

The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Anxiety Sensivity and Body Image in Female Bulimia Nervosa Patients

Masrou, *S., Toozandehjani, H.

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر حساسیت اضطرابی و تصویر تن دختران

مبتلا به پرخوری عصبی

سمیه مسرور^۱، حسن توزنده جانی^۲

Abstract

Introduction: Bulimia is a well-known and major eating disorder. While different factors can lead to this disorder the anxiety sensitivity and body image are two of them. The present study aimed to examine the effectiveness of a Dialectical Behavioral Therapy on anxiety sensitivity and body image in female participants with bulimia nervosa.

Method: We used a semi-experimental (pre-test, post-test with nonequivalent Control group) research design. The statistical population of the study consisted of 24 high school females with Bulimia nervosa who were chosen through purposive sampling in Neishabor. To collect the information Fisher Body Image Scale (FBIS) and Anxiety Sensitivity Index (ASI-R) were administered. After pre-test the Dialectical Behavioral Therapy protocol was performed in 12 sessions. For data analysis the Multivariate Analysis of Covariance was applied.

Results: The results revealed that DBT could make a difference in the anxiety sensitivity and body image measures in female students with bulimia nervosa at a post-test stage between two groups.

Conclusion: The dialectical behavioral therapy can be helpful to improve the anxiety sensitivity and body image in females with bulimia nervosa and is recommended for them to clinicians.

Keywords: Dialectical Behavioral Therapy, Anxiety Sensitivity, Body Image, Bulimia Nervosa, Women.

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۴/۱۵

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۱/۰۳

چکیده

مقدمه: پرخوری عصبی به عنوان عمده‌ترین اختلال خوردن شناخته شده است. عوامل متعددی در ایجاد این اختلال نقش دارند که از بین این عوامل می‌توان به حساسیت اضطرابی و تصویر تن این افراد اشاره کرد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر حساسیت اضطرابی و تصویر تن در دانش‌آموزان دختر مبتلا به پرخوری عصبی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دختران دبیرستانی مبتلا به پرخوری عصبی در شهر نیشابور تشکیل می‌دادند. نمونه آماری شامل ۲۴ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی مبتلا به پرخوری عصبی بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تصویر تن مارش و ردمین و مقیاس حساسیت اضطرابی تیلور و کاکس استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی به مدت ۱۲ جلسه اجرا شد. در پایان دوره درمان، پس‌آزمون انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش حساسیت اضطرابی و هم‌چنین بر تغییر تصویر تن در دانش‌آموزان دختر مبتلا به پرخوری عصبی مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی مداخله‌های مربوط به درمان شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند با آموزه‌ها و فنون شرقی که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند در هم آمیخته، برای بهبود نشانه‌های حساسیت اضطرابی و تصویر تن دختران مبتلا به پرخوری عصبی مفید می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیکی، حساسیت اضطرابی،

تصویر تن، پرخوری عصبی.

مقدمه

بیشتر در معرض اضطراب و افسردگی و دیگر نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی هستند(۸).

از جمله مؤلفه‌های روان‌شناختی دخیل در اختلال پرخوری عصبی، حساسیت اضطرابی^۱ و تصویر تن می‌باشد(۹)، و دلیل اصلی اختلال پرخوری در میان زنان، نگرانی در مورد تصویر، اندازه و سلامت بدن است(۱۰). فایربورن و همکاران(۱۱) در تحقیقات خود نشان دادند که افراد چاق که اختلال پرخوری عصبی داشته در دوران کودکی و نوجوانی به احتمال بیشتری از خود ارزشیابی منفی، افسردگی، مشکلات رفتاری و آسیب‌های عمدی به خود رنج می‌برده‌اند. مهمترین علت اختلال خوردن ناشی از فقدان نگهداری وزن سالم بدن، ترس و سواسی برای به دست آوردن وزن یا امتناع از انجام آن و ادراک غیر واقعی یا عدم تشخیص جدیت و اهمیت کم بودن وزن بدن در حال حاضر است(۱۲). در زمینه پرخوری عصبی و حساسیت اضطرابی نیز پژوهش‌های متعددی انجام گرفته است. از جمله، مطالعات کارلتون، کالیمور و آسموندسون(۱۳) و همچنین دیکن و فلپن(۱۴، ۱۵) نشان دادند که بین پرخوری عصبی و حساسیت اضطرابی رابطه مثبت وجود دارد. بر اساس نظر تیلور و آلدن(۱۶) و هاوول و همکاران(۱۷)، حساسیت اضطرابی، علائم اختلالات اضطرابی را تشدید می‌کند. یافته‌های پژوهشی نیز نشانگر ارتباط بین مشکلات تنظیم هیجان، هیجان‌های منفی با رفتارهای خوردن آشفته هستند(۱۸). افراد با حساسیت اضطرابی بالا پاسخ برانگیختگی خود را آزاردهنده می‌یابند و بنابراین تجربه اضطراب در پاسخ به محرک تقویت می‌شود. بر این اساس، این سازه نقش مهمی در گسترش و تداوم پرخوری عصبی ایفا می‌کند(۱۹) و نظریه‌پردازان شناختی اضطراب معتقدند که در افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب همراه سوگیری‌هایی است که نقش مهمی در ایجاد و تداوم اضطراب بر عهده دارد(۲۰). مطالعات دیکن و آبراموویتز(۱۵) و کارلتون، کالیمور و آسموندسون(۱۴)، نشان دادند که بین پرخوری عصبی و حساسیت اضطرابی رابطه مثبت وجود دارد. بنابراین، با توجه به پیامدهای روانی- رفتاری فوق در اختلال پرخوری عصبی (به ویژه در نوجوانان دانش

در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا(۱) پرخوری عصبی با دوره‌های مکرر پرخوری عصبی (خوردن مقدار زیادی غذا در زمان معین و احساس نداشتن کنترل بر خوردن)، رفتارهای نامناسب جبرانی مکرر به منظور پیشگیری از افزایش وزن حداقل یکبار در هفته و به مدت سه ماه و عدم وقوع اختلال در طی دوره‌های بی‌اشتهایی عصبی مشخص شده است. پرخوری عصبی با خوردن مقادیر زیاد غذا به همراه احساس عدم کنترل بر خوردن مشخص می‌شود(۲). میزان شیوع پرخوری عصبی ۱ درصد برای زنان و مردان گزارش شده است. با وجود این، معیار تشخیص اختلال پرخوری عصبی مبتنی بر علائم بالینی مشاهده شده در مجموعه تشخیصی و آماری (ویرایش پنجم) اختلال‌های روانی است(۳).

اختلالات خوردن نشانگانی هستند که در آن تغییر شناختی مربوط به غذا، وزن بدن و الگوهای غلط خوردن می‌تواند منجر به عوارض تهدید کننده زندگی از نظر تغذیه‌ای و پزشکی شود(۳). این اختلالات در تمام طبقات اجتماعی، اقتصادی و قومی دیده می‌شوند(۴). شواهد پزشکی نشان می‌دهد که پرخوری عصبی موجب بروز مشکلات جدی در سلامتی افراد نظیر فشار خون بالا، دیابت، بالا رفتن کلسترول و به دنبال آن مشکلات قلبی عروقی می‌شود(۵). شیوع اختلال خوردن در نوجوانان در سال‌های اخیر به طور شگرفی افزایش داشته است. شواهد نشان می‌دهد که اختلال خوردن نوجوانان عاملی خطرناک برای اختلال خوردن مزمن در بزرگسالی می‌باشد(۶).

اختلالات خوردن از شایع‌ترین مشکلات روان‌پزشکی در زنان جوان است و مرگ و میر زیادی را به همراه دارد. اختلالات خوردن بر حسب آسفتگی زیاد و شدید در رفتار خوردن مشخص می‌شود که معمولاً نخستین بار در اوایل کودکی تشخیص گذاشته می‌شوند؛ مانند هرزه‌خواری، اختلال نشخوار و اختلال تغذیه شیر خواری یا اوایل کودکی(۷).

در پژوهش‌ها مشخص شده که اضطراب و نگرانی در مورد ظاهر و وزن بدن با اختلال‌های خوردن ارتباط دارد و نقش مهمی در پیش‌بینی اختلال‌های خوردن ایفا می‌کند(۸). همچنین، زنان مبتلا به پرخوری عصبی، نسبت به مردان،

تحمل این ابهام را سخت می‌دانند، برانگیختگی هیجانی و حساسیت اضطرابی بالا و مداومی را تجربه می‌کنند (۲۶). علاوه بر ارتباط اختلال پرخوری عصبی با نگرانی و آشفتگی ناشی از بلا تکلیفی، به صورت معناداری با برانگیختگی اضطرابی و افسردگی همراه با فقدان لذت نیز همبستگی دارد (۲۷).

الگوی شناختی اختلال پر خوری عصبی حاکی از وجود نقایص و نارسایی‌هایی در تجزیه و تحلیل اطلاعات، ترس از ارزیابی منفی و تحریف‌هایی در فرآیندهای شناختی پردازش اطلاعات آنها هستند که منجر به احساس مسئولیت بالا برای وقوع یک فاجعه یا خطر در آینده می‌شوند (۲۸). در دیدگاه شناختی، اعتقاد بر این است که اختلالات شناختی که در حالات پرخوری عصبی یا در ارتباط با مشکلات خاصی به وقوع می‌پیوندند، منشأ اضطراب محسوب می‌شوند. اساس این آشفتگی‌ها نگرانی‌هایی است که فرد در رابطه با خطر یا تهدید احساس می‌کند (به ویژه تهدیدهایی که جنبه شخصی دارند). بررسی چگونگی توجه و تفسیر محرک‌های بیرونی و درونی، چگونگی پردازش آنها و سوگیری توجه یا پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به این تهدیدها مسأله و موضوع مهمی در اختلال پرخوری عصبی به حساب می‌آید (۲۹). در دو دهه گذشته علاقه به درک ماهیت پرخوری عصبی و گسترش روش‌های مؤثر بر آن در بین روان‌شناسان و مشاوران فزونی یافته (۳۰) و به منظور کاهش و درمان این اختلال روش‌ها و فنون متعددی مورد استفاده قرار گرفته است (۳۱).

با توجه به جنبه‌های مثبت رویکرد درمان دیالکتیکی، پژوهشگران مداخله‌های مبتنی بر روان‌درمانی دیالکتیکی را برای افزایش خود کنترلی بر رفتار خوردن این افراد پیشنهاد کرده‌اند (۳۲). این درمان، یک رویکرد شناختی- رفتاری است که لینهان آن را به عنوان یک درمان برای افراد اقدام کننده به رفتارهای خود تخریب‌گر تشخیص داده است. این رویکرد، مداخله‌های مربوط به درمان شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند با آموزه‌ها و فنون شرقی که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند در هم آمیخته است و بر این اساس، چهار مؤلفه مداخله‌ای را مطرح می‌کند:

آموز، توجه به علل و درمان این اختلال از ضرورت‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

متاسفانه، مزمین بودن ماهیت اختلال پرخوری عصبی، نداشتن پیش‌آگهی مناسب و درمان قطعی و درگیر ساختن فرد در زندگی روزمره باعث ایجاد مشکلات روانی متعددی در این افراد می‌گردد (۲۱). با در نظر گرفتن نتایج تحقیقات باترا (۲۲) و کسلر و همکاران (۲۳)، اثرگذاری این عوامل بر شیوع و تسریع اختلال پراشتهایی عصبی بررسی و به اثبات رسیده است. بر این اساس، حساسیت اضطرابی نقش مهمی در گسترش و تداوم اختلال پراشتهایی عصبی ایفا می‌کند و نظریه پردازان شناختی اضطراب معتقدند که افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا از بازیابی منفی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب همراه سوگیری- های شناختی برخوردارند. این پدیده در نوجوانان با شدت بیشتری انجام می‌شود (۱۹). از این رو، انجام تحقیقاتی از این دست ضروری به نظر می‌رسد.

از بین عوامل تأثیرگذار بر پرخوری عصبی می‌توان به تصویر تن و نوع برداشتی که این افراد از بدن خود دارند، اشاره کرد. بسیاری از زنان و دختران در مورد تصویر تن خود مشکلاتی دارند (۲۴). از خصوصیات افراد دارای پرخوری عصبی ناتوانی در گرفتن رژیم غذایی، عدم بازدارندگی و تصویر تن منفی است. اختلال در درک اندازه بدن و وزن، افکار وسواسی درباره غذا، ورزش و تصویر تن تحریف شده از علایمی هستند که افراد دارای این اختلال از آن رنج می‌برند (۲۴).

تصویر تن، عنصری اساسی از شخصیت و خودپنداره هر فرد است که بر زندگی روانی و نگرش‌های او تأثیر می‌گذارد، این تصویر می‌تواند مثبت یا منفی باشد و بر بهزیستی فرد تأثیر بگذارد و به منبعی برای هیجانات مثبت و منفی تبدیل شود و از این طریق بر کیفیت زندگی افراد تأثیر گذارد (۲۵). تصویر تن به ویژه در جوامعی که داشتن اندام زیبا یک ارزش محسوب می‌شود، به خاطر اهمیت آن در پذیرش اجتماعی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بدین صورت که زنان برای این که لاغر و زیبا باشند و مردان برای عضلانی بودن تحت فشار هستند (۲۶).

افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی موقعیت‌های بیشتری را به صورت مبهم ادراک می‌کنند و با توجه به این که

همچنین نیاز به درمان‌های روانشناختی برای کاهش اختلال پرخوری عصبی و از طرفی کمبود پژوهش‌هایی از این دست در کشور در مورد دانش‌آموزان، که به طور مستقیم اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را در تغییر تصویر تن منفی و حساسیت اضطرابی مورد بررسی قرار دهد، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی (طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) بود که با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر حساسیت اضطرابی و تصویر تن در دانش‌آموزان دختر مبتلا به پرخوری عصبی انجام شد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش را کلیه دختران دبیرستانی مبتلا به پرخوری عصبی در شهر نیشابور در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. نمونه شامل ۲۴ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی مبتلا به پرخوری عصبی بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. در مرحله اول ۶۰۰ دانش‌آموز دختر از بین مدارس شهر نیشابور انتخاب شدند (بر اساس تشخیص اولیه مشاورین مدارس) و مقیاس پرخوری عصبی را تکمیل نمودند. سپس، دانش‌آموزانی که نمره بالایی (نقطه برش ۱۰) در این مقیاس کسب نمودند، شناسایی و تحت مصاحبه بالینی (مبتنی بر DSM-5) توسط روانشناس بالینی قرار گرفتند تا تشخیص اولیه پرخوری عصبی (نمره آزمون) در آنها مورد تأیید قرار گیرد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: کسب نمره بالا در آزمون پرخوری عصبی، اشتغال به تحصیل، قرار داشتن در دوره سنی ۱۶ تا ۲۰ سال. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: مصرف مواد و یا مصرف داروهای روانگردان، وجود هر گونه اختلال روانی، داشتن بیماری‌های جسمانی، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی.

۱- هشیاری فراگیر بنیادین^۱ و ۲- تحمل پریشانی^۲ (به عنوان مؤلفه‌های پذیرش^۳)؛ ۳- تنظیم هیجانی^۴ و ۴- کارآمدی بین فردی^۵ (به عنوان مؤلفه‌های تغییر^۶) (۳۴،۳۳). شواهد نشان می‌دهد که این رویکرد در درمان اختلالات خوردن به ویژه پرخوری عصبی موفقیت‌آمیز بوده و نتایج امیدوار کننده‌ای به همراه داشته است (۳۵). رفتاردرمانی دیالکتیکی ترکیبی از روش‌های مربوط به درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری است. جهت‌گیری نظری این درمان مبتنی بر نظریه‌های رفتاری و نظریه‌های مداخله در بحران مبتنی بر آموزش ذهن‌آگاهی می‌باشد (۳۶).

درمان رفتاری دیالکتیکی بر هر دو جنبه اختلالات شناختی و نابهنجاری‌های رفتاری در مبتلایان به پرخوری عصبی توجه دارد. هدف این درمان کاهش رفتارهای پرخوری و پاکسازی در مبتلایان به پرخوری عصبی و تغییر نگرش‌های نابهنجار آنها درباره شکل و وزن بدن و حساسیت اضطرابی است (۳۷). بر اساس این دیدگاه، پرخوری عصبی به خاطر ناتوانی در مقابله با حوادث ناگوار و پرداختن به افکار و احساسات ناکارآمد در مورد وزن و شکل بدن ادامه می‌یابد و این به نوبه خود منجر به علائم پرخوری و پاکسازی می‌شود (۳۸).

تحقیقات نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب تغییر مثبت تصویر تن در افراد دارای پرخوری می‌گردد (۳۹، ۴۰). همچنین، پژوهش دنارو (۴۱) نشان داده است که در رفتار درمانی دیالکتیکی افراد می‌آموزند که ایجاد تسلط و عزت نفس، از طریق تعامل به شیوه‌ای که در فرد احساس شایستگی و کارآمدی به جای احساس درماندگی ایجاد می‌کند، رخ می‌دهد و خودکارآمدی آنان افزایش می‌یابد. همچنین، میلر، راتوس و لینهان (۴۲) عنوان می‌نمایند که هدف رفتار درمانی دیالکتیکی افزایش عزت نفس، دستیابی به اهداف فردی، حل و فصل کردن احساس نقص می‌باشد. دهقانی (۴۳) تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر الگوی فرآیند گراس و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم مشکلات هیجانی و پرخوری عصبی را گزارش داده است. غروی (۳۴) نیز تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب ناشی از پرخوری عصبی را تأیید نموده است.

با توجه به افزایش رو به رشد اختلال پرخوری عصبی در بین افراد نوجوان و آسیب‌پذیر بودن این دوره از رشد و

1- fundamental comprehensive awareness
2- tolerance distress
3- accept components
4- emotional regulation
5- interpersonal competence
6- change components

ابزار

۱- مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-5: در این پژوهش برای تشخیص بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی از مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-5 استفاده شد که توسط روانشناس بالینی اجرا گردید. مصاحبه تشخیصی یک مصاحبه نیمه سازمان یافته و مبتنی بر پنجمین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (ویرایش پنجم) می‌باشد. این مصاحبه دارای دو بخش اصلی است: الف) تاریخچه شخصی، و ب) معاینه وضعیت روانی. بخش اول این مصاحبه شامل مشخصات فردی، شکایت اصلی، بیماری فعلی، بیماری‌های قبلی، تاریخچه طبی، شخصی و خانوادگی است. بخش دوم آن شامل بررسی وضعیت ظاهری، ادراک، شناخت، تفکر، قضاوت و بیش می‌باشد. این مصاحبه هماهنگ با الگوی مصاحبه جامع روانپزشکی می‌باشد (۴۴). در این پژوهش ارزیابی رفتاری مبتنی بر رویکرد درمان رفتاری دیالکتیکی بود و مفرط بودن رفتار، کمبودهای رفتاری، آمایه‌های رفتاری و شرایط ایجاد کننده، تداوم و پایان یافتن رفتار مرضی از دیدگاه رفتاری بررسی شد. هدف ارزیابی رفتاری انجام درمان رفتاری دیالکتیکی در مورد علائم، شدت و فراوانی آنها و تدوین برنامه درمانی مناسب بود.

۲- پرسشنامه تصویر تن فیشر^۱ (FBIS): این پرسشنامه توسط مارش و ردمان (۴۵) تنظیم شده است و دارای ۴۷ ماده ۶ گزینه‌ای در طیف لیکرت می‌باشد. عبارات (۸، ۱۱، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۵، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۹، ۴۶ و ۴۷) به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب آلفای پرسشنامه را در بازه سنی ۱۷ تا ۷۹ سال در متغیرهای فعالیت بدنی، هماهنگی و تحمل ۰/۸۹ و عامل ظاهر، انعطاف‌پذیری و تندرستی ۰/۸۸، در متغیر چربی بدن و خودپنداره بدنی کلی ۰/۹۰، ورزش ۰/۹۴، قدرت ۰/۹۲ و عزت نفس کلی ۰/۷۷ به دست آورده‌اند. نتایج این تحلیل حمایت مناسبی از اعتبار ساختاری خودپنداره بدنی و چندین بُعد مهم آن، فراهم آورد. در مجموع، ضریب آلفای ۰/۸۰ برای این پرسشنامه برآورد شده است (۴۶). آلفای کرونباخ در تحقیق حاضر برابر با ۰/۷۴ بدست آمده است. در تحقیق ماتسوموتو، یوشی یوکی و نوریکو (۴۷) پایایی پرسشنامه تصویر بدنی با دو

روش آلفای کرونباخ و تنصیف به دست آمده است که به ترتیب برابر ۰/۹۶ و ۰/۸۹ است. ۳- مقیاس حساسیت اضطرابی^۲: مقیاس حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده (ASI-R) که توسط تیلور و کاکس (۴۸) تدوین شده است، یک پرسشنامه خودسنجی است که دارای یک ساختار مرتبه‌ای چهار عاملی است. این عوامل عبارتند از: ترس از نشانه‌های تنفسی؛ ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع؛ ترس از نشانه‌های قلبی-عروقی؛ و ترس از عدم مهار شناختی. در پژوهش دهقانی (۴۳) روایی شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه "فهرست بازبینی شده تجدید نظر شده ۳۰ نشانگانی" انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۷۵ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود (۴۹). در پژوهش دهقان (۵۰) به منظور سنجش پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفا به دست آمده برابر با ۰/۸۶ است که نشان دهنده از پایایی قابل قبول پرسشنامه است (۵۱). آلفای کرونباخ در تحقیق حاضر برابر با ۰/۷۷ بدست آمده است.

شیوه درمان: درمان رفتاری دیالکتیکی مبتنی بر الگوی لینهان (۵۲) بوده که توسط سالباچ، آندره آ، بوهنکامپ، پفیفر و لهماکوهل (۵۳) برنامه‌ریزی شده است که در این پژوهش طی ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک‌بار) برگزار شد. محتوای جلسات درمانی بر اساس و مبتنی بر الگوی لینهان (۵۲) در جدول ۱ ذکر گردیده است.

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش آزمودنی‌ها پس از تشخیص اولیه پرخوری عصبی به کمک (نمره آزمون پرخوری عصبی) و مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی، در دو گروه بطور تصادفی قرار گرفتند. در ادامه هر دو گروه پرسشنامه‌های مورد نظر (حساسیت اضطرابی و تصویر تن) را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کرده گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای یکبار) تحت درمان رفتاری دیالکتیکی قرار گرفتند. گروه کنترل هیچگونه درمانی

1- Fisher Body Image Scale

2- Anxiety sensitive scale

بررسی مفروضات تحلیل کواریانس

۱- مقیاس اندازه‌گیری متغیر وابسته از داده‌های فاصله‌ای یا نسبتی باشد: در پژوهش حاضر با عنایت به نمره گذاری لیکرت برای پرسشنامه‌ها، شرط اولیه برقرار بود و در حقیقت اطلاعات جمع‌آوری شده دارای مقیاس اندازه‌گیری فاصله ای بودند.

۲- نرمال بودن توزیع مشاهدات: شرط دوم استفاده از تحلیل کواریانس، مبنی بر نرمال بودن اطلاعات جمع‌آوری شده با کمک آزمون کولموگراف اسمیرنوف مورد سنجش قرار گرفت.

دریافت نکردند. در پایان درمان، اعضای دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً پرسشنامه حساسیت اضطرابی و تصویر تن را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل نمودند. پیگیری برای روند درمان انجام نشد. به منظور رعایت مسائل اخلاقی بعد از اتمام پژوهش به گروه گواه نیز جلسات درمانی پیشنهاد شد.

یافته‌ها

جهت بررسی تأثیر مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش حساسیت اضطرابی و تغییر تصویر تن دانش‌آموزان دختر دارای اختلال پرخوری عصبی ابتدا پیش‌فرض‌های مربوط به تحلیل کواریانس مورد ارزیابی قرار گرفت.

جدول ۱) برنامه درمان رفتاری دیالکتیکی

جلسه	رفتار درمانی دیالکتیکی
۱	ایجاد ارتباط اولیه، جلب اعتماد و همکاری اعضا گروه ارائه منطبق درمان و آشنایی با شیوه کار گروهی و مقررات آن، توافق بر سر اهداف درمان، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی
۲	آزمودنی‌ها با مهارت‌های هشپاری فراگیر و با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا شدند. به اعضای گروه توضیح داده شد که منظور از حالات ذهنی در این طرح سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا است. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۳	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، بحث درباره توجه آگاهانه و اثرات آن در مدیریت آشفتگی‌ها، آموزش روش‌های توجه آگاهی نظیر ذهن خردمند و شهود، آموزش تعادل بین افکار و احساسات، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۴	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت به هشپاری، آموزش تمرکز بر لحظه با استفاده از شیوه‌های گوناگون، آموزش توصیف هیجان و به هشپاری بر هیجان‌ات، آموزش مفهوم ذهن هیجانی، بررسی روش‌های کاهش اثرات هیجان‌های منفی نظیر: افزایش هیجان‌های مثبت، عمل کردن بر خلاف میل شدید هیجانی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۵	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، آموزش تشخیص هیجان‌ات، آموزش پذیرش و استفاده از آن، تدوین و ایجاد راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری با موقعیت‌های آشفته‌ساز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۶	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، بررسی روش‌های کنترل آشفتگی، آموزش روش‌های توجه‌گردانی برای مدیریت آشفتگی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۷	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، ادامه بررسی تکنیک‌های آشفته‌ساز، گفتگو درباره روش پذیرش بنیادین آموزش استفاده از خودگویی در پذیرش بنیادین، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۸	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، بررسی مؤلفه تحمل پربشانی یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل: ۱- راهبردهای پرت کردن حواس پنجگانه، ۲- خودآرام سازی با حواس پنجگانه، ۳- مهارت‌های به سازی لحظات، ۴- تکنیک سود و زیان، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۹	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، بررسی روش‌های پیشرفته تر تحمل آشفتگی هیجانی نظیر تعیین وقت استراحت، زندگی در زمان حال، خودگویی‌های تأییدگرایی، راهبردهای مقابله‌ای جدید، آموزش راه‌های کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته‌ساز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۱۰	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، اجرای مراقبه ذهن خردمند و دریافت بازخورد از مراجعان درباره احساس‌های تجربه‌شده، آموزش چگونگی تصمیم‌گیری بر اساس توجه آگاهانه شامل، عدم قضاوت، پذیرش بنیادین و ارتباط آگاهانه، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۱۱	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، بحث درباره ارتباط مؤثر و غیر مؤثر، گفت و گو درباره اثرات و تبعات ارتباطات غیر مؤثر، آموزش مهارت‌های بین فردی، آموزش شناسایی سبک‌های ارتباطی، آموزش مهارت‌های بین فردی، آموزش تعادل میان خواسته‌های فرد و دیگران، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
۱۲	مروری بر انجام تکالیف جلسه قبل، ادامه آموزش مهارت‌های ارتباطی نظیر: شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدن خواسته‌ها، نه گفتن، طرح یک درخواست ساده، آموزش تکنیک تناسب خواسته‌های من با خواسته‌های دیگران و نسبت خواسته‌ها و باید‌های آموزش جرات‌ورزی و مهارت نه گفتن، اجرای پس‌آزمون‌ها و همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان

جدول ۲) نتایج آزمون بهنجاری توزیع‌ها و میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	متغیرها	پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
		M	S.D	آماره Z	معناداری	M	S.D	آماره Z	معناداری
کنترل	حساسیت اضطرابی	۳۷/۶۱	۸/۷۳	۰/۷۱۵	۰/۶۸۶	۴۲/۳۳	۹/۳۹	۰/۶۱۹	۰/۸۳۹
	تصویر تن	۱۴۱	۱۷/۴۶	۰/۳۹۳	۰/۹۹۸	۱۴۹/۵۲	۱۷/۰۴	۰/۵۴۹	۰/۹۲۴
آزمایش	حساسیت اضطرابی	۳۶/۶۸	۷/۹۸	۰/۵۴۰	۰/۹۳۳	۳۴/۷۷	۱۱/۲۳	۰/۵۴۰	۰/۹۳۳
	تصویر تن	۱۴۱/۸۹	۱۷/۹۴	۰/۵۴۰	۰/۹۳۳	۱۴۱/۳۴	۱۴۱/۸۷	۰/۴۵۰	۰/۹۸۸

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف حاکی از آن بود که سطح معناداری برای گروه کنترل و آزمایش در هر دو مرحله آزمون و برای تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ می‌باشد لذا فرضیه صفر آزمون مذکور رد نمی‌شود ($P > 0.05$).

برای بررسی مفروضه برابری واریانس از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به این که آماره F برای متغیر تصویر تن و حساسیت اضطرابی به ترتیب ۰/۴۵۹ و ۰/۰۳۸ و سطح معناداری برای آزمون لوین برای هر دو متغیر تحقیق، بیش از ۰/۰۵ بود، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ فرض برابری واریانس‌های دو گروه پذیرفته شد.

در بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس، با عنایت به این که آماره F برابر با ۲/۲۰ کمتر از مقدار متناظر در جدول فیشر می‌باشد و همچنین با توجه به این که سطح معناداری متناظر با آن ۰/۰۸۶ و بیش از ۰/۰۵ بود، فرض صفر آزمون باکس مینی بر همگنی واریانس در فرضیه اصلی پژوهش با اطمینان ۰/۹۵ پذیرفته شد.

برای بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های خطی رگرسیونی لازم است مدل رگرسیونی متناظر با اثر توأم (دو عاملی)

گروه و نمرات پیش‌آزمون را به مشاهدات مورد برازش قرار دهیم. با توجه به این که آماره آزمون برای متغیرهای تحقیق برابر با ۰/۸۲۵ و ۰/۶۰۱ و سطح معناداری متناظر با اثر تعاملی نمرات پیش‌آزمون و گروه برای هر دو متغیر تصویر تن و حساسیت اضطرابی بیش از ۰/۰۵ بود، بنابراین پیش فرض همگنی شیب خطی رگرسیونی برقرار گردید.

بر اساس یافته‌های بخش قبل با برقراری آزمون باکس و بررسی سایر مفروضات، تمامی شرایط تحلیل کواریانس چند متغیره برقرار گردید که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج آزمون اثر پیلائی برابر با ۰/۵۴۴ و سطح معناداری متناظر با آن ۰/۰۰۱ می‌باشد، بنابراین حداقل در یکی از متغیرهای تصویر تن و حساسیت اضطرابی در گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند.

در جهت ارزیابی میزان تأثیر مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش حساسیت اضطرابی و تغییر تصویر تن دانش آموزان دختر دارای اختلال پرخوری عصبی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد که به تفکیک، متغیرهای پژوهش در ادامه ارائه شده است.

جدول ۳) خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره

اثر پیلائی	مقدار آماره	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا
اثر پیلائی	۰/۵۴۴	۱۱/۳۲۶	۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴

جدول ۴) خلاصه تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر تن

نمرات پیش‌آزمون	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
نمرات پیش‌آزمون	۴۴/۲۷۶	۱	۴۴/۲۷۶	۸/۵۵۸	۰/۰۰۸	۰/۳۰۰
گروه	۴۹/۲۸۸	۱	۴۹/۲۸۸	۹/۵۲۷	۰/۰۰۶	۰/۳۳۳
خطا	۱۰۳/۴۶۹	۲۰	۱۰۳/۴۶۹			

آماره متناظر با شاخص گروه بر اساس تصحیح بن فرونی در صورتی که دارای سطح معناداری کمتر از ۰/۰۲۵ باشد اثر آموزش را تأیید می‌کند. یافته‌های فوق نشان می‌دهد که

سطح معناداری متناظر با متغیر تصویر تن در شاخص گروه، کمتر از ۰/۰۲۵ است، با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون متغیر

۰/۰۲۵ می‌باشد. با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش حساسیت اضطرابی افراد مبتلا به پرخوری عصبی تأثیرگذار بوده است. تأثیر این مداخله درمانی بر حساسیت اضطرابی برابر با ۰/۲۹۶ بوده است؛ یعنی ۲۹/۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون حساسیت اضطرابی، مربوط به تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی می‌باشد.

تصویر تن، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر تغییر تصویر تن افراد مبتلا به پرخوری عصبی تأثیرگذار بوده است. تأثیر این مداخله درمانی بر تغییر تصویر تن معادل ۰/۳۲۳ بوده است؛ یعنی ۳۲/۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون تصویر تن، مربوط به تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی می‌باشد. به شیوه مشابه نتایج متناظر با متغیر حساسیت اضطرابی در جدول ۵ ارائه شده است. طبق نتایج جدول ۵، سطح معناداری در عامل گروه کمتر از

جدول ۵) خلاصه تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر حساسیت اضطرابی

ضریب اتا	سطح معناداری	آماره F	میانگین مربعات	درجه‌آزادی	مجموع مربعات	نمرات پیش‌آزمون
۰/۳۹۱	۰/۰۰۲	۱۲/۸۴۲	۱۸۰۷/۴۴۱	۱	۱۸۰۷/۴۴۱	گروه
۰/۲۹۶	۰/۰۰۹	۸/۴۱۰	۱۱۸۳/۷۳۶	۱	۱۱۸۳/۷۳۶	خطا
			۲۸۱۴/۹۵۷	۲۰	۲۸۱۴/۹۵۷	

کاهش رفتارهای ناسازگارانه (همچون رفتارهای جلوگیری از افزایش وزن یا رفتارهای جبرانی عود کننده نظیر پاکسازی)، خود واریسی مکرر رفتارها، تمرین‌های آشکار برای مهارت یافتن در کنترل فرآیندهای شناختی خود، ارائه راهبردهای مقابله هیجان محور موجب کاهش حساسیت اضطرابی (۵۸) و تغییر تصویر تن در افراد مبتلا به پرخوری عصبی می‌شود و باعث افزایش احساس خود کنترلی در این افراد می‌گردد (۵۸).

یافته‌های این پژوهش مبنی بر کاهش نشانه‌های حساسیت اضطرابی و تغییر تصویر تن بر اساس رفتار درمانی دیالکتیکی، با نتایج تحقیق بورنووالوا و دانگرتز (۵۹) همسویی دارد. در تبیین این یافته‌های تحقیق می‌توان گفت که افراد پرخور دارای حساسیت اضطرابی بالا، باورهای جزمی در مورد ضرورت اجتناب از تجربه ترس و اضطراب (پرخوری) دارند و به راحتی این باورها را رها نمی‌کنند. آنها تنها راه نجات از نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی رنج‌آورشان را چسبیدن به این باورهای جزمی ناکارآمد می‌دانند و در کنار گذاشتن آنها مقاومت شدیدی نشان می‌دهند (۶۰). تعدیل و اصلاح باورهای مربوط به اجتناب و نیاز به کنترل تجربه ترس و اضطراب از طریق کاهش تلاش برای کنترل آنها، فاجعه‌زدایی و کم‌رنگ کردن اهمیت‌شان برای رهایی از نشانگان رنج‌آور، در جلسات آموزش مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی صورت می‌گیرد (۶۱).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر حساسیت اضطرابی و تصویر تن در دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال پرخوری عصبی انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث کاهش حساسیت اضطرابی آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین همچون تحقیقات سافر (۳۲)، کیل و همکاران (۵۴) و ساندرسون و همکاران (۵۵) هماهنگ و همسو می‌باشد. تحقیقاتی همچون مک کابی و همکاران (۲۰) و چی یو و همکاران (۵۶) نشان داده‌اند که افراد مبتلا به پرخوری عصبی حساسیت اضطرابی بالا و افسردگی نشان می‌دهند. همچنین، تجربیات ناگوار و ادراک منفی از شکل و اندازه بدن در این افراد بیشتر است (۵۷). رفتار درمانی دیالکتیکی با تغییر باورهای ناکارآمد و تحریف شده مبتلایان به اختلال پرخوری عصبی در زمینه شرایط بدنی‌شان آنها را قادر می‌سازد تا تجربه‌های موجود را از منظری متفاوت بنگرند. این آگاهی شیوه نوینی در مشاهده تجارب شناختی و ارتباطات آنها ایجاد می‌کند و دامنه زیادی از پاسخ‌ها در دسترس مبتلایان به اختلال پرخوری عصبی قرار می‌دهد و روش‌های عادت شده پاسخدهی با روش‌های آگاهانه پاسخدهی که غیر خودکار انتخاب می‌شوند جا به جا می‌گردند (۵۷). رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق اثرگذاری بر رفتارهای بین فردی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر،

تنظیم هیجان‌ها به روش‌های کارآمد و سالم آموزش داده می‌شود. همچنین، درمانگر با تغییر رفتار، سطح انگیزندگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی افراد مبتلا به پرخوری عصبی باعث می‌شود که درک این افراد را تغییر دهد و این عاملی اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر رفتار مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش پرخوری عصبی و در نتیجه افزایش خودکارآمدی آنان گردد (۶۵). مشخص گردید که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر تن تأثیرگذار بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین همچون میتن و همکاران (۲۷)، وکس و همکاران (۳۷)، ویلسون و همکاران (۳۹)، دنارو (۴۱)، ماتسوموتو و همکاران (۴۷) و سالباچ و همکاران (۵۳) همخوان می‌باشد. رفتار درمانی دیالکتیکی رفتار پرخوری عصبی را کاهش می‌دهد و سایر رفتارها نظیر رژیم‌های ناسازگار و تصویر تن تحریف شده را بهبود می‌بخشد (۳۲). طبق یافته‌های این پژوهش و یافته‌های پژوهش‌های پیشین می‌توان این‌گونه فرضیه را تبیین نمود که یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری اختلال پرخوری عصبی اختلال تصویر تن است. آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر تغییر نگرش مثبت به بدن و بهبود تصاویر بدنی می‌تواند مؤثر واقع شود. در این رویکرد، از شیوه‌های شناختی برای بهبود تحریف‌های فکری و باورهای مربوط به تصویر تن، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها، فنون مقابله با استرس نظیر تن آرامی، آموزش تنظیم هیجان‌ها استفاده می‌گردد. همچنین، در جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی راهبردهایی مانند شناسایی هیجان‌ها، درک هیجان‌ها، کاهش آسیب‌پذیری هیجانی و کاهش رنج هیجانی ارائه می‌شود. در رفتار درمانی دیالکتیکی بر کارآمدی بین فردی، اهمیت توجه کردن بر روابط، افزایش اعتماد به نفس، بهبود روابط خود با دیگران و حفظ حرمت نفس تأکید می‌شود (۳۴).

تبیین دیگر این یافته‌های تحقیق مبتنی بر نظریه فرند و گیلبرت (۶۶) می‌باشد. همان‌طور که قبلاً گفته شد، یکی از مشکلات افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی ترس از ارزیابی منفی و نگاه منفی نسبت به خود پنداره بدنی‌شان است. افراد مبتلا به این اختلال در رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی تازه، تمایل دارند آنها را به شیوه ای تهدیدآمیز تعبیر کنند، زیرا پیش‌دوری‌های

در نتیجه‌ی کاربرد فنون و مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی برای بازسازی شناختی باورهای شناختی ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و افکار خودکار منفی، نشانه‌های افسردگی و خلق پایین این افراد کاهش می‌یابد، لذا حساسیت اضطرابی آنها کاهش یافته و تصویر بدنی‌شان تغییر می‌یابد (۶۲). این درمان از طریق اثرگذاری بر رفتار افراد مبتلا به پرخوری (ایجاد مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، کاهش رفتارهای ناسازگارانه، کنترل فرآیندهای شناختی، پاسخ‌های هیجانی مناسب در برابر اضطراب ناشی از پرخوری، افزایش خود کنترلی)، منجر به کاهش حساسیت اضطرابی و تغییر خودپنداره بدنی می‌شود (۶۳).

در تبیین این یافته پژوهش همچنین لازم است به نحوه شکل‌گیری حساسیت اضطرابی از دیدگاه رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی اشاره‌ای داشته باشیم. بعد شناختی رویکرد رفتار درمانی دیالکتیک از ابتدا این‌گونه ادعا کرده است که باورهای شناختی ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و افکار خودکار منفی باعث شکل‌گیری نشانه‌های آسیب‌شناسی پرخوری عصبی در افراد می‌گردد. طبق این دیدگاه، علاوه بر این که محتوای فکر در تعیین ماهیت اختلال پرخوری عصبی مهم است، چگونگی برخورد افراد با افکار و هیجان‌ها نیز بعد مهم دیگری است که در بهبود و تداوم اختلال پرخوری عصبی مؤثر است. رفتار درمانی دیالکتیکی با بازسازی و کنترل باورهای شناختی ناکارآمد و تحریف‌های شناختی حساسیت اضطرابی این افراد را کاهش می‌دهد (۶۴). همچنین، در این تحقیق نشان داده شد که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی بر توانمندی افراد مبتلا به پرخوری عصبی تأثیرگذار بوده است، که نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات پیشین مانند ویلسون (۴۰) و ماتا و همکاران (۶۱) همسویی دارد. در جلسات درمانی رفتاری دیالکتیکی، به افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی، مهارت‌هایی از طریق آموزش و سرمشق‌دهی یاد داده می‌شود و 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 و اعتماد به نفس را در آنها بالا می‌برد. با استفاده از 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

- Child Nutrition, Division of Epidemiology and Community Health, School of Public Health, University of Minnesota, Minneapolis. 2005; 9-20.
- 3- Sadook BZ, and Sadook VA. Summary of psychiatry; behavioral science / clinical psychiatry, . vol2 tBFR, third edition, editor. Tehran: Arjomand publishing. 2008. [in Persian].
- 4- Muise AM, Stein DG, Arbess G. Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health*. 2003; 33(6): 427-35.
- 5- Shirasawa T, Ochiai H, Nanri H, Nishimura R, Ohtsu T, Hoshino H, et al. The relationship between distorted body image and lifestyle among Japanese adolescents: a population-based study. *Archives of Public Health*. 2015; 73(1): 32.
- 6- Ruuska J, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Koivisto A-M. Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *European child & adolescent psychiatry*. 2005; 14(5): 276-81.
- 7- Safavi M, Mahmoodi M, Roshandel A. Investigating of mental image of the body and its relation with eating disorders in femal students of Islamic Azad University. Tehran Central Branch. 2009; 19(2): 129-34. [in Persian].
- 8- Bembenuddy H. Test Anxiety and Academic Delay of Gratification. *College Student Journal*. 2009; 43(1).
- 9- Giordano S. Eating disorders and the media. *Current opinion in psychiatry*. 2015; 28(6): 478-82.
- 10- Lunn S, Daniel SI, Poulsen S. Psychoanalytic psychotherapy with a client with bulimia nervosa. *Psychotherapy*. 2016; 53(2): 206.
- 11- Fairburn CG DH, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. . . 1998;55(5):425-32. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of general psychiatry*. 1998; 55(5): 425-32.
- 12- Kinasz K, Accurso EC, Kass AE, Le Grange D. Does Sex Matter in the Clinical Presentation of Eating Disorders in Youth? *Journal of Adolescent Health*. 2016; 58(4): 410-6.
- 13- Carleton RN CK, Asmundson GJ. It's not just the judgements I t's that I don t know Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010; 24(2): 189-95.
- 14- Deacon B, Abramowitz J. Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*. 2006; 20(7): 837-57.
- 15- Felpen EPG, Claumann GS, Sacomori C, Daronco LSE, Cardoso FL, Pelegrini A. Sociodemographic factors and body image among high school students/Fatores sociodemograficos image corporal em adolescentes do ensino medio. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(11): 3329-38.
- 16- Taylor CT, Alden LE. Social interpretation bias and generalized social phobia: The influence of developmental experiences. *Behaviour Research and Therapy*. 2005; 43(6): 759-77.

منفی دارند و تجربه پیامدهای منفی گوناگونی (مانند افزایش اضطراب و خود پنداره بدنی منفی) را در موقعیت‌های اجتماعی داشته‌اند. افزون بر این، افراد مبتلا به پرخوری عصبی به طور انتخابی جنبه‌های منفی خود از موقعیت‌های اجتماعی را به یاد می آورند. از این رو، برخی از پژوهشگران بر این باورند که احتمالاً ترس از ارزیابی منفی از خود و ارزیابی منفی دیگران، تحریف‌های شناختی و سوگیری تعبیر نیز در تداوم پرخوری عصبی نقش دارد. رفتار درمان دیالکتیکی با بررسی پیشداوری‌های منفی و جلوگیری از یادآوری جنبه‌های منفی از موقعیت های اجتماعی در ذهن آزمودنی مانع پردازش و تحلیل منفی به شیوه‌ای تهدیدآمیز می‌شود و به این شیوه تصویر تن در افراد مبتلا به پرخوری عصبی را تغییر می‌دهد(۶۷). در نتیجه، بر اساس نتایج این تحقیق می‌توان استفاده از آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی را بر روی نشانه‌های بالینی اضطراب و تصویر تن زنان مبتلا به پرخوری عصبی استفاده نمود. تعمیم‌پذیری نتایج این تحقیق در مورد سایر گروه‌ها باید با احتیاط انجام شود؛ اجرای این تحقیق در سایر گروه‌های دانش‌آموزی؛ سایر اختلالات خوردن (مانند بی‌اشتهایی عصبی)؛ گروه‌های با دامنه سنی گسترده‌تر به محققان بعدی توصیه می‌گردد. به مشاوران و روانشناسان توصیه می‌شود که در برنامه‌های آموزشی خود به سلامت جسمی و روانی افراد مبتلا به اختلالات خوردن توجه کنند. علاوه بر تنظیم اهداف، محتوا و فعالیت‌هایی طرح رفتار درمانی دیالکتیکی، کتابچه آموزشی آن را طراحی و تدوین نمایند و در اختیار روانشناسان و کلینیک‌های تغذیه قرار دهند تا به افراد دارای اختلال پرخوری عصبی آموزش داده شود. نداشتن ارزیاب مستقل از درمانگر و عدم کنترل سایر عوامل اثرگذار بر اختلال پرخوری عصبی (مانند سابقه رشدی افراد، طبقه اقتصادی و اجتماعی یا میزان حمایت اجتماعی) از جمله محدودیت‌های پژوهش بودند.

منابع

- 1- Sadock BJ SVRP. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. In: Edition t, editor. Translated by; Farzin Rezaei. Tehran: Arjomand Publication Company. 2016; 111-27.
- 2-Story M. Understanding adolescent eating behaviors, Stang J, Story M.(eds.) Guidelines for Adolescent Nutrition Services. Center for Leadership, Education, and Training in Maternal and

- disorder: A multi-modal analysis. *Behaviour research and therapy*. 2009; 47(10): 815-22.
- 30- Von Der Embse N, Barterian J, Segool N. Test anxiety interventions for children and adolescents: A systematic review of treatment studies from 2000° 2010. *Psychology in the Schools*. 2013; 50(1): 57-71.
- 31- Schutz PA, Benson J, Decuir-Gunby JT. Approach/avoidance motives, test emotions, and emotional regulation related to testing. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2008; 21(3): 263-81.
- 32- Soffer ME. Elementary students' test anxiety in relation to the Florida Comprehensive Assessment Test (FCAT). 2008.
- 33- Wagner AW, Rizvi SL, Harned MS. Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation does not fit all. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2007; 20(4): 391-400.
- 34- Gharavi M. The effectiveness of dialectical behavioral therapy in a group method and relying on components of pivotal consciousness, distress tolerance and emotional regulation on depression symptoms in students. *Journal of psychological principles*. 2011; (35-124).[in Persian].
- 35- Shirasawa T, Ochiai H, Nanri H, Nishimura R, Ohtsu T, Hoshino H, et al. The relationship between distorted body image and lifestyle among Japanese adolescents: a population-based study. *Archives of Public Health*. 2015; 73(1): 32.
- 36- Wilson GT, Fairburn CG. Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993; 61(2): 261.
- 37- 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? *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 2008; 16(2): 147-54.
- 38- Smink FR, Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 2014; 47(6): 610-9.
- 39- Wilson GT, Fairburn CC, Agras WS, Walsh BT, Kraemer H. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002;70(2):267.
- 40- Wilson GT. *Acceptance and Change in the Treatment of Eating Disorders: The Evolution of Manual-Based Cognitive-Behavioral Therapy*. 2004.
- 41- Denaro JL. Effectiveness of dialectical behavior therapy in treatment of adolescent girls with borderline personality features in an outpatient community mental health setting. PhD thesis, University of Hartford, USA. 2007; 48.
- 17- Howell AN, Leyro TM, Hogan J, Buckner JD, Zvolensky MJ. Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive behaviors*. 2010; 35(12): 1144-7.
- 18- Storch M, Keller F, Weber J, Spindler A, Milos G. Psychoeducation in affect regulation for patients with eating disorders: a randomized controlled feasibility study. *American Journal of Psychotherapy*. 2011; 65(1): 81-93.
- 19- Wheaton MG, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety disorders*. 2012; 26(3): 401-8
- 20- McCabe MP, Vincent M. The role of biodevelopmental and psychological factors in disordered eating among adolescent males and females. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 2003; 11(4): 315-28.
- 21- Chen T-H, Lu R-B, Chang A-J, Chu D-M, Chou K-R. The evaluation of cognitive° behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of psychiatric Nursing*. 2006; 20(1): 3-11.
- 22- Batra P. Evaluation of the Hong Kong FRIENDS intervention program for Childhood anxiety: Alliant International University. 2013.
- 23- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005; 62(6): 593-602.
- 24- Koçak C, Önen AS. The analysis on interpersonal relationship dimensions of secondary school students according to their ruminative thinking skills. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014; 143: 784-7.
- 25- Askari P, Shabaki R. Role and body image in quality of life, life expectancy, sexually and self-esteem. *Journal of Thoughts and Behavioral*. 2008; 5:9-18. [Persian].
- 26- Sterling KL, Diamond PM, Mullen PD, Pallonen U, Ford KH, McAlister AL. Smoking-related self-efficacy, beliefs, and intention: Assessing factorial validity and structural relationships in 9th° 12th grade current smokers. *Addictive behaviors*. 2007; 32(9): 1863-76.
- 27- Meeten F, Dash S, Scarlet A, Davey G. Investigating the effect of intolerance of uncertainty on catastrophic worrying and mood. *Behaviour Research and Therapy*. 2012; 50(11): 690-8.
- 28- Koerner N, Dugas MJ, Savard P, Gaudet A, Turcotte J, Marchand A. The Economic Burden of Anxiety Disorders in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2004; 45(3): 191.
- 29- Brown MZ, Linehan MM, Comtois KA, Murray A, Chapman AL. Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality

- 55- Sanderson CA. Health Psychology. 3th Edition. al. Tbjae, editor. Tehran: Sarfaraz Publication Company. 2015.
- 56- Chiu AW, Langer DA, McLeod BD, Har K, Drahota A, Galla BM, et al. Effectiveness of modular CBT for child anxiety in elementary schools. *School psychology quarterly*. 2013; 28(2): 141
- 57- Smink FR, Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 2014; 47(6): 610-9.
- 58- Aydin YC, Emmioglu E. High school students emotions and emotional regulation during test taking. Ankara, Turkey: Department of Educational Sciences Middle East Technical University. 2009.
- 59- Bornovalova MA, Daughters SB. How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*. 2007; 27(8): 923-43.
- 60- Pisetsky EM, Wonderlich SA, Crosby RD, Peterson CB, Mitchell JE, Engel SG, et al. Depression and personality traits associated with emotion dysregulation: correlates of suicide attempts in women with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2015; 23(6): 537-48
- 61- Mata J, Silva MN, Vieira PN, Carraça EV, Andrade AM, Coutinho SR, et al. Motivational spill-over during weight control: Increased self-determination and exercise intrinsic motivation predict eating self-regulation. *Health Psychology*. 2009; 28(6): 709.
- 62- Reiss S. The expectancy model of fear. *Theoretical Issue in Behavior Therapy*. 1985: 107-21
- 63- Delinsky SS, Wilson GT. Cognitive behavior therapy with body image exposure for bulimia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010; 17(3): 270-7.
- 64- Becker AE, Burwell RA, Herzog DB, Hamburg P, Gilman SE. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*. 2002; 180(6): 509-14.
- 65- Jordan J, McIntosh VV, Carter JD, Rowe S, Taylor K, Frampton C, et al. Bulimia nervosa-nonpurging subtype: Closer to the bulimia nervosa-purging subtype or to binge eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*. 2014; 47(3): 231-8.
- 66- Friend RM, & Gilbert J. Threat and fear of negative evaluation as determinants of locus of social comparison, *Journal of Personality*. 2009; 41, 328- 40.
- 67- Ferreira C, Palmeira L, Trindade IA, Catarino F. When thought suppression backfires: its moderator effect on eating psychopathology. *Eat Weight Disord*
- negative evaluation as determinants of locus of social comparison. *Journal of Personality*. 2009; 41: 328-40.
- 42- Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents: Guilford Press. 2006.
- 43- Dehghani Nazhvani B. Investigating the effect of acceptance and commitment therapy on avoidance of experience, anxiety and depression in woman with cancer. Master,s degree dissertation, University of Isfahan. 2011. [in Persian].
- 44- Sadook BZ, and Sadook VA. Summary of psychiatry; behavioral science / clinical psychiatry. 2008; (vol 2), translation by Farzin Rezaee, third edition, Tehran: Arjomand publication. [in Persian].
- 45- Rismanchian B, Golparvar M, M. K. The relationship between overweight and self-confidence, depression, lifestyle and physical self-concept of woman indicate weight loss center. *Journal of knowledge and research in psychology*. 2005; 32: 121-39.
- 46- Moloodi R, Dezhkam M, Mootabi F. Comparison of initial maladaptation patterns in obese people with anorexia nervosa and bulimia disorder. *Journal of Behavioral Sciences*. 2008. [in Persian].
- 47- Matsumoto J, Hirano Y, Numata N, Matzuzawa D, Murano S, Yokote K, et al. Comparison in decision-making between bulimia nervosa, anorexia nervosa, and healthy women: influence of mood status and pathological eating concerns. *Journal of eating disorders*. 2015; 3(1): 14.
- 48- Taylor S. Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety: Routledge. 2014.
- 49- Sarmad Z, Hejazi E, Bazargan A. Behavioral sciences research method. Tehran: Agah publishing. 2012. [in Persian].
- 50- Dehghan M. Anticipation of social anxiety based on anxiety sensivity components intolerance of uncertainty and mindfulness in Master,s degree dissertation, Shahed University, faculty of humanities. 2012. [in Persian].
- 51- Moradimanesh F, and Mirjafari A. Anxiety sensitivity, concepts and approaches, new psychology. 2005; volum39 & 40: 24-28. [in Persian].
- 52- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*. 2006; 63(7): 757-66.
- 53- Salbach-Andrae H, Bohnkamp I, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Miller AL. Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A case series. *Cognitive and behavioral practice*. 2008; 15(4): 415-25.
- 54- Keel PK, Haedt A. Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008; 37(1): 39-61.



پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی