

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۰۷/۲۴
تاریخ بررسی مقاله: ۹۱/۰۷/۲۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۰۹/۲۱

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۳
دوره‌ی چهارم، سال ۲۱-۳، شماره‌ی ۱، پیاپی ۱۱
صص: ۳۳-۵۴

تأثیر روان‌درمانی بین فردی بر عملکرد روانی - اجتماعی و مؤلفه‌های اختلال خوردن در دانشجویان دختر

سیمین غلامرضایی*

مهناز مهربابی‌زاده هنرمند**

یداله زرگر***

ایران داودی****

سودابه بساک نژاد*****

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر روان‌درمانی بین فردی بر عملکرد روانی - اجتماعی و مؤلفه‌های اختلال خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه لرستان بود. پژوهش حاضر از نوع آزمایشی میدانی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه بود. نمونه‌گیری در این پژوهش طی دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول تعداد ۶۴۱ دانشجوی دختر از میان دانشکده‌های مختلف دانشگاه لرستان به صورت تصادفی مرحله‌ای انتخاب شدند. در مرحله بعد ۳۲ دانشجو بر اساس ملاک شمول نمره ۲۰ و بالاتر در پرسشنامه نگرش‌های خوردن به طور تصادفی ساده انتخاب شدند و به صورت تصادفی به گروه آزمایش و گروه گواه گمارده شدند. در این پژوهش به منظور سنجش مؤلفه‌های اختلال خوردن از آزمون نگرش خوردن و برای سنجش عملکرد روانی - اجتماعی از پرسشنامه ارزیابی آسیب‌پذیری

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)

gholamrezaei_s@yahoo.com

m-mehrab@yahoo.com

Zargar_y@scu.ac.ir

Davirp38@yahoo.com

Soodabeh_bassak@yahoo.com

** استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

*** استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

**** استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

***** استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

استفاده شد. در مورد گروه آزمایش مداخله درمانی شامل ۱۴ جلسه درمان بین فردی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) استفاده شد. نتایج نشان داد بین دو گروه از لحاظ عملکرد روانی - اجتماعی و مؤلفه‌های اختلال خوردن تفاوت معنی‌داری به نفع گروه آزمایش وجود دارد. بنابراین می‌توان بیان داشت درمان بین فردی در بهبود عملکرد روانی - اجتماعی و کاهش مؤلفه‌های اختلال خوردن دانشجویان گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه مؤثر بوده است.

کلید واژگان: روان درمانی بین فردی، عملکرد روانی اجتماعی، مؤلفه‌های اختلال خوردن،

دانشجو

مقدمه

اختلال خوردن^۱ یکی از اختلالات شایع روان پزشکی است که عمدتاً در دوران نوجوانی و ابتدای جوانی در افراد مشاهده می‌گردد و منظور از آن، آشفتگی و به هم خوردن رفتارهای متعادل مرتبط با تغذیه است که در آنها اختلالات بارزی در افکار و تصورات فرد نسبت به غذا و خویشتن، بخصوص وزن بدن بوجود می‌آید (کلین و والش^۲، ۲۰۰۴). گلدن^۳ (۲۰۰۳) معتقد است این دسته از اختلالات، عوارض تغذیه‌ای و روانی متعددی دارند. بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۴، سه نوع اختلال خوردن تشخیص داده شده است: بی‌اشتهایی عصبی^۵، پر اشتهایی عصبی^۶ و اختلال خوردن تصریح نشده (نامعین^۷). منظور از دسته سوم گروهی است که معیارهای تشخیصی بی‌اشتهایی یا پر اشتهایی عصبی شامل آن نمی‌شود (فیربرن^۸، ۲۰۰۵). بی‌اشتهایی عصبی یکی از زیر مجموعه‌های اختلالات خوردن است که بالاترین نرخ مرگ و میر را در بین اختلالات روان پزشکی دارد (آتیا^۹، ۲۰۱۰). از طرفی سی در صد از بیماران دچار پر اشتهایی عصبی می‌باشند (فیربرن، ۲۰۰۵) و بالاخره شایع‌ترین نوع اختلال خوردن در جمعیت، اختلال خوردن تصریح نشده است که حدود ۵۲ درصد از

-
- 1- eating disorders
 - 2- Klein & Walsh
 - 3- Golden
 - 4- Diagnostic Statistical Manual-DSM-IV
 - 5- anorexia nervosa
 - 6- bulimia nervosa
 - 7- eating disorders not otherwise
 - 8- Fairburn
 - 9- Attia

مبتلایان به اختلال خوردن را شامل می‌شود (پالمر^۱، ۲۰۰۴) و میزان شیوع آن از دو دسته دیگر بیشتر است (مارتین، ویلیامسون و تاو^۲، ۲۰۰۰؛ ریکا و همکاران^۳، ۲۰۰۱؛ ترنر و برایان-واخ^۴، ۲۰۰۴؛ بوتون، بنسون، نولت^۵ و پالمر، ۲۰۰۵).

اگرچه درصد اختلالات خوردن در مطالعات مختلف متفاوت گزارش گردیده است، اما وجه مشترک این مطالعات در این است که ابتلا به اختلال نوع سوم در همه مطالعات از دو نوع دیگر بیشتر می‌باشد. شیوع اختلالات خوردن در دختران، ۵/۳۴ درصد (فرناندز، لابرادور و رایش^۶، ۲۰۰۷)، در نوجوانان و جوانان دانش‌آموز، ۴ درصد و به طور اختصاصی، برای بی‌اشتهایی عصبی، ۱ تا ۳ درصد گزارش شده است (بتینا و برنشتاین^۷، ۲۰۱۰). یافته‌های کولینس، وسترا، دوزویس و استوارت^۸ (۲۰۰۵) نشان داد اختلالات خوردن خطر مهمی برای سلامت جسمی و روانی دختران به حساب می‌آید. نتایج بررسی پورقاسم گرگری، کوشاور، سیدسجادی، کرمی و شاهرخی (۱۳۸۷) نیز نشان داد اختلالات خوردن در دانش‌آموزان در حد نتایج مطالعات انجام گرفته در بعضی از کشورها است.

از طرفی ضعف عملکرد روانی - اجتماعی^۹ در افراد مبتلا به اختلال خوردن، حوزه‌ای است که مورد توجه محققین قرار گرفته است (ویلفلی، استین و ولش^{۱۰}، ۲۰۰۵). منظور از عملکرد روانی - اجتماعی حوزه‌ای از زندگی فرد است که شامل خلق و درک خود، عملکرد شناختی، عملکرد بین فردی و صدمات روانی اجتماعی ثانوی به دنبال علائم اختلال خوردن می‌باشد (فیربرن، ۲۰۰۵). به نظر گریلو^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۹) علت اختلال در عملکرد روانی - اجتماعی افراد مبتلا به اختلالات خوردن، بیش برآورد شکل و وزن در آنان می‌باشد. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهند وقتی زنان احساس خوشایندی نسبت به ظاهر جسمانی خود نداشته باشند و تصور کنند که دیگران ظاهرشان را منفی ارزیابی می‌کنند، عملکرد اجتماعی ضعیفی

-
- 1- Palmer
 - 2- Martin, Williamson, & Thaw
 - 3- Ricca
 - 4- Turner & Bryant- Waugh
 - 5- Button, Benson, & Nollett
 - 6- Fernandez, Labrador, & Raich
 - 7- Bettina & Bernstein
 - 8- Collins, Westra, Dozois, & Stewart
 - 9- psychosocialimpairment
 - 10 Wilfley, Stein, & Welch
 - 14 Grillo

نشان می‌دهند (هانینگمن، فیلیس و کستل^۱، ۲۰۰۴؛ تامپسون و اسمولاک^۲، ۲۰۰۱). هاپ وود، کلارک و پیرز^۳ (۲۰۰۷) معتقدند فراوانی اختلالات خلقی بخصوص افسردگی اساسی در افراد مبتلا به پر اشتهاهی عصبی می‌تواند رابطه بین این اختلال و مشکلات بین فردی را در این افراد تبیین نماید.

اختلال خوردن مشکل جدی است که اثرات نامطلوبی بر روی کارکردهای فردی، اجتماعی، سلامتی و سایر ابعاد زندگی انسان‌ها دارد. در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن، سه حوزه فردی، اجتماعی و شناختی دچار اشکال می‌شود (بن و فیبرن^۴، ۲۰۰۸ الف) که این سه حوزه از طریق عملکرد روانی اجتماعی قابل تبیین هستند. افرادی که از یکی از انواع اختلال خوردن رنج می‌برند، آثار وخیم آن را در زندگی خود شاهد هستند. این اختلالات اغلب گزارش نمی‌شوند و ممکن است زندگی افراد مبتلا را در معرض خطر قرار دهند. اگرچه تاکنون شیوه‌های درمانی و مداخله‌ای زیادی برای درمان اختلالات خوردن به کار برده شده است، اما پژوهشگران از نتایج مثبت روان‌درمانی بین فردی در درمان اختلالات خوردن حمایت کرده‌اند (اگراس^۵ و همکاران، ۲۰۰۵؛ بوزاتو^۶ و همکاران، ۲۰۰۸؛ ریگر^۷ و همکاران، ۲۰۱۰؛ الیوت^۸ و همکاران، ۲۰۱۰؛ انسل، گریلو و وایت^۹، ۲۰۱۲؛ گارسیا-ویلامیسار، داتیلو و دل پوزو^{۱۰}، ۲۰۱۲؛ هیلبرت^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۲).

تحقیقات بیانگر مزایای روان‌درمانی بین فردی در مقایسه با سایر درمان‌ها مانند درمان‌های رفتاری کاهش وزن و رفتاردرمانی شناختی برای افراد مبتلا به پرخوری عصبی می‌باشند (ویلسون، ویلفلی، اگراس و بریسون^{۱۲}، ۲۰۱۰). این رویکرد برای اختلالات خوردن به عنوان درمان فردی توسط (فیبرن و همکاران، ۱۹۹۳؛ فرانک و

-
- 1- Honigman, Phillips, & Castle
 - 2- Tompson & Smolak
 - 3- Hopwood, Clarke, & Perez
 - 4- Bohn & Fairburn
 - 5- Agras
 - 6- Bozzato
 - 7- Rieger
 - 8- Elliott
 - 9- Ansell & White
 - 10- Garcia-Villamizar, Dattilo, & Del Pozo
 - 11- Hilbert
 - 12- Wilson & Bryson

لوینسون^۱، (۲۰۱۰) و توسط (ویلفلی، مکنزی، ولش، آیرس و ویسمن^۲، ۲۰۰۰؛ ویلفلی^۳ و همکاران، ۲۰۰۲؛ ویلسون و همکاران، ۲۰۱۰) به عنوان درمان گروهی به کار رفته است و بر این باور است که اختلالات خوردن در یک زمینه اجتماعی و بین فردی رشد پیدا می‌کند. بنابراین بر شناسایی و تغییر بافت بین فردی که در آن مشکلات خوردن رشد و تداوم می‌یابد متمرکز می‌شود. اغلب افراد مبتلا به اختلال خوردن دارای مشکلات بین فردی هستند و روابط بین فردی هم در تداوم و هم در پاسخ به درمان اثر می‌گذارد. در واقع زندگی بین فردی بیماران اغلب به طور قابل ملاحظه‌ای پس از فراغت از آثار اختلال خوردن آغاز شده و یک تعامل جدی بین مشکلات خوردن و زندگی فردی بیماران وجود دارد که هر دو در درمان نیاز به شناسایی دارند (فیبرن، کوپر و شفران^۴، ۲۰۰۳). صفت بارز روان درمانی بین فردی سیری بر وقایع مهم زندگی افراد به ترتیب زمان، بی‌ثباتی در خلق، اعتماد به نفس و فرایندهای بین فردی است. به همین منظور عملکردهای اجتماعی را که باعث پیشرفت و حفظ علائم بیماری روانی می‌شوند مشخص می‌کند.

روان درمانی بین فردی و رفتار درمانی شناختی برای پراشتهایی عصبی و پرخوری عصبی نیز مؤثر بوده است، اما نتایج آن نیاز به گسترش بیشتری دارد (ویلسون، گرילו و ویتوسک^۵، ۲۰۰۷). تحقیق الیوت و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد بین مشکلات اجتماعی و فقدان کنترل بر خوردن رابطه مثبت وجود دارد. شواهد نشان می‌دهند که زنان در قیاس با مردان، شانس بیشتری برای ابتلا به اختلال خوردن دارند (مؤسسه غربالگری سلامت روانی^۶، ۲۰۰۵) و میانگین اختلال خوردن در زنان بالاتر از مردان است (کوتروفو، جنیسی و کاپوتو^۷، ۲۰۰۵؛ بابایی، خدایپناهی و صالح صدق‌پور، ۱۳۸۶). مطالعات زیادی در جوامع غربی بیانگر تمایل دختران نوجوان به لاغر شدن و کاهش اندازه بدن بوده و نشان می‌دهند میزان عادات غذایی ناسالم و اختلالات تغذیه‌ای در آنان افزایش یافته است (دورکین و پاکستون^۸، ۲۰۰۲؛ وندروال

-
- 1- Frank & Levenson
 - 2- MacKenzie, Ayres, & Weissman
 - 3- Wilfley
 - 4- Cooper & Shafran
 - 5- Wilson, Grilo, & Vitousek
 - 6- Mental Health Screening
 - 7- Cutrofo, Gnisci, & Caputo
 - 8- Durkin & Paxton

و توماس^۱، (۲۰۰۴). از طرفی، همبودی اختلالات خوردن با سایر بیماری‌های روانی نیز قابل توجه است، به طوری که ۷۰٪ از زنان مبتلا به پر اشتهایی عصبی، در دوره‌ای از زندگی‌شان افسرده بوده‌اند و این مقدار تا ۸۸٪ برای انواع اختلالات خلقی مصداق دارد (ابیل، مالاگلادا و لوکاس^۲، ۱۹۸۷). همچنین در افراد مبتلا به پر اشتهایی یا کم اشتهایی روانی، خطر ابتلا به اضطراب شش برابر و خطر وابستگی به مواد دو برابر می‌باشد (اولگر^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). همین مسئله اهمیت پرداختن به موضوع اختلال خوردن را دو چندان می‌کند. از نظر اقتصادی، رایج بودن اختلالات خوردن در میان دختران نوجوان و بزرگسال، نیاز به توسعه درمان‌های مؤثر و با صرفه را ایجاب می‌کند (موئیز، استیس و آربس^۴، ۲۰۰۳) و از سوی دیگر، ایجاد و گسترش درمان‌هایی که برای دانشجویان کوتاه مدت و قابل اجرا باشد، ضرورتی انکار ناپذیر است. روان درمانی بین فردی یک درمان پایدار است و امروزه تقاضای فزاینده‌ای برای استفاده از الگوهای درمانی کوتاه مدت با پیامدهای ماندگار وجود دارد. با توجه به نرخ بالای اختلالات خوردن در جمعیت دانشجویی، این حوزه نیاز به توجه قابل ملاحظه‌ای در مداخلات درمانی دارد. از نظر عملکردی نیز، اغلب افراد مبتلا به اختلال خوردن دارای مشکلات بین فردی هستند و این مشکلات می‌تواند به تخریب عملکرد فرد منجر شود. بنابراین با توجه به پیشینه تحقیق و شیوع روزافزون اختلالات خوردن در دهه‌های اخیر در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، بررسی درمان‌های مؤثر بر آن حائز اهمیت می‌باشد. از آنجا که هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر روان درمانی بین فردی بر علائم اختلال خوردن و عملکرد روانی اجتماعی در دانشجویان دختر دانشگاه لرستان بود، لذا با توجه به هدف پژوهش حاضر این پرسش مطرح می‌شود که آیا روان درمانی بین فردی بر عملکرد روانی - اجتماعی و مؤلفه‌های اختلال خوردن در دانشجویان دختر تأثیر دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی میدانی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه

-
- 1- VanderWal & Thomas
 - 2- Abell, Malagelada, & Lucas
 - 3- Ulger, Gurses, Ozyurek & et al.
 - 4- Muisse, Stein, & Arbess

می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر دوره کارشناسی دانشگاه لرستان در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۶ دانشجوی دختر بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی بر اساس ملاک نمره ۲۰ و بالاتر (تلن و کورمیر^۱، ۱۹۹۵) در پرسشنامه نگرش‌های خوردن انتخاب شدند. بدین صورت که از بین کل دانشکده‌های دانشگاه لرستان، تعداد ۳ دانشکده به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد از هر دانشکده ۳ گروه و بعد از هر گروه تعداد ۴ کلاس و سپس از هر کلاس حدود ۲۰ دانشجو به طور تصادفی انتخاب شدند. از بین تعداد ۶۴۱ پرسشنامه توزیع شده، ۵۶۸ پرسشنامه قابل قبول و ۸۳ پرسشنامه باطل شد. افرادی که نمره آنها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود به عنوان نمونه دارای علائم اختلال خوردن انتخاب شدند ($N=151$) و از بین این تعداد، ۳۶ نفر به طور تصادفی ساده به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. سپس افراد به دو گروه هیجده نفره به طور تصادفی تقسیم شدند و از میان این دو گروه نیز یک گروه به طور تصادفی به گروه آزمایش و گروه دیگر به گروه کنترل تخصیص یافت. در نهایت، به علت افت آزمودنی‌های گروه آزمایش، تحلیل بر روی ۱۶ نفر انجام شد. دو نفر نیز به طور تصادفی از گروه گواه حذف شدند. بررسی داده‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد که از مجموع ۱۵۱ نفر نمونه آماری، تعداد دانشجویان گروه‌های سنی ۲۰ سال و پایین‌تر، بین ۲۱ و ۲۲ سال، و بالاتر از ۲۲ سال به ترتیب ۵۹، ۸۳ و ۹ نفر می‌باشند. از این میان تعداد ۷۳، ۶۰ و ۱۸ نفر به ترتیب در دانشکده‌های علوم پایه، علوم انسانی و فنی و مهندسی مشغول به تحصیل بودند.

ابزارهای پژوهش

آزمون نگرش خوردن^۲ (EAT-26). این آزمون از نوع مداد کاغذی و خودسنجی است و اولین بار توسط گارنرو و گارفینکل^۳ در سال ۱۹۷۹ طراحی شده است (به نقل از بابایی، خداپناهی و صالح صدق‌پور، ۱۳۸۶). این آزمون به منظور سنجش علائم اختلال خوردن و مؤلفه‌های آن مورد استفاده قرار گرفته است و دارای ۲۶ گویه است که نگرش‌ها و رفتارهای آسیب‌زای مربوط به خوردن را می‌سنجد. از این تعداد، ۱۳ ماده (رژیم لاغری)، ۶ ماده

1- Thelen & Cormier

2- Eating Attitude Test (EAT-26)

3- Garner & Garfinkel

(پرخوری) و ۷ ماده (مهاردانه‌ی) را اندازه می‌گیرد. مؤلفه رژیم لاغری، به اجتناب از غذاهای چاق‌کننده و اشتغال ذهنی با لاغرتر بودن مربوط می‌شود. مؤلفه پرخوری، افکار مربوط به غذا و به همان نسبت پراشتهایی را بررسی می‌کند و مؤلفه مهاردانه‌ی، کنترل خوردن و فشاری که فرد از سوی دیگران برای افزایش وزن ادراک می‌کند را بررسی می‌کند. نمره‌گذاری (EAT-26) به صورت همیشه، بیشتر اوقات، خیلی اوقات، گاهی، بندرت و هرگز می‌باشد که به ترتیب ۳، ۲، ۱، و سه گزینه آخر نمره صفر می‌گیرند. دامنه نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۸۷ می‌باشد و نمره بالای ۲۰ احتمال اختلال خوردن را مطرح می‌کند (تلن و کورمیر، ۱۹۹۵). نمره غربال‌کننده از حاصل جمع تعداد عباراتی که به صورت همیشه، بیشتر اوقات و خیلی اوقات پاسخ داده شده‌اند به دست می‌آید. هر چه نمره فرد بالاتر باشد، مشکوک به اختلال خوردن محسوب می‌شود. بنابراین، در نمره‌گذاری (EAT-26) اگر پاسخی به صورت هرگز، بندرت یا گاهی اوقات درجه‌بندی شود، با اهمیت تلقی نمی‌شود، در حالی که اگر به صورت همیشه، بیشتر اوقات و خیلی اوقات درجه‌بندی شود، می‌تواند نشانه‌ای از یک مشکل بالینی باشد.

این پرسشنامه در ایران توسط دژکام و نوبخت^۱ (۲۰۰۰) ترجمه و اعتباریابی شده است و ابزار مناسبی جهت غربالگری اختلالات خوردن در افراد مستعد می‌باشد که در مطالعات همه‌گیرشناسی در کشورهای مختلف جهان استفاده و پایایی و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۷؛ کاراداس، لمبرت و چارلتون^۳، ۲۰۰۱؛ هوئیر، بوکرام، لوگو، بیوینز و کیست^۴، ۲۰۰۲؛ لی، کاوک، لیائو و لیونگ^۵، ۲۰۰۲؛ بولیک^۶، ۲۰۰۲). در پژوهش وولریچ، کوپر و ترنر^۷ (۲۰۰۸) ضریب همبستگی (EAT-26) با آزمون اختلالات خوردن ۰/۸۱ و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۴ گزارش شد و معلوم شد که EAT-26 توان تمیز‌گذاری بین گروه مبتلا به اختلال خوردن و نمونه بهنجار را دارد. ویژگی‌های روان‌سنجی (EAT-26) در نمونه ایرانی نیز بررسی و اعتبار صوری آن تأیید شده است. در تحلیل عاملی

-
- 1- Dezhkam & Nobakht
 - 2- Sadock & Sadock
 - 3- Caradas, Lambert, & Charlton
 - 4- Hoerr, Bokram, Lugo, Bivins, & Keast
 - 5- Lee, Kwok, Liau, & Leung
 - 6- Bulik
 - 7- Woolrich & Turner

آزمون نگرش خوردن سه عامل رژیم لاغری، پرخوری و مهار دهانی استخراج شد. هر یک از ۲۶ ماده با نمره کل همبستگی داشتند ($r=0/44$) و پایایی آن به روش باز آزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است (یوسفی اصل، مرادی، دهقانی، ۱۳۸۶). پایایی و روایی آزمون نگرش خوردن برای گروه بالینی ۰/۹۴ و برای گروه غیربالینی نیز به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ ذکر شده است (بابایی، ۱۳۸۵). در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی آزمون نگرش خوردن با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۸ و برای مؤلفه‌های رژیم لاغری، پرخوری و مهار دهانی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۰ و ۰/۵۳ و ۰/۷۷، ۰/۵۵ و ۰/۳۱ به دست آمد. همان طور که مشاهده می‌شود ضرایب پایایی آزمون نگرش خوردن بین ۰/۳۱ تا ۰/۸۱ نوسان دارد.

پرسشنامه ارزیابی آسیب بالینی (CIA-V3)^۱. پرسشنامه ارزیابی آسیب بالینی یک پرسشنامه خودسنجی ۱۶ ماده‌ای است که توسط (بن^۲ و فیبرن، ۲۰۰۸) طراحی شده و شدت آسیب روانی - اجتماعی ناشی از علائم اختلال خوردن را ارزیابی می‌کند. این ۱۶ ماده در بردارنده حوزه‌ای از زندگی فرد است که به لحاظ آسیب شناسی روانی اختلال خوردن تحت تأثیر قرار می‌گیرد و مواردی از قبیل خلق و درک فرد، عملکرد شناختی و عملکرد بین فردی را در بر می‌گیرد. نمره بالا در این پرسشنامه بیانگر شدت آسیب روانی اجتماعی ناشی از علائم اختلال خوردن است. در ایران ویژگی‌های روانسنجی این ابزار تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته و در پژوهش حاضر برای اولین بار مورد استفاده قرار گرفته است. این ابزار برای کمک به ارزیابی بالینی قبل و بعد از درمان طرح‌ریزی شده است. همچنین برای استفاده در مطالعات همه‌گیرشناسی^۳ نیز مفید است. پایایی، روایی، حساسیت به تغییر و توانایی ابزار برای پیش‌بینی وضعیت فرد بر اساس آزمون‌هایی حمایت شده است (بن و فیبرن، ۲۰۰۸). در یک پژوهش، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه (CIA-3) بر روی زنان جوان هنجاریابی شد (ریازو کپستاد^۴، ۲۰۱۰). ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ گزارش شد و پس از یک هفته باز آزمایی، قابلیت اطمینان مشاهده شد. در تحقیق ولش، بیرجگارد، پارلینگ و قادری^۵ (۲۰۱۱) آزمون

-
- 1- Clinical Impairment Assessment
 - 2- Bohn
 - 3- epidemiologic
 - 4- Reas&Kappstad
 - 5- Birgegard, Parling, & Ghaderi

اختلال خوردن و پرسشنامه (CIA-3)، بر روی گروهی از بیماران مبتلا به اختلال خوردن در سوئد هنجاریابی شده است. نتایج بیانگر توزیع صحیح نمرات به دست آمده از اندازه‌های خود گزارشی آزمون اختلال خوردن و ارزیابی آسیب بالینی بود که هر دوی آنها نقش مهمی در تشخیص، پیشگیری و مداخلات درمانی اختلالات خوردن ایفا می‌کنند. در مطالعه وانوچی^۱ و همکاران (۲۰۱۲) پرسشنامه ارزیابی آسیب بالینی در زنانی که خطر بالای ابتلا به اختلال خوردن داشتند، همسانی درونی قابل ملاحظه‌ای نشان داد ($\alpha = 0/93$) و نمره کلی ارزیابی آسیب بالینی در میان زنانی که دچار اختلال خوردن بالینی بودند، بالاتر بود ($17/7 \pm 10/7$). از آنجا که هدف پرسشنامه (CIA-3)، اندازه‌گیری شدت کلی آسیب روانی - اجتماعی ناشی از اختلال خوردن است، نمره کلی آسیب محاسبه می‌شود. برای به دست آوردن نمره کلی، نمره همه گزینه‌ها با هم جمع می‌شود و هر فرد باید حداقل به ۱۲ مورد از ۱۶ سؤال پاسخ داده باشد. در تحقیق حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده است. برای تعیین روایی پرسشنامه (CIA-3) نمره آن با نمره سؤال ملاک همبسته گردید و رابطه مثبت معنی‌داری بین آنها مشاهده شد ($p < 0/001$) و $r = 0/78$.

روش اجرا

محتوای جلسه‌های پژوهش حاضر با تکیه بر اصول نظری و فنون درمانی روان‌درمانی بین فردی و در چارچوب طرح درمانی ویسمن و همکاران^۲ (۲۰۰۰) در چهارده جلسه طراحی گردید. روان‌درمانی بین فردی رویکرد کوتاه مدتی است که عمدتاً بر روابط بین فردی و شرایط فعلی زندگی بیمار تمرکز می‌کند و به دو صورت فردی و گروهی انجام می‌شود که در پژوهش حاضر به صورت گروهی اجرا شد. افراد گروه آزمایش به مدت دو ماه تحت درمان بین فردی قرار گرفتند و افراد گروه گواه برای مداخله در لیست انتظار قرار گرفتند. در این پژوهش ۲ جلسه غیبت از جلسات، مجاز شمرده شد و ۳ جلسه غیبت به عنوان ملاک افت تعیین شد (گلان، اتلیس و اوکانر^۳، ۲۰۰۳). با اعمال این ملاک تعداد اعضای گروه آزمایش به

1- Vannucci

2- Weissman, Markowitz, & Klerman

3- Gollan & Atlis

۱۶ نفر رسید. جلسات مداخله در محل مرکز مشاوره دانشگاه لرستان برگزار شد. ضمناً برای کنترل دقیق‌تر تأثیر اجرای متغیر مستقل، قبل از شروع جلسات درمان، با همه آزمودنی‌های گروه آزمایش توسط درمانگر مصاحبه فردی انجام شد. در این مصاحبه، از طریق پرسشنامه بین فردی، حوزه‌های مشکل مرتبط با هر فرد شناسایی گردید. با احتساب جلسات پیش گروهی، درمان ۱۴ جلسه طول کشید. هر جلسه حدود ۶۰ دقیقه بود و دو بار در هفته تشکیل می‌شد. با در نظر گرفتن حوزه بین فردی مشکل در افراد، حتی الامکان سعی شد افراد دارای مشکلات مشترک انتخاب گردند. به نظر فیربن (۲۰۰۵) بهتر است درمان صرفاً روی یک یا حداکثر دو مورد از این زمینه‌های مشکل‌زا با در نظر گرفتن محدودیت زمانی متمرکز شود. خلاصه‌ای از جلسات درمان در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان بین فردی

اهداف و راهبردها	جلسات
ارزیابی اولیه از طریق مصاحبه انفرادی برای به دست آوردن اطلاعات کلی در خصوص مشکلات بین فردی آزمودنی‌ها از نظر (میزان، شدت و محتوا)	دو جلسه پیش گروهی قبل از مداخله
اجرای ابزارهای پژوهش (برای به دست آوردن نمره پیش آزمون و مقایسه آن با نمره‌ای که افراد از اجرای دوباره این ابزار به دست می‌آورند). شناسایی مشکلات بین فردی در یکی از چهار حوزه: سوگ (انده) - انتقال نقش - درگیری‌های بین فردی و نارسایی‌های بین فردی شناسایی الگوهای نامناسب روابط بین فردی آموزش فنون و راهبردهای بهبود روابط بین فردی، تسهیل فرایند سوگ و تمرین شیوه‌های جدید کنار آمدن با مشکلات (الگوبرداری، ایفای نقش، خودآموزی، خودگویی‌های مثبت، حل مسئله اجتماعی، آرمیدگی، ابراز وجود منطقی، اعتماد به نفس، مدیریت رفتار و تفکر مثبت و سودمند)	جلسات میانی (جلسه سوم تا دوازدهم)
به کارگیری فنون آموخته شده در دنیای واقعی زندگی و قطع رابطه درمانی، به حداقل رساندن خطر عود مجدد و اطمینان از این که تغییرات انجام شده در درمان لحاظ شده باشند	دو جلسه آخر

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار عملکرد روانی - اجتماعی مؤلفه‌های اختلال خوردن افراد گروه آزمایش و گروه گواه، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ آورده شده است. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در مرحله پیش آزمون میانگین (انحراف

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های عملکرد روانی - اجتماعی و مؤلفه‌های اختلال خوردن گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری	
		میانگین	انحراف معیار
عملکرد روانی - اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۱۳,۹۴
		گواه	۹,۴۴
	پس آزمون	آزمایش	۳,۶۹
		گواه	۹,۴۴
رژیم لاغری	پیش آزمون	آزمایش	۱۷,۶۳
		گواه	۱۳,۸۱
	پس آزمون	آزمایش	۱۱,۰۶
		گواه	۱۲,۸۸
پرخوری	پیش آزمون	آزمایش	۵,۷۵
		گواه	۳,۵۶
	پس آزمون	آزمایش	۳,۳۱
		گواه	۴,۰۶
مهار دهانی	پیش آزمون	آزمایش	۸,۸۱
		گواه	۷,۲۵
	پس آزمون	آزمایش	۵,۶۹
		گواه	۷,۱۳

معیار) عملکرد روانی - اجتماعی گروه آزمایش ۱۳/۹۴ (۹/۲۱) و گروه گواه ۹/۴۴ (۷/۴۸)، در مرحله پس آزمون میانگین (انحراف معیار) گروه آزمایش ۳/۶۹ (۳/۹۹) و گروه گواه ۹/۴۴ (۷/۲۶) بوده است. به علاوه، در مرحله پیش آزمون میانگین (انحراف معیار) در زمینه رژیم لاغری، گروه آزمایش ۱۷/۶۳ (۶/۸۵) و گروه گواه ۱۳/۸۱ (۶/۷۱)، در مرحله پس آزمون میانگین (انحراف معیار) گروه آزمایش ۱۱/۰۶ (۶/۸۵) و گروه گواه ۱۲/۸۸ (۶/۶۳) بوده است. در مرحله پیش آزمون میانگین (انحراف معیار) در زمینه پرخوری، گروه آزمایش ۵/۷۵ (۳/۵۳) و گروه گواه ۳/۵۶ (۲/۵۵)، در مرحله پس آزمون میانگین (انحراف معیار) گروه آزمایش ۳/۳۱ (۱/۸۸) و گروه گواه ۴/۰۶ (۲/۷۴) بوده است. همچنین در مرحله پیش آزمون میانگین (انحراف معیار) در زمینه مهار دهانی، گروه آزمایش ۸/۸۱ (۳/۴۳) و گروه گواه ۷/۲۵ (۲/۶۹)، در مرحله پس آزمون میانگین (انحراف معیار) گروه آزمایش ۵/۶۹ (۳/۲۶) و گروه گواه ۷/۱۳

(۲/۷۲) بوده است. از آنجا که مفروضه‌های تحلیل کواریانس از جمله همگنی شیب‌های رگرسیون رعایت نمی‌شد، برای بررسی آماری سؤال پژوهش حاضر از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) استفاده شد. نتایج حاصل از بررسی سؤال پژوهش، آیا روان درمانی بین فردی بر عملکرد روانی - اجتماعی و مؤلفه‌های اختلال خوردن دانشجویان دختر تأثیر دارد، در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمره‌های تفاضل پیش آزمون - پس آزمون عملکرد روانی - اجتماعی و مؤلفه‌های اختلال خوردن گروه آزمایش و گروه گواه

آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۶۰	۴	۲۹	۱۰/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۰	۴	۲۹	۱۰/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۰
آزمون اثر هتلینگ	۱/۵	۴	۲۹	۱۰/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۵	۴	۲۹	۱۰/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۸

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین دانشجویان دختر گروه آزمایش و گروه گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (عملکرد - روانی اجتماعی و مؤلفه‌های اختلال خوردن) تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=10/13$ و $p<0/001$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام یک از متغیرها بین دو گروه تفاوت وجود دارد، چهار آزمون تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۰ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۶۰ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون متغیرهای یاد شده مربوط به تأثیر روان درمانی بین فردی می‌باشد.

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین دانشجویان دختر گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ عملکرد روانی - اجتماعی تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($p<0/001$) و میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۷ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های پس آزمون عملکرد روانی - اجتماعی مربوط به تأثیر روان درمانی بین فردی می‌باشد. بین دانشجویان دختر گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا روی نمره‌های تفاضل (پس آزمون - پیش آزمون) عملکرد روانی اجتماعی و مؤلفه‌های اختلال خوردن گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات اتا
عملکرد روانی-اجتماعی	۹۶۸/۰۰	۱	۹۶۸/۰۰	۲۶/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
رژیم لاغری	۵۶۱/۱۲	۱	۵۶۱/۱۲	۱۸/۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۸
پرخوری	۷۸/۱۲	۱	۷۸/۱۲	۱۰/۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۶
مهار دهانی	۷۵/۰۳	۱	۷۵/۰۳	۱۱/۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۸

علائم اختلال خوردن در زمینه رژیم لاغری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$) و $F = ۱۸/۹۳$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۸ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۳۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون علائم اختلال خوردن در زمینه رژیم لاغری مربوط به تأثیر روان درمانی بین فردی بوده است. همچنین بین دانشجویان دختر گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ علائم اختلال خوردن در زمینه پرخوری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F = ۱۰/۹۱$ و $p = ۰/۰۰۱$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۲۶ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۲۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون علائم اختلال خوردن در زمینه پرخوری مربوط به تأثیر روان درمانی بین فردی می‌باشد. به علاوه، بین دانشجویان دختر گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ علائم اختلال خوردن در زمینه مهار دهانی تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است ($F = ۱۱/۷۲$ و $p < ۰/۰۰۱$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۲۸ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۲۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون علائم اختلال خوردن در زمینه مهار دهانی مربوط به تأثیر روان درمانی بین فردی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر روان درمانی بین فردی بر عملکرد روانی اجتماعی و مؤلفه‌های اختلال خوردن در دانشجویان دختر بود. نتایج تحلیل واریانس مندرج در جدول ۳ نشان داد بین دانشجویان دختر گروه آزمایش و گواه از لحاظ نمره عملکرد روانی-اجتماعی و مؤلفه‌های اختلال خوردن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از طرفی، نتایج تحلیل واریانس یک

راهه نشان داد روان درمانی بین فردی باعث کاهش مؤلفه‌های علائم اختلال خوردن در دانشجویان شده است. به بیان دیگر، روان درمانی بین فردی باعث کاهش مؤلفه‌های اختلال خوردن و بهبود عملکرد روانی - اجتماعی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون شده است که این نتیجه با یافته‌های توشن، کافیر و ووگل^۱ (۱۹۹۹)، ویلفلی و همکاران (۲۰۰۵)، مافسون و پولاک - دورتا^۲ (۲۰۰۰)، مورفی، استرابلر^۳، کوپر و فیربن (۲۰۰۹)، ریگر و همکاران (۲۰۱۰) و هیلبرت و همکاران (۲۰۱۲) در خصوص مؤلفه‌های اختلال خوردن همخوانی دارد.

همچنین این یافته با نتایج پژوهش مرادی، شکری و دانشورپور (۱۳۸۶)، مافسون، ویسمن، مورا^۴ و گارفینکل (۱۹۹۹) و مافسون و پولاک - دورتا (۲۰۰۰) در خصوص عملکرد روانی - اجتماعی هماهنگ است. در تأیید این مسئله که نشان می‌دهد اختلال خوردن حاصل تشدید مشکلات بین فردی است و عملکرد بین فردی را هم به اختلالات فردی و هم به علائم اختلال خوردن ربط می‌دهد نیز شواهدی وجود دارد (ویلفلی، ویلسون و آگراس، ۲۰۰۳).

در پژوهش حاضر، کاهش مؤلفه‌های اختلال خوردن با بهبود عملکرد روانی - اجتماعی همراه بوده است. منظور از عملکرد روانی - اجتماعی مواردی از قبیل خلق و درک فرد، عملکرد شناختی و عملکرد بین فردی است. بر اساس روان درمانی بین فردی، اختلالات خوردن در یک زمینه اجتماعی و بین فردی رشد پیدا می‌کند. به نظر می‌رسد روان درمانی بین فردی با شناسایی حوزه‌های مشکل ساز بین فردی و درمان آنها، توانسته است سبب کاهش علائم اختلال خوردن گردد. از طرفی با توجه به این که در روان درمانی بین فردی مستقیماً بر علائم خوردن و رفتارهای مربوط به خوردن و باورهای فرد در مورد شکل و وزن تمرکز نمی‌شود، بلکه بر بافت عاطفی و بین فردی افراد تمرکز می‌شود، این نتیجه دور از انتظار نبوده است. درمان بین فردی گروهی سبب رشد روابط بین فردی اعضا شده و گروه بین فردی محیط امنی را برای کشف احساسات، دریافت حمایت و بازخورد، برقراری راههای جدید ارتباط با دیگران و تجربیات بین فردی فراهم کرده است. ویژگی ممتاز دیگر گروه، بهبود

1- Tuschen-Caffier & Vogele

2- Mufson & Pollack -Dorta

3- Murphy, Straebler

4- Moreau

پویایی‌های بین فردی^۱ شامل (الگوها، تغییر در رفتار/ تعامل و تغییر در خلق) می‌باشد. این شیوه درمان به افراد آموزش می‌دهد که ضمن شناخت بیشتر از احساسات منفی خود (مانند احساس حقارت، تنهایی و رها شدن، غم و) و از طریق راهبردهای بهبود روابط بین فردی، راهکارهای مفیدی را جایگزین روش‌های مقابله‌ای نامطلوب تغذیه‌ای نمایند. این گروه‌های درمانی برای بیماران دارای اختلال خوردن مناسب است، زیرا به بیماران کمک می‌کند عیوب و تحریفات شناختی خود را شناسایی و برطرف نموده و احساس شرم و انزوایی که اغلب با اختلال خوردن همراه است نیز توسط گروه برطرف می‌شود. بنابراین، در پژوهش حاضر روان‌درمانی بین فردی توانسته است با گسترش تجارب بین فردی، سبب بهبود درک دنیای اجتماعی و به تبع آن عملکرد روانی- اجتماعی در دانشجویان دختر گردد. با عنایت به این که پژوهش حاضر بر روی دانشجویان دختر انجام شده است، لذا نتایج حاصل قابل تعمیم به دانشجویان پسر نیست. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش انتخاب آزمودنی‌ها تنها بر اساس نمره آنها در آزمون نگرش خوردن و عدم پی‌گیری دراز مدت آنان بوده است. لازم به ذکر است که معمولاً پی‌گیری تغییرات حاصل از درمان در فواصل زمانی ۳، ۶، ۱۲ و ۲۴ ماه انجام می‌شود که در این پژوهش این امکان فراهم نبود. هرچند بنا به نتایج فرا تحلیل کوئپرز^۲ و همکاران (۲۰۱۱) به نظر نمی‌رسد تغییرات معنی‌داری در پی‌گیری پدید آیند. با در نظر گرفتن کمبود مطالعات علمی در زمینه روان‌درمانی بین فردی در ایران، پیشنهاد می‌شود در زمینه کاربرد این روش در درمان علائم اختلال خوردن در دانشجویان پسر و همچنین سایر اختلالات روانی پژوهش‌های مشابهی صورت گیرد. به درمانگران و پژوهشگران پیشنهاد می‌شود با انتخاب چند گروه، کارآیی روش‌های درمانی را با یکدیگر مقایسه کنند و با استفاده از نمونه‌ای بزرگتر بستر تعمیم نتایج به جامعه را فراهم نمایند. اگرچه مطالعات بیشتری به منظور مقایسه گروه‌های متفاوت در میان جمعیت‌های دانشجویی مورد نیاز است، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که روان‌درمانی بین فردی در زمینه اختلالات روانی و بالاختصاص اختلالات خوردن یک درمان کارآمد قلمداد می‌شود.

1- dynamics
2- Cuijpers

تشکر و سپاسگزاری

از دانشجویان دانشگاه لرستان که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

منابع

فارسی

- بابایی، سمیه؛ خداپناهی، محمدکریم و صالح صدق‌پور، بهرام (۱۳۸۶). ارتباط بین باورها و نشانه‌های اختلال‌های خوردن. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۴ (۱۳)، ۳-۱۲.
- بابایی، سمیه (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین هسته اصلی باورها و توانایی خودمهارگری خوردن با نشانه‌های اختلال‌های خوردن در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- پورقاسم گرگری، بهرام؛ کوشاور، دنیز؛ سیدسجادی، ندا؛ کرمی، صفورا و شاه‌رخی، حسن (۱۳۸۷). خطر اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دبیرستانی دختر تبریز. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، شماره (۴)، ۳۰، ۲۶-۲۱.
- دادستان، پروین (۱۳۸۱). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. ج ۲. تهران: انتشارات سمت.
- مرادی، علیرضا؛ شکری، امید و دانش‌پور، زهره (۱۳۸۶). تأثیر روان درمانی بین فردی بر درمان افسردگی نوجوانان: مطالعه موردی. *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، شماره ۱ (۳)، ۵-۲۸.
- یوسفی‌اصل، علیرضا؛ مرادی، ثوره و دهقانی، محسن (۱۳۸۶). پردازش اطلاعات و توجه انتخابی در دختران نوجوان دارای علائم اختلالات خوردن. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، شماره ۳۵، ۳۶-۴۴.

لاتین

- Abell, T. L., Malagelada, J. R., Lucas, A. R., & et al. (1987). Gastric electro mechanical and neurohormonal function in anorexia nervosa. *Gastroenterology*, 93 (5), 958-65.

- Agras, W., Stewart, B., Walsh, T., Fairburn, C. G., Terence, G., Wilson, H., & Kraemer, C. (2005). A multi center comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 57.
- Ansell, E. B., Grilo, C. M., & White, M. A. (2012). Examining the interpersonal model of binge eating and loss of control over eating in women. *Int J Eat Disord*, 45 (1), 43-50.
- Attia E. (2010). Anorexia nervosa: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 61, 425-435.
- Bettina, E., & Bernstein, D. O. (2010). Eating disorder: Anorexia nervosa. Department of Psychiatry, Philadelphia College of Osteopathic Medicine.
- Bohn, K., & Fairburn, C. G. (2008a). The Clinical Impairment Assessment Questionnaire. In C. G. Fairburn (ed.). *Cognitive behavior therapy & eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G. (2008b). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behav Res Ther*, 46 (10), 1105-10.
- Bozzato, A., Burger, P., Zenk, J., Uter, W., & Iro, H. (2008). Salivary gland biometry in female patients with eating disorders. *European Archives of Oto-rhino-laryngology*. 265 (9), 1095-1200.
- Bulik, C. M. (2002). Anxiety, depression and eating disorders. In: C. G., Fairburn & K. D., Brownell (eds). *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive handbook*. NY: The Guilford Press.
- Button, E. J., Benson, E., Nollett, C., & Palmer, R. L. (2005). Don't forget EDNOS (eating disorder not otherwise specified): Patterns of service use in an eating disorders service. *Psychiatric Bulletin*, 29, 134-136.
- Caradas, A. A., Lambert, E. V., & Charlton, K. E. (2001). An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African school girls. *Human Nutrition and Dietetics*, 14, 111-120.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J., & Stewart, S. H. (2005). The validity of the Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 19 (3), 345-359.
- Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D. C., Straten, A. van & Andersson, G. (2011). *Self guided psychological treatment for depressive symptoms: A meta-analysis*. *PLoS ONE*, 6 (6).
- Cutrofo, P., Gnisci, A., & Caputo. (2005). Psychological characteristics of less severe forms of eating disorders: An epidemiological study among 259 female adolescences. *J Adolescence*, 11, 51-57.

- Dezhkam, M., & Nobakht, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (3), 265-271.
- Durkin, S. J., & Paxton, S. J. (2002). Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *J Psychosom Res*, 53 (5), 995-1005.
- Elliott, C., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Columbo, K. M., Wolkoff, L. E., Ranzenhofer, L. M., & Yanovski, J. A. (2010). An examination of the interpersonal model of loss of control eating in children and adolescents. *Behav Res Ther*, 48 (5), 424-428.
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 37 (1), 26-30.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. E. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: The long term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Fernandez, M., Labrador, F., & Raich, R. (2007). Prevalence of eating disorder among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 681-690.
- Frank, E., Levenson, J. C. (2010). *Interpersonal Psychotherapy*. Washington, D. C., American Psychological Association.
- García-Villamisar, D., Dattilo, J., Del Pozo, A. (2012). Depressive mood, eating disorder symptoms, and perfectionism in female college students: A mediation analysis. *Eat Disord*, 20 (1), 60-72.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Golden, N. H. (2003). Osteopenia and osteoporosis in anorexia nervosa. Do some cases of anorexia nervosa reflect underlying autistic-like conditions. *Behavioral Neurology*, 5 (1), 27-32.

- Gollan, J., Atlis, M., & O'Connor, M. (2003). Behavioral activation: Group treatment for depression (pilot version). Unpublished manual, University of Chicago.
- Grilo, C. M., Crosby, R. D., Masheb, R. M., White, M. A., Peterson, C. B., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Crow, S. J., & Mitchell, J. E. (2009). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder, bulimia nervosa, and sub-threshold bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 47 (8), 692-696.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (6), 521-530.
- Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R., & Wilfley, D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry* [Epub ahead of print].
- Hoerr, S. L., Bokram, R., Lugo, B., Bivins, T., & Keast, D. R. (2002). Risk for disordered eating related to both gender and ethnicity for college students. *Journal of American College Nutrition*, 21 (4), 307-31.
- Honigman, R., Phillips, K., & Castle, D. J. (2004). A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 113 (4), 1229-1237.
- Hopwood, C., Clarke, A., & Perez, M. (2007). Pathoplasticity of bulimic features and interpersonal problems. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 652 - 658.
- Klein, D. A., & Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. *Physiol Behavior*, 81 (2), 359- 74.
- Lee, S., Kwok, K., Liao, C., & Leung, T. (2002). Screening Chinese patients with eating disorders using the Eating Attitudes Test in Hong Kong. *International Journal of Eating Disorders*, 32 (1), 91-97.
- Martin, C. K., Williamson, D. A., & Thaw, J. M. (2000). Criterion validity of the multi-axial assessment of eating disorders symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 303-310.
- Mufson, L., & Pollack-Dorta, K. (2000). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: Theory, practice, and research. In: A. H. Esman, L. T. Flaherty (eds.). *Developmental and clinical studies. The Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry*. Washington: *American Psychiatric Press*, 139-167.
- Mufson, L., Weissman, M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.

- Muise, A., Stein, D., & Arbess, G. (2003). Eating disorder in adolescent boys: A review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 427-435.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2009). Interpersonal Psychotherapy (IPT) for eating disorders. In: I. F. Dancyger., & V. M., Fornari (eds.). Evidence based treatments for eating disorders. New York: Nova Science Publishers, 257- 274.
- Palmer, R. (2004). Bulimia nervosa: 25 years on. *British Journal of Psychiatry*, 185, 447-448.
- Reas, D. L., & Kapstad, H. (2010). Psychometric properties of the Clinical Impairment Assessment: Norms for young adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 43 (1), 72-76.
- Ricca, V., Mannucci, E., Mezzani, B., Di Bernardo, M., Zucchi, T., & Paionni, A. (2001). Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eating and Weight Disorders*, 6, 157-165.
- Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky - Kraff, M., Welch R., & Whilfley, D. E. (2010). An eating disorder- specific model of interpersonal psychotherapy (IPT ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 4 (30), 400-410.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). Eating disorders. In: J. A. Grebb, C. S. Pataki, & N. Sussman. *Synopsis of Psychiatry*. (10 th ed.). Lippincott, Williams, Wilkins, Chapter 23.
- Thelen, M. H., & Cormier, J. F. (1995). Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behavior Therapist*, 26, 85-99.
- Thompson, J. K., & Smolak, L. (2001). Body image, eating disorders and obesity in youth. *Assessment, Prevention and Treatment*, 50 (2), 1-19.
- Turner, H., & Bryant-Waugh, R. (2004). Eating disorder not otherwise specified (EDNOS): Profiles of clients presenting at a community eating disorder service. *European Eating Disorders Review*, 12, 18-26.
- Tuschen - Caffier, B., & Vogele, C. (1999). Psychological and physiological reactivity to stress: An experimental study on bulimic patients, restrained eaters and controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 333-340.
- Ulger, Z., Gurses, D., Ozyurek, A. R., & et al (2006). Follow-up of cardiac abnormalities in female adolescents with anorexia nervosa after refeeding. *Acta Cardiologica*, 61, 43-49.

- Vander Wal, J. S., & Thomas, N. (2004). Predictors of body image dissatisfaction and disturbed eating attitudes and behaviors in African American and Hispanic girls. *Eating Behavior, 5*, 291-301.
- Vannucci, A., Kass, A. E., Sinton, M. M., Aspen, V., Hannah, V., Weisman, Bailey, J. O., Wilfley, D. E., & Taylor, C. B. (2012). An examination of the clinical impairment assessment among women at high risk for eating disorder onset. *Behavior Research and Therapy, 50* (6), 407-414.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Welch, E., Birgegård, A., Parling, T., & Ghaderi, A. (2011). Eating Disorder Examination Questionnaire and Clinical Impairment Assessment Questionnaire: General population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behaviour Research and Therapy, 49* (2), 85-91.
- Wilfley, D. E., MacKenzie, K. R., Welch, R. R., Ayres, V. E., & Weissman, M. M. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. New York: Basic Books.
- Wilfley, D. E., Stein, R., & Welch, R. (2005). Interpersonal psychotherapy. In the essential handbook of eating disorders, (Treasure J, Schmidt U, Van Furth E, eds.), John Wiley & Sons, West Sussex, 137-154.
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. L., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., Douchis, J. Z., Frankm, M. A., Wiseman, C. V., & Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry, 59*, 713-721.
- Wilfley, D. E., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. The treatment of eating disorders: *A Clinical Handbook*. 293 pages.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders [Special issue]. *American Psychologist, 62*, 199-216.
- Wilson, G., Wilfley, D., Agras, W., & Bryson, S. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry, 67*, 94-101.
- Woolrich, R. A., Cooper, M. J., & Turner, H. M. (2008). Metacognitionin patients with anorexia nervosa, dieting and nondieting women: A preliminary study. *Eur Eat Disord Rev, 16* (1), 11-20.