طور مثبت بر مسیر هدایت درمان و مشارکت در درمان تأثیر می‌گذارد. کشف کامل هر دو جنبه دو سو گزایی بیمار شامل دلایل تغییر، عدم

یکی از مداخلات درمانگر در تحلیل تبادلی برای بیماران مبتلا به اختلال خوردن، بازبررسی شخصیت مراجعه کننده به لحاظ ریشه‌ای جهت دستیابی به پیش‌نویس‌ها و تصمیمات کهنه، از طریق تکنیک بازگشت روانی بود. درمانگر با ردگیری احساسات کنونی مراجعه کننده، او را به عقب و عقب‌تر برد تا وی ریشه تصمیم‌هایش را بیابد و با بالغ خود تصمیم جدیدی بگیرد؛ چرا که آن تصمیم چندین سال قبل توسط کودک او گرفته شده است و دیگر نباید اجازه داد که کودکی او، برایش برنامه‌ریزی کند. هدف درمانگر از تجربه دوباره لحظات سرنوشت‌ساز تصمیم‌گیری، زنده کردن دوباره هیجانی بود که در موقعیت یادگیری برانگیخته شد؛ چرا که تشدید هیجانی و تجربه مجدد آن، قابلیت گفتگو پیرامون تصمیم و اصلاح آن را به دنبال خواهد داشت. بیمار در طول سال‌هایی که باور کرده است باید دیگران را خشنود سازد، این کار را با والدینش انجام می‌داد و به پیش‌نویس ذکر شده در کودکی سرسپرده شد.

می‌توان گفت که درمان تحلیل تبادلی فرایندی است که به رشد بیمار کمک می‌کند، اما این رشد توسط حمایت فردی غیر از والدین بیولوژیک صورت می‌گیرد. در جایی که کودک درون با والد درون قدرتمندی که سعی در تخریب او دارد، دچار کشمکش و اختلاف می‌شود، درمانگر در فرایند درمانی، شکلی از وابستگی را برای این کودک به وجود می‌آورد تا وی را قادر به دریافت حمایت‌ها کند (۴۷). استقلال در درمان امر بسیار مهمی است و درمانگر، والد سلامتی را برای وی به عنوان الگو قرار می‌دهد و سپس قدم‌های وی به سمت کسب استقلال را حمایت می‌نماید. همان طور که فرد بیمار با پیشرفت مراحل درمانی به سمت بهبود رشد می‌کند، درمانگر نقش خود را در زندگی وی کاهش می‌دهد تا زمانی که وی آماده پایان بخشیدن به درمان و واسطه خود با پزشک شود.

تحلیل تبادلی، روند درمان اختلالات خوردن را به عنوان فرایندی می‌نگرد که بیمار در آن، به تدریج از پیش‌نویس‌ها دست می‌کشد، نیازهای اساسی خود را می‌پذیرد و آن‌ها را در جهت سالمی برآورده می‌کند. حمایت از فرد بیمار تعادلی را در وی ایجاد می‌نماید که ریسک تغییر عادات غذایی خود را به جان می‌خورد و با ترس‌هایش از غذا و افزایش وزن روبه‌رو می‌شود. مطابق با روش درمانی تحلیل تبادلی، هنگامی که روان‌درمانگر با عادات اشتباه بیمار (همچون بی‌ارزش دانستن خود) مقابله می‌کند، آگاهی وی از این که تغذیه مناسب و کافی، مهم‌ترین بخش درمان می‌باشد، بسیار ضروری است. در یک برنامه درمانی با روش تحلیل تبادلی، با این که بیمار در جهت مراقبت از خودش حمایت می‌گردد، اما اولویت درمانی به برگرداندن وزن بدن داده می‌شود. وظیفه روان‌درمانگر پرورش خود واقعی می‌باشد که در سایه سازگاری‌ها، خود را پنهان ساخته است. بیمار در این درمان وظیفه دارد که به کشف خود بپردازد. بنابراین، او با کمک نظارت‌های شدید روان‌درمانگر بر عادات خود، به شناسایی آرزوها و نیازهایش خواهد پرداخت و برای تحقق آن‌ها تصمیم‌های مناسبی اتخاذ خواهد کرد.

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان تحلیل تبادلی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی، درمانی کارآمد و مؤثر برای اختلال بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی به شمار می‌رود. همچنین، پیگیری این بیماران می‌تواند نقش محوری در بهبودی و پیش‌آگهی مثبت آن‌ها داشته باشد. در این مطالعه فقط ۲ نفر زن شرکت داشتند. بنابراین، تممیم یافته‌های آن بر آزمون‌های مرد باید با احتیاط صورت گیرد. انجام مطالعاتی مشابه با جلسات پیگیری چند ماهه جهت بررسی اثربخشی در طول زمان، حجم نمونه بزرگ‌تر و گروه‌درمانی پیشنهاد می‌شود.

خود نسبت به سایر بچه‌ها (که او را مسخره می‌کردند) و احساس ناامیدی به دلیل این که نمی‌توانست از مادرش احساس حمایت داشته باشد، رسید. هنگامی که نیاز در زمان حال قرار گیرد، بیمار باید حل مشکل را بیاموزد یا احساسات خود را به گونه‌ای مناسب بیان کند که جلوی سیستم پیش‌نویس را بگیرد.

جووان طبق نظر James و Jongeward، «مدل لاغر» را به عنوان مدل اصلی بر می‌گزینند و به شدت پیامی را که رسانه‌ها به ذهن آن‌ها تزریق می‌کند، قبول می‌نمایند (پیام والد) (۴۶). این پیام به گونه‌ای می‌باشد که در رشد فرهنگی شخص مؤثر است (والد فرهنگی). این تصویر ایجاد شده در ذهن، باعث می‌شود که افراد حس خوبی از خود در باطن نداشته باشند. از این مسایل می‌توان در تحلیل تبادلی به عنوان پیش‌نویس یاد کرد که شامل موارد «عالی باش»، «محرک‌های التماسی» و «خودت نباش» می‌شود. نظرانی که به تشویق وضعیت جدید فرد لاغر شده می‌پردازد و فرد جوان را به خاطر نخوردن غذا تحسین می‌کند، همگی باعث افزایش اعتماد به نفس و حس پیروزی می‌گردد. او از موقعیت «اندام من زیبا نیست (من خوب نیستم)» و «اندام تو زیباست (تو خوب هستی)»، به موقعیتی تغییر جهت می‌دهد که «اندام من زیباست (من خوب هستم)» و «اندام تو زیبا نیست (تو خوب نیستی)» می‌اندیشد. فرد در این فرایند، مکرر به دلیل تسلط بر خویشتن، نسبت به دیگران حس برتری می‌یابد و به افراد چاقی که اراده‌ای برای کنترل وزن خود ندارند، حس ترحم نشان می‌دهد.

درمانگر با تعیین و تحکیم مجدد حد و مرز بین بالغ و کودک درون، تلاش نمود تا والد را کنار گذارد و حامی کودک گردد و بعد به تدریج با کمک تحلیل ساخت، بالغ بیمار را به عنوان میانجی بین کودک و والد قرار دهد. هدف بعدی درمانگر، رفع اغتشاش کودک درون بود. به طور کلی هدف اولیه درمان شامل رفع آلودگی‌های بالغ، مشخص کردن حد و مرز بین بالغ و کودک و تحکیم این حد و مرز می‌گردد. بالغ بیمار پس از آن که موقعیت را به طور صحیح درک نمود، آزاد گذاشته شد تا در مورد این که آیا باز باید دست به بی‌اشتهایی یا پرخوری بزند، تصمیم‌گیری کند. بدین ترتیب کودک رام گشت بدون آن که سرخورده، تحقیر و یا مورد آزار پیام‌های والدی قرار گیرد. بالغ نیز در اثر تجربیات واقعیت‌آزمایی بهتر خود، نیروگذاری شد (۴۷).

واضح می‌باشد که ضعف عزت نفس، زمینه‌ساز نشانه‌های اختلال‌های خوردن است. بیمار در مرحله‌ای از درمان، احساس بیهودگی و بی‌ارزشی می‌کند. عزت نفس از دیدگاه تحلیل تبادلی به صورت «من با خودم ارتباط خوبی دارم» و «تو نیز با من ارتباط خوبی داری» تعریف می‌شود. کودک درمی‌یابد که اگر چه نیازهای خود را سریع و به طور کامل به دست نمی‌آورد، اما میزان رضایتمندی‌ها و ناامیدی‌هایش در تعادل می‌باشد و به ارزش «من و تو هر دو انسان‌های خوبی هستیم» می‌رسد. مرحله «یادگیری مجدد» فرصت مناسبی را برای تقویت عزت نفس و قدرت شخصی افراد فراهم می‌کند که منجر به ارزیابی مجدد فرد از هویت انسانی خویش می‌شود.

باور کودک مطیع او این است که تا زمانی که از سوق‌دهنده «در صورتی فردی عالی باقی می‌مانم که به کاهش وزنم ادامه دهم» پیروی نماید، خوب باقی خواهیم ماند و خواسته‌های والد درونش را برآورده خواهد ساخت. درمانگر تحلیل تبادلی با استفاده از ردیابی احساسات، این سوق‌دهنده‌ها را شناسایی می‌کند و احساس‌های دردناک بیمار را تسکین می‌دهد. درمانگر وقتی که بالغ را به کار انداخت، نوارهای والد و کودک از چرخش باز ایستاد و گفتگوی درونی متوقف شد.

زارعی جهت همکاری و فراهم سازی امکانات لازم در اجرای پژوهش و از آقای مهندس مهدی میرقادری تقدیر و تشکر ویژه داشته باشد.

سپاسگزاری

گروه پژوهشی بر خود لازم می‌داند از همکاری هر دو شرکت کننده، خانواده‌های آن‌ها و نیز از مسئولین مرکز ایمن طب زاگرس به خصوص مهندس صمد

References

1. Silverman JA. Anorexia nervosa: a historical perspective on treatment. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders. New York, NY: Guilford Press; 1997. p. 3-7.
2. Dalle GR. Eating disorders: progress and challenges. Eur J Intern Med 2011; 22(2): 153-60.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock synopsis psychiatry: behavioral sciences/ clinical psychiatry. Trans. Rezaei F. Tehran, Iran: Arjmand Publication; 2007. [In Persian].
4. Miller CA, Golden NH. An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology, and prognosis. Nutr Clin Pract 2010; 25(2): 110-5.
5. Kring AM, Johnson SL, Davison GC, Neale JM. Abnormal psychology. New Jersey, NJ: Wiley; 2009.
6. Tuschen-Caffier B, Vogeled C, Bracht S, Hilbert A. Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. Behav Res Ther 2003; 41(5): 573-86.
7. Claes L, Vandereycken W, Luyten P, Soenens B, Pieters G, Vertommen H. Personality prototypes in eating disorders based on the Big Five model. J Pers Disord 2006; 20(4): 401-16.
8. Touyz S, Swinbourne J, Hunt C, Abbott M, Clare T, Russell J. The prevalence of co-morbid eating disorders and anxiety disorders: do individuals with co-morbid diagnoses display more severe symptoms? Aust N Z J Psychiatry 2007; 41(1 suppl): A92.
9. Nobakht M. An epidemiological study of eating disorders in the second year of secondary school students in Tehran [MSc Thesis]. Mashhad, Iran: Ferdowsi University of Mashhad; 1998. [In Persian].
10. Geller J, Brown KE, Srikaneswaran S. The efficacy of a brief motivational intervention for individuals with eating disorders: a randomized control trial. Int J Eat Disord 2011; 44(6): 497-505.
11. Fairburn CG, Brownell KD. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2001.
12. Cooper M. The psychology of bulimia nervosa: A cognitive perspective paperback. Oxford, UK: Oxford University Press; 2003.
13. Navidian A, Abedi MR, Baghban I, Fatehizade MS, Poursharifi H. Effect of motivational interviewing on the weight self-efficacy lifestyle in men suffering from overweight and obesity. Journal of Behavioral Sciences 2010; 4(2): 149-54.
14. Poursharifi H, Zamani R, Mehryar AH, Besharat MA, Rajab A. The effectiveness of motivational interviewing in improving the outcomes of well-being, quality of life and self-care in adults with type 2 diabetes. Journal of Psychology (Tabriz University) 2011; 6(23): 39-60. [In Persian].
15. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change, 3rd Edition (Applications of Motivational Interviewing). New York, NY: The Guilford Press; 2002.
16. Poursharifi H. The impact of motivational interviewing on improving health indicators in patients with type II diabetes [PhD Thesis]. Tehran, Iran: University of Tehran; 2007. [In Persian].
17. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. J Consult Clin Psychol 2003; 71(5): 843-61.
18. Hetttema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. Annu Rev Clin Psychol 2005; 1: 91-111.
19. Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing in the treatment of psychological problems (applications of motivational interviewing). Trans. Navidian A, Abedi MR, Bakhshani NM, Poursharifi H. Zahedan, Iran: Sokhan Gostar Publications; 2008. [In Persian].
20. Byrne SM, Fursland A, Allen KL, Watson H. The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. Behav Res Ther 2011; 49(4): 219-26.
21. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiatry 1993; 50(6): 419-28.
22. Constantino MJ, Arnou BA, Blasey C, Agras WS. The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. J Consult Clin Psychol 2005; 73(2): 203-11.
23. Safer DL, Couturier JL, Lock J. Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. Cogn Behav Pract 2007; 14(2): 157-67.
24. Brunt M. The use of transactional analysis in the treatment of eating disorders. Transactional Anal J 2005; 35(3): 240-53.
25. Stewart I. Transactional Analysis Counselling in Action. New York, NY: SAGE; 2007.
26. Khalil L, Callager P, James N. Transactional analysis: a scoping exercise for evidence of outcome [Report]. Nottingham, UK: School of Nursing, University of Nottingham; 2007. 2016.

27. Akbari E, Poursharifi H, Azimi Z, Fahimi S, Amiri Pichakolaei A. The effectiveness of transactional analysis group therapy on satisfaction, adjustment, positive feelings, and intimacy in couples with emotional divorce experience. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2013; 2(4): 455-84. [In Persian].
28. Berne E. Transactional analysis. Trans. Fasih E. Tehran, Iran: Farhange Nashre Publications; 2010. [In Persian].
29. Tudor K. Transactional analysis approaches to brief therapy: What do you say between saying hello and goodbye? London, UK: SAGE Publications; 2002.
30. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P). Trans. Sharifi V, Asadi SM, Amini H, Kaviani H, Semnai Y, Shaabani A. Tehran, Iran: Mehre Kavian Publications; 2005. [In Persian].
31. Bakhtiari M. Evaluation of mental disorders in patients with body dysmorphic disorder [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Psychiatric Institute, 2000. [In Persian].
32. Coker S, Roger D. The construction and preliminary validation of a scale for measuring eating disorders. *J Psychosom Res* 1990; 34(2): 223-31.
33. Sharififard A. investigation the prevalence of eating disorders and it's correlation with self-esteem and depression in Ahvaz female students [MSc Thesis]. Ahvaz, Iran: Ahvaz Branch, Islamic Azad University; 1998. [In Persian].
34. Akbari A, Khanjani Z, Azimi Z, Poursharifi H, Mahmoud Alilou M. The effectiveness of transactional analysis therapy on personality states, self-esteem and clinical symptoms of people with emotional breakdown. *Journal of Psychological Models and Methods* 2012; 2(8): 1-20. [In Persian].
35. Cash TF. The MBSRQ users' manual. 3rd ed. Norfolk, VA: Old Dominion University; 1994.
36. Rahaty A. A transformation of its relationship with body image and self-esteem by comparing age groups, teenagers, middle-aged and elderly [MS Thesis]. Tehran, Iran: Shahed University; 2004. [In Persian].
37. Shakiba Sh, Mohammad-Khani P, Poorshahbaz A, Moshtagh-Bidokhti A. The efficacy of brief object relations psychotherapy on reduction of depression severity and interpersonal problems of women suffer from major depressive disorder comorbid with cluster c personality disorders. *Journal of Clinical Psychology* 2011; 2(4): 29-40. [In Persian].
38. Mohammadi N. The preliminary study of validity and reliability of Rosenberg's self-esteem scale. *Journal of Iranian Psychologists*, 2005; 1 (4): 55-62. [In Persian].
39. Akbari E, Khanjani Z, Poursharifi H, Mahmoud Alilou M, Azimi Z. Comparative efficacy of transactional analysis versus cognitive behavioral therapy for pathological symptoms of emotional breakdown in students. *Journal of Clinical Psychology* 2012; 4(3): 87-101. [In Persian].
40. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In: Kazdin AE, editor. *Methodological issues and strategies in clinical research*. 2nd ed. Washington DC: American Psychological Association; 1998. p. 521-38.
41. James M. Self reparenting: Theory and process. *Transactional Analysis Journal* 1974; 4(3): 32-9.
42. Johnsson R. Transactional analysis psychotherapy: three methods describing a transactional analysis group therapy [Doctoral Thesis]. Lund, Sweden: Department of Psychology, Lund University; 2011.
43. Stewart L, Joines V. *TA Today: A new introduction to transactional analysis*. Chapel Hill, NC: Lifespace Publishing; 2012.
44. Berne E. What do you say after you say hello? Trans. Gharachedaghi M. Tehran, Iran: Alborz Publications; 1991. [In Persian].
45. James M, Savary LM. *A New Self: Self-therapy with Transactional Analysis*. Boston, MA: Addison-Wesley Publishing Company; 1977.
46. James M, Jongeward D. *Born to win*. Trans. Ghasemzadeh H. Tehran, Iran: Asia Publications; 2005. [In Persian].
47. Goulding MM, Goulding RL. *Changing Lives Through Redecision Therapy*. New York, NY: Grove Press; 1997.

The Effectiveness of Motivational Interview-based Transactional Analysis on Patients with Eating Disorders: A Case Report

Ebrahim Akbari¹, Hamid Poursharifi², Zeinab Azimi³, Zahra Hosseinzadeh-Maleki⁴, Ahmad Amiri-Pichakolaei⁵

Original Article

Abstract

Aim and Background: The aim of the present study was to determine the effectiveness of transactional analysis based on motivational interviewing on patients with eating disorders.

Methods and Materials: This quasi-experimental study was performed using a multiple baseline single case design. The study subjects consisted of 2 female clients of the psychological counseling unit of Imen Teb Zagros Center in Shiraz, Iran, in 2013. The participants were selected by purposive sampling method and underwent transactional analysis based on motivational interviewing. The subjects completed the Ahwaz Eating Disorder, Food Habits, Body Attitudes, Personality States, Interpersonal Relationships, and Self-esteem Questionnaires during pre-treatment (baseline) and at the third, eighth, fourteenth, nineteenth, and twenty-third sessions, and one-month follow-up. Moreover, their body mass index (BMI) was measured during the course of the treatment. Recovery percentage and the effect size were used for data analysis. For data analysis, percentage improvement and effect size index were used.

Findings: The results showed that motivational interview-based transactional analysis was effective in curing patients with eating disorders and was able to cause lasting and significant changes in all targets. At the end of the treatment and follow-up period, both participants demonstrated overall improvement in eating disorder (73%), eating habits (74%), body image (60%), interpersonal relationships (62%), self-esteem (54%), and personality states (76%).

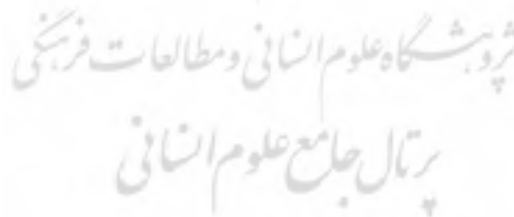
Conclusions: Transactional analysis based on motivational interviewing can be an effective treatment for patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa.

Keywords: Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Transactional analysis, Motivational interviewing

Citation: Akbari E, Poursharifi H, Azimi Z, Hosseinzadeh-Maleki Z, Amiri-Pichakolaei A. **The Effectiveness of Motivational Interview-based Transactional Analysis on Patients with Eating Disorders: A Case Report.** *J Res Behav Sci* 2015; 13(4): 538-48

Received: 10.05.2015

Accepted: 15.09.2015



- 1- Lecturer, Department of Clinical Psychology, Lamerd Center, Payame Noor University, Fars, Iran
 2- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran
 3- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
 4- PhD Student, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
 5- Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran
Corresponding Author: Ebrahim Akbari MSc, Email: e.akbari_psy@yahoo.com