

The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on bulimia symptoms, depression and body image in bulimia nervosa patients

Boloorsaz -Mashhadi, H*.

Abstract

Introduction: Bulimia nervosa is a particular type of feeding and eating disorders which affects the person's relationship with food and their body. This study was examined the effectiveness of acceptance and commitment therapy on symptoms of bulimia, depression and body image in bulimia nervosa patients.

Method: The research design was a semi-experimental one with pretest-posttest and control group format. The sample included all patients with bulimia nervosa who referred to Farabi Hospital of Kermanshah city in 2016, who were assessed based on psychiatrists definitive diagnosis, Eating Habits Questionnaire, Binge Eating Scale, Body Image Scale and Beck depression short inventory Questionnaires; Those with higher scores were selected via available sampling method and the study subjects were randomly divided into experimental and control groups. The experimental group was exposed to 8 sessions of two hours ACT. The data was analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed significant difference between experimental and control groups in abatement bulimia nervosa intensity and eating habits. Significant difference were found between groups in body image and depression as well ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of the research, acceptance and commitment therapy reduced symptoms of bulimia nervosa, depression and improved body image. Using this treatment method is recommended for patients with bulimia nervosa.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Bulimia Nervosa, Depression, Body Image.

*Correspondence E-mail:
Bolorsaz@se.pnu.ac.ir

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های پُرخوری، افسردگی و تن‌انگاره در مبتلایان به پُرخوری عصبی

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۴/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۹/۱۲

هنگامه بلورساز مشهدی*

چکیده

مقدمه: پُرخوری عصبی نوع خاصی از اختلالات خورد و خوراک است که با مواد غذایی و تن‌انگاره فرد رابطه دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های پُرخوری، افسردگی و تن‌انگاره در مبتلایان به پُرخوری عصبی انجام شد.

روش: تحقیق از نوع نیمه‌تجربی با طرح پژوهش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به پُرخوری عصبی از مراجعه‌کنندگان به مرکز روان‌پزشکی فارابی کرمانشاه بود؛ براساس معیارهای ورود به پژوهش، تشخیص روان‌پزشک و پرسشنامه‌های عادات خوردن (EHQ)، شدت پُرخوری (BES)، نگرانی از تن‌انگاره (BIS)، و افسردگی بک-فرم کوتاه بیمارانی که دارای بالاترین نمرات بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایشی ۸ جلسه مداخله درمانی ۱۲۰ دقیقه‌ای طی دو جلسه در هفته را دریافت نمود؛ اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. اطلاعات به دست آمده با تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و گواه در کاهش شدت نشانگان پُرخوری عصبی و عادات خوردن وجود دارد. همچنین، در تن‌انگاره و افسردگی تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش نشانگان پُرخوری عصبی، افسردگی و بهبود تن‌انگاره در افراد تحت درمان شده است. استفاده از این روش درمانی برای مبتلایان به پُرخوری عصبی در جامعه بیمارانی پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پُرخوری عصبی، افسردگی، تن‌انگاره.

مقدمه

اختلالات خورد و خوراک^۱ اختلالات پیچیده‌ای هستند که ریشه در مسائل زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی دارند (۱). یکی از اشکال اصلی این اختلالات در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، پرخوری عصبی^۲ می‌باشد (۲، ۳). پرخوری عصبی، اختلالی است که در آن فرد از افزایش وزن می‌ترسد و درباره‌ی اندام خود تصورات غیرواقعی دارد. ویژگی اصلی این اختلال آن است که فرد دوره‌های مرتب و فراوان پرخوری دارد و بلافاصله بعد از آن، دوره‌های تصفیه کردن آغاز می‌شود (۴)، و بر دو نوع است (۲-۵). در پرخوری عصبی همراه با تصفیه^۳ فرد به طور مرتب خود را به استفراغ می‌اندازد، از ملین‌ها، مُدرها یا روده شورها کمک می‌گیرد تا خود را از مواد چاق کننده تصفیه کند (۲، ۳). در پرخوری عصبی بدون تصفیه^۴ فرد سعی می‌کند، پرخوری‌اش را با ورزش بسیار زیاد یا روزه گرفتن جبران کند (۵). اکثر افراد مبتلا به پرخوری عصبی، معمولاً نسبت به قد خود چاق نیستند و به علت تصفیه لاغر نمی‌شوند (۶). در مورد پرخوری عصبی، پزشکان متخصص قادر به تعیین علل زیستی-پزشکی مشخص نبوده‌اند اما یافته‌ها حاکی از آن است که این اختلال، چند عاملی بوده و نگرانی درباره‌ی وزن و اندام در ایجاد و تشدید آن نقش دارند (۴، ۶). پرخوری عصبی معمولاً در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی شروع می‌شود (۱-۵)؛ اما از ۹ سالگی، دخترها درباره‌ی وزن و تناسب اندام مضطرب‌تر از پسرها هستند و احساس بدتری در مورد خود دارند (۷-۱۰). اگرچه تن انگاره یک ساختار چند بُعدی است ولی غالباً به صورت درجه‌ای از رضایت از ظاهر فیزیکی تعریف می‌شود و شامل عدم اختلاف بین "تصویر بدنی کنونی" و "تصویر بدنی ایده‌آل" است. درک نامناسب از تن انگاره و نارضایتی از آن می‌تواند به مشکلات جسمی و روانی متعددی به ویژه پرخوری عصبی، منجر گردد (۹-۱۱).

آنچه در مورد پرخوری عصبی سردرگم کننده جلوه می‌کند، این است که افراد نگران از وزن و تناسب اندام، به طور منظم (هفته‌ای ۲ الی ۱۲ بار) به پرخوری می‌پردازند. این موضوع نشان می‌دهد که آن‌ها کنترل بر خوردن را از دست داده‌اند (۶)؛ و به این ترتیب، ممکن است افرادی بی‌اراده و فاقد اعتماد به نفس محسوب شوند. به همین دلیل، پرخوری

معمولاً در خفا انجام می‌شود و خوراکی‌هایی مورد مصرف قرار می‌گیرد که خوردن‌شان آسان و سریع است (۱۲، ۱۳). پرخوری عصبی، به معده و روده آسیب می‌رساند و به علاوه، موجب هیپوگلیسمی می‌شود (۱۴-۱۶). به گزارش طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی^۵، نرخ شیوع ۱۲ ماهه پرخوری عصبی، در زنان جوان ۱ تا ۱/۵ درصد است (۱۷). درباره‌ی نرخ شیوع در بین مردان اطلاعات کافی در دست نیست، اما در زنان شایع‌تر است (۱۸)، و در بین افرادی که برای درمان به کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند، تعداد زنان به مردان، ۱۰ به ۱ است (۶). به نظر می‌رسد که موارد این اختلال، در زنان روبه افزایش است (۱۸)، اما در زنان جوامع دیگر نیز، که به نحوی در معرض ایده‌آل‌ها و آثار فرهنگ غرب قرار گرفته‌اند، دیده می‌شود (۱۹). این اختلال معمولاً با سایر اختلالات روانی همبودی دارد. رایج‌ترین آن‌ها، افسردگی اساسی است (۱۴، ۲۰).

در درمان اختلالات خورد و خوراک به ویژه پرخوری عصبی، روش‌های معدودی مؤثراند (۱۲). به طور کلی، درمان شناختی-رفتاری مؤثرترین درمان برای پرخوری عصبی، به شمار می‌رود. اما درمان شناختی-رفتاری، به ویژه زمانی مؤثر است که با داروهای ضد افسردگی همراه باشد (۲۱، ۲۲). از درمان‌هایی که اخیراً در مرکز توجه جدی پژوهشگران قرار گرفته است، درمان پذیرش و تعهد^۶ می‌باشد (۲۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است (۲۴، ۲۵). در این درمان ابتدا سعی می‌شود، پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. در مرحله دوم، بر آگاهی روانی فرد در "لحظه حال" افزوده می‌شود. در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی که فرد در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به

- 1- feeding and eating disorders
- 2- bulimia nervosa (BN)
- 3- purging subtype bulimia
- 4- non-purging subtype bulimia
- 5-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V)
- 6- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود.

آزمودنی‌ها: نمونه مورد بررسی در این پژوهش از میان بیماران زن مبتلا به پرخوری عصبی که برای درمان به مرکز درمانی روان‌پزشکی فارابی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ مراجعه نموده و بنا به "تشخیص روان‌پزشک" حاضر در مرکز مبتلا به پرخوری عصبی بودند، با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس و مبتنی بر هدف به تعداد ۳۲ نفر انتخاب شدند. تشخیص قطعی پرخوری عصبی، با گرفتن شرح حال، مصاحبه بالینی براساس معیارهای طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، و تکمیل پرسشنامه‌ها با حضور روان‌شناس آموزش دیده و با تأیید نهایی روان‌پزشک حاضر در مرکز انجام شد. با توجه به محدود بودن جمعیت آماری، حجم نمونه برابر با جامعه آماری در نظر گرفته شد و کل افراد در دسترس که مراجعه کرده بودند، در مقطع زمانی جمع‌آوری داده‌ها (به فاصله زمانی ۲ ماه و ۱۷ روز) مورد بررسی قرار گرفتند. در مجموع، از میان ۳۲ بیمار، براساس معیارهای ورود به پژوهش، و اجرای ۱ جلسه پیش‌آزمون، ۲۴ نفر از بیمارانی که بالاترین نمرات را (به عنوان خط پایه) پس از تکمیل پرسشنامه‌ها کسب کردند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه ($n_1=n_2=12$) جایگزین شدند. حجم نمونه با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸ و نیز، با توجه به اینکه تعداد اعضای گروه در گروه درمانی استاندارد و با رویکردهای درمانی مختلف ۱۰ الی ۱۵ نفر است، تعداد استاندارد یعنی برای هر گروه ۱۲ نفر انتخاب شد. گروه آزمایشی (۱۲ نفر) ۸ جلسه مداخله درمانی ۲ ساعته (۱۲۰ دقیقه) را طی ۸ جلسه هفتگی دریافت نمود و گروه گواه، مداخله درمانی مذکور را دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ تشخیص محرز بیماری پرخوری طبق معیارهای DSM-5، جنسیت زن، عدم دریافت روان‌درمانی و دارو درمانی قبل از ورود به پژوهش، سکونت در شهر کرمانشاه و تکمیل

فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی‌اش را بشناسد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه (۲۳، ۲۵). در حالیکه شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات متعدد روان‌شناختی روبه افزایش است اما تقریباً پژوهش‌های بسیار اندکی این روش درمانی را در پرخوری عصبی بررسی کرده‌اند (۲۶). جواراسیو^۱ و همکاران (۲۶) در پژوهشی ۱۴۰ زن مبتلا به پرخوری عصبی، را به مدت دو بار در هفته با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تحت ۸ جلسه روان‌درمانی قرار دادند. نتایج نشان داد که، گروه آزمایش نسبت به کنترل در مقایسه با شروع درمان در شدت علائم پرخوری عصبی و افسردگی، نسبت به ۳ گروه دیگر که در لیست انتظار بودند، دارونما و درمان‌های شناخته شده استاندارد و معمول دریافت کردند، هم در مرحله آزمایش و هم پیگیری ۶ ماهه کاهش بیشتری یافته و این تفاوت معنی‌دار می‌باشد. همچنین، بین نتایج درمانی حاصل از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری تفاوت معنی‌دار بود. برمن^۲ و همکاران (۲۷) نیز نشان دادند که شدت اختلال بی‌اشتهایی عصبی و نگرانی در مورد وزن بدن در ۳ بیماری که تحت ۱۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته بودند، در مراحل مداخله و پیگیری ۱ ساله کاهش چشمگیری یافته است. زمینه یابی‌ها نشان می‌دهند که بیش از ۱۰ درصد زنان دانشجویی در امریکا نشانه‌های پرخوری عصبی را دارند، اما در ایران بررسی کشوری جامعی در این زمینه انجام نشده است و آمار دقیقی از این اختلال در زنان و به ویژه زنان دانشجویی وجود ندارد، اما به هر حال مراجعین به کلینیک روان‌پزشکی نشان می‌دهد که ابتلاء به اختلالات خوردن بیشتر از آنچه که تصور می‌گردد، شیوع دارد. با توجه به جدید بودن این روش درمانی، بررسی اثربخشی آن بر سلامت روان‌شناختی به ویژه در مبتلایان به پرخوری عصبی ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به مشکلات متعدد ناشی از این اختلال، بازبینی ادبیات تحقیقی برای دستیابی به سودمندترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد. لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های پرخوری، افسردگی و تن‌انگاره در مبتلایان به پرخوری عصبی انجام شد.

1- Juarascio

2- Berman

۳- پرسشنامه نگرانی از تن‌انگاره^۵ (BIS): این پرسشنامه خودگزارشی به وسیله لیتلتون^۶ و همکاران تدوین شده است. و هرچه نمره بالاتر باشد، نگرانی نسبت به تن‌انگاره بیشتر است. پژوهش‌های متعدد حاکی از روایی و پایایی قابل قبول آن می‌باشند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس، ۰/۹۳ و روایی همگرایی آن از طریق محاسبه همبستگی‌اش با پرسشنامه‌های وسواسی-اجباری و اختلالات خوردن به ترتیب، ۰/۶۲ و ۰/۴۰ است (۳۲). این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی اجرا و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۴ گزارش شده است (۳۲).

۴- پرسشنامه افسردگی بک-فُرم کوتاه^۷ (BDI-S): این پرسشنامه، یک ابزار خودگزارشی ۱۳ سؤالی است. حداقل نمره اکتسابی، صفر و حداکثر آن، ۳۹ می‌باشد (۳۳). در ایران نیز، رجبی (۳۴)، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضریب تصنیف را ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند.

برای تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

روند اجرای پژوهش: محتوای جلسات درمانی به‌طور سازمان‌یافته اجرا شد. در نهایت کل برنامه درمانی از ۱ پیش جلسه و ۸ جلسه روان درمانی تشکیل شد. طرح درمانی جلسات به اختصار در جدول ۱ ارائه شده است. لازم به ذکر است که برای گروه گواه، جلسات به صورت مشاوره حمایتی اجرا شد و بعد از اتمام پژوهش و معلوم شدن نتایج، این گروه نیز در کاربردی درمانی وارد شدند و مداخله در یکی از اتاق‌های همان مرکز که مختص روان شناس بود انجام شد. همچنین به منظور جلوگیری از انتشار اثر کاربردی دو گروه افراد در دو روز متفاوت به مرکز مراجعه نموده‌اند.

رضایت‌نامه کتبی به وسیله آزمودنی جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: داشتن بیماری نورولوژی یا جسمانی خاص، سابقه دریافت درمان دارویی یا روان درمانی، و مصرف موادمخدر بود. در این پژوهش مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی رعایت شد بدین صورت که، در مرحله اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا خود را معرفی و پس از مصاحبه بالینی و توضیح کامل در مورد پژوهش، هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، تأکید نمود که اطلاعات وی محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش بدون نام و نشان از وی منتشر خواهد شد و در هر زمان که مایل باشد می‌تواند از مطالعه خارج شود، تا مراجع با رضایت کامل پرسشنامه‌ها را تکمیل کند. روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، نسخه بسط یافته از طرح درمان پذیرش و تعهد می‌باشد که از لحاظ علمی و عملی، توسط بورد مشاورین علمی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳).

ابزار

۱- پرسشنامه عادات خوردن^۱ (EHQ): این پرسشنامه خودگزارشی به وسیله کوکر و راجر^۲ ساخته شده است و دارای ۵۷ سؤال با سه عامل نگرانی در مورد وزن و پرهیز غذایی (۲۸ سؤال)، بازداری (۱۵ سؤال) و پُرخوری (۱۴ سؤال) می‌باشد. پژوهش‌های متعدد حاکی از روایی و پایایی قابل قبول آن می‌باشند. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس، ۰/۹۵ و سه عامل در دامنه‌ای بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۵ می‌باشد (۲۸). این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی اجرا و آلفای کرونباخ آن، ۰/۷۲ و سه عامل در دامنه‌ای بین ۰/۶۰ تا ۰/۷۰ گزارش شده است (۲۹).

۲- پرسشنامه شدت پُرخوری^۳ (BES): این پرسشنامه خودگزارشی به وسیله گارملی^۴ و همکاران برای سنجش شدت پُرخوری یا شکم‌بارگی دوره‌ای تدوین و اختلال پُرخوری را می‌سنجد. نمره برش ۱۶ می‌باشد (کسب نمره کمتر از ۱۶، فقدان اختلال؛ نمره ۱۶-۱۸، وجود اختلال پُرخوری؛ نمره ۱۹-۲۶، اختلال پُرخوری متوسط؛ و نمره ۲۷ و بالاتر، اختلال پُرخوری شدید را نشان می‌دهد). آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان، ۰/۹۴ و بعد از درمان، ۰/۹۲ محاسبه شده است (۳۰). فُرم ایرانی‌اش توسط مولودی و همکاران روی ۶۰ آزمودنی اجرا و حساسیت آن ۰/۸۵ و اعتبار آزمون - بازآزمون آن ۰/۷۲ محاسبه شده است (۳۱).

- 1- Eating Habits Questionnaire
- 2- Coker & Roger
- 3- Binge Eating Scale
- 4- Gormally
- 5- Body Image Scale
- 6- Littleton
- 7- Beck Depression Short Inventory

یافته‌ها

پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس‌های مورد پژوهش در

شاخص‌های توصیفی دو گروه آزمایش و گواه در مراحل

جدول ۱ ارائه شده است.

جدول (۱) خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد (ACT)

جلسات	مداخلات / محتوا
پیش جلسه	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسش‌نامه‌ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پیش‌آزمون.
جلسه اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضا با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان ACT، اهداف و محورهای آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات درباره PTSD؛ آموزش روانی؛ استراحت و پذیرایی.
جلسه دوم	مروری بر تجربیات جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات از درمان ACT؛ ایجاد درماندگی خلاق؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.
جلسه سوم	مروری بر تجربیات جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و بی‌بردن به بهبودی آن‌ها؛ توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و ... و اینکه پذیرش یک فرآیند همیشگی است، نه مقطعی؛ مشکلات و چالش‌های پذیرش نشانه‌های پرخوری مورد بحث قرار گرفت؛ توضیح در مورد اجتناب از تجربیات ناخوشایند و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آن‌ها از طریق پذیرش؛ تعریف مقابله و راهبردهای کارآمد و ناکارآمد؛ احساس کارایی و کنترل؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.
جلسه چهارم	مروری بر تجربیات جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.
جلسه پنجم	مروری بر تجربیات جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود (توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند). در این تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی و ...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند.
جلسه ششم	مرور تجربیات جلسه قبلی و دریافت بازخورد؛ شناسایی "ارزش‌های زندگی" و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها؛ استفاده از تکنیک‌های "ذهن آگاهی" با تأکید بر زمان حال.
جلسه هفتم	مرور تجربیات جلسه قبلی و دریافت بازخورد؛ بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ توضیح تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها؛ بحث از موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها؛ اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند، را تعیین کردند و در آخر کارها/رفتارهایی که قصد داشتند برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجربیات اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از مراجعان برای شرکت در گروه تشکر و پس‌آزمون اجرا شد.

جدول ۲) داده‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

گروه گواه		گروه آزمایش						متغیرهای پژوهش
پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲/۴۱	۱۲/۳۵	۲/۷۴	۱۲/۶۶	۱/۷۲	۸/۳۹	۲/۵۶	۱۳/۸۱	عادات خوردن
۱/۰۳	۱۲/۱۰	۱/۵۲	۱۳/۶۷	۲/۰۹	۶/۹۳	۲/۱۱	۱۲/۵۵	شدت پُرخوری
۱/۳۴	۱۶/۷۲	۱/۱۶	۱۶/۳۸	۲/۳۵	۱۱/۲۲	۱/۴۱	۱۶/۸۹	اختلال پُرخوری عصبی
۴/۰۹	۴۴/۱۲	۴/۱۱	۴۳/۶۲	۲/۱۴	۳۰/۱۶	۳/۱۹	۴۴/۲۷	تَن‌انگاره
۳/۲۴	۱۵/۶۱	۳/۶۰	۱۴/۹۵	۲/۶۲	۱۰/۳۸	۳/۴۰	۱۴/۷۰	افسردگی

$$n_1 = n_2 = 12$$

کوواریانس، بررسی شد. نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها (آزمون لوین) و نُرمال بودن (آزمون شاپیرو-ویلکز) برقرار است ($P > 0.05$). نتایج آزمون باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس تأیید شد ($F = 1/634$ ، $P = 0/128$)؛ همچنین، بررسی همگنی شیب رگرسیون از معنی‌دار نبودن شرایط و پیش‌آزمون حمایت کرد ($F = 2/37$ ، $P = 0/143$)، و با توجه به اینکه حجم نمونه در دو گروه آزمایش و گواه نیز برابر بود ($n = 12$)، استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) بلامانع شناخته شد (جدول ۳).

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که اختلال پُرخوری عصبی در بیماران زن مراجعه کننده به مرکز درمانی روان‌پزشکی فارابی شهر کرمانشاه گروه آزمایش بعد از مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود داشته است و عادات خوردن و شدت پُرخوری آن‌ها نیز تغییر پیدا نموده است و تفاوت محسوسی در این خصوص در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون رُخ داده است ولی این شرایط برای گروه گواه تقریباً یکسان و تغییری رُخ نداده است. داده‌های توصیفی هر یک از مؤلفه‌های تَن‌انگاره و افسردگی به صورت مجزا در جدول شماره ۲ آورده شده است. پیش از تحلیل داده‌ها، ابتدا مفروضه‌های لازم برای تحلیل

جدول ۳) نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز و لوین جهت رعایت پیش فرض‌های آماری

آزمون شاپیرو-ویلکز			آزمون لوین				متغیر
سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	درجه آزادی		ضریب F	
				۲	۱		
۰/۲۵۳	۱۲	۰/۲۲۷	۰/۱۳۶	۲۲	۱	۲/۳۵۲	پُرخوری عصبی
۰/۲۲۳	۱۲	۰/۱۶۳	۰/۲۶۳	۲۲	۱	۱/۱۲۴	تَن‌انگاره
۰/۵۶۸	۱۲	۰/۹۵۶	۰/۴۷۰	۲۲	۱	۲/۲۴۹	افسردگی
آزمون باکس (Box's M)							
P-Value			ضریب F				
۰/۱۲۸			۱/۶۳۴				

جدول ۴) نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیره در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۱/۰۰۰	۷/۶۷۹	۳	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۰/۹۱۰

همان گونه که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود آزمون اثر پیلایی تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنی دار می‌باشد. بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای مورد مقایسه دارای تفاوت معنی دار می‌باشند ($P < 0/005$). میزان این تأثیر یا تفاوت برابر با یک می‌باشد. یعنی تفاوت‌های فردی در نمرات متغیرهای پژوهش مربوط به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری $0/91$ درصد نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

یافته‌های تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمره کل اختلال پُرخوری عصبی بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله پس‌آزمون معنادار می‌باشد ($P < 0/05$). همچنین، این تفاوت برای نمرات مؤلفه‌های عادات خوردن و شدت پُرخوری معنادار بود ($P < 0/05$). بنابراین، مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر اختلال پُرخوری عصبی در مرحله پس‌آزمون داشته است و اندازه اثر آن بر

پُرخوری عصبی، $0/88$ درصد و در مؤلفه‌های عادات خوردن و شدت پُرخوری نیز به ترتیب؛ $0/76$ و $0/83$ درصد بوده است، که مقدار آن قابل توجه می‌باشد. همچنین، تأثیر مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای تن‌انگاره و افسردگی آزمودنی‌ها از نظر آماری قابل قبول بود. تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات دو مؤلفه تن‌انگاره و افسردگی بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله پس‌آزمون معنادار است ($P < 0/05$). اندازه اثر این مداخله درمانی در مرحله پس‌آزمون به ترتیب؛ $0/81$ و $0/86$ درصد بود. بنابراین، مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی نسبت به تن‌انگاره و علائم افسردگی بیماران شرکت کننده در پژوهش در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش تأثیر داشته است. نتیجه کلی گویای آن است که، روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای مورد پژوهش اثربخش (سودمند) بوده است (جدول ۵).

جدول ۵) تحلیل کوواریانس چندمتغیره تأثیر عضویت گروهی بر علائم پُرخوری عصبی، تن‌انگاره و افسردگی

متغیرهای پژوهش	متغیر شاخص	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
عادات خوردن	پس آزمون	۱	۷۱/۵۲	۱۵/۸۰۱	۰/۰۰۳	۰/۷۶۰	۰/۸۵
شدت پُرخوری	پس آزمون	۱	۷۰/۳۱۲	۳۶/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳۲	۰/۸۸
اختلال پُرخوری عصبی	پس آزمون	۱	۱۱۱/۱۰۴	۴۰/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۰	۰/۹۴
تن‌انگاره	پس آزمون	۱	۴۴/۷۲	۱۱/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳	۰/۹۲
افسردگی	پس آزمون	۱	۸۷/۹۳	۲۰/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۸۶۶	۰/۹۳۴

$$n_1 = n_2 = 12$$

دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله؛ جواراسیو و همکاران (۲۶)، برمن و همکاران (۲۷)، گوفری^۱ و همکاران (۳۵)، ابوالقاسمی و جعفری (۳۶)، بهروز (۲۳)، محمد علی و صداقت (۳۷)، نصیری و همکاران (۳۸) همسو می‌باشد.

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که، تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات دو مؤلفه نگرانی نسبت به تن‌انگاره و افسردگی بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون معنادار است ($P < 0/05$). اندازه اثر این مداخله درمانی در مرحله پس‌آزمون به ترتیب؛ $0/81$ و $0/86$ درصد بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های پُرخوری، افسردگی و تن‌انگاره در مبتلایان به پُرخوری عصبی انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش تأثیر معناداری بر نمره کل اختلال پُرخوری عصبی و نمرات شاخص‌های عادات خوردن و شدت پُرخوری داشته است و به ترتیب باعث کاهش $0/88$ ، $0/76$ و $0/83$ درصد شده است؛ و می‌توان گفت، مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر پُرخوری عصبی، عادات خوردن و شدت پُرخوری مؤثر بوده است. نتایج به

روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود بیماری باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن، که بر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌افزاید، او را از گیرافتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد (۲۳-۲۵). به‌طور کلی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود نشانگان اختلال پُرخوری عصبی براساس اصولی چون؛ ماندن در "زمان حال"، "مشاهده‌گری بدون قضاوت"، "پذیرش" و "بالا بردن آگاهی از تجربه" و ایجاد "واکنش سازگاران" قابل توجیه است. آموزش مشاهده افکار و هیجانات آشفته‌ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آن‌ها منجر به بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگاران و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند در این بیماران شده است. در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان پُرخوری عصبی و افسردگی زنان و بهبود تن انگاره مؤثر بوده است. در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان پُرخوری عصبی و افسردگی زنان و بهبود تن انگاره مؤثر بوده است. از جمله اینکه انتخاب نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس و مبتنی بر هدف انجام شد. همچنین، به دلیل تک جنسیتی بودن آزمودنی‌های این پژوهش در تعمیم یافته‌ها به مردان، و دیگر فرهنگ‌ها و مقاطع سنی باید جانب احتیاط را رعایت نمود. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد با توجه به اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود شاخص‌های پُرخوری عصبی، این درمان به عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان دارویی در جهت کاهش علائم روان‌شناختی در این بیماران به کار گرفته شود. همچنین، استفاده از این روش درمانی در درمان اختلالات روان‌شناختی سایر بیماران و سایر اختلالات بالینی بر دیگر گروه‌های سنی و فرهنگی پیشنهاد و مقایسه آن با درمان دارویی چه به صورت فردی و چه گروهی پیشنهاد می‌گردد.

بنابراین، مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی نسبت به تن‌انگاره و علائم افسردگی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش در گروه آزمایش تأثیر داشته است. این یافته از پژوهش حاضر نیز با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله؛ اشمیت^۱ و همکاران (۳۹)، بانث^۲ و همکاران (۴۰)، و بهروز و همکاران (۳۳) همسو می‌باشد. در تبیین چگونگی تأثیر مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال پُرخوری عصبی و متغیرهای مورد پژوهش مرتبط با آن می‌توان گفت با توجه به مشاهدات بالینی محقق و با مراجعه به پروتکل درمانی به کار گرفته شده در این پژوهش متوجه می‌شویم که علت این تأثیر، تغییر در نگرش بیماران نسبت به افکار غیرمنطقی و سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های گذشته و نیز، استقبال بیماران از این نگرش جدید بوده است. با توجه به یافته‌های پژوهش، چون متغیر "پذیرش روانی" پیش از کاهش معنادار نشانگان پُرخوری افزایش یافت، نتیجه می‌گیریم که، متغیر پذیرش و افزایش توجه و عمل به ارزش‌ها در کاهش شدت پُرخوری و عادات خوردن به روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، به عنوان میانجی تغییر عمل می‌کند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق ایجاد و توسعه "پذیرش روانی" و "افزایش عمل به ارزش‌ها" در بیماران پُرخوری عصبی، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند. از امتیازات بارز این روان‌درمانی آن است که به فرد نوعی فرصت یادگیری مهارت‌های جدید و خاص مانند "کاهش اجتناب تجربی" و "افزایش پذیرش روانی" و تماس با "زمان حال" می‌بخشد و همین ویژگی، موجب می‌شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد بلکه به شکل انعطاف‌پذیری با آن مواجه گردد. "جداسازی شناختی از تجارب ذهنی" به نحوی که فرد بتواند مستقل‌تر و آگاهانه‌تر در دنیای واقعی عمل کند و نیز رهایی از "تمرکز مفرط بر داستان شخصی خود ساخته" به فرد امکان استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتر را بدون استرس در برخورد با تن‌انگاره و شناخت‌های منفی افسرده‌ساز می‌دهد. فرآیند دیگری که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آن تأکید می‌شود و نقش آن در این پروتکل درمانی نیز برجسته بود، تأکید بر "عمل متعهدانه" است. ترغیب بیماران به

1- Schmidt

2- Banth

12- Sanderson CA. Health Psychology. 3th Edition. al. Tbjae, editor. Tehran: Sarfaraz Publication Company; 2015.

13- Oberne A, DeBate R. Self-induced vomiting as a function of bulimia nervosa increases the risk for oral health issues. Journal of Evidence Based Dental Practice. 2014;14(4):195-6.

14- Modan-Moses D, Levy-Shraga Y, Pinhas-Hamiel O, Kochavi B, Enoch-Levy A, Vered I, et al. High prevalence of vitamin D deficiency and insufficiency in adolescent inpatients diagnosed with eating disorders. International Journal of Eating Disorders. 2015;48(6):607-14.

15- Sato Y, Fukudo S. Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. Clinical journal of gastroenterology. 2015;8(5):255-63.

16- Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. The American journal of medicine. 2016;129(1):30-7.

17- Mancuso SG, Newton JR, Bosanac P, Rossell SL, Nesci JB, Castle DJ. Classification of eating disorders: comparison of relative prevalence rates using DSM-IV and DSM-5 criteria. The British Journal of Psychiatry. 2015;206(6):519-20.

18- 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.

19- Dryer R, Uesaka Y, Manalo E, Tyson G. Cross-cultural examination of beliefs about the causes of bulimia nervosa among Australian and Japanese females. International Journal of Eating Disorders. 2015;48(2):176-86.

20- 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):537-44.

21- Papadomarkaki E, Portinou S. Clinical perfectionism and cognitive behavioral therapy. Psychiatrike= Psychiatriki. 2012;23(1):61-71.

22- Daniel SIF, Poulsen S, Lunn S. Client attachment in a randomized clinical trial of psychoanalytic and cognitive-behavioral psychotherapy for bulimia nervosa: Outcome moderation and change. Psychotherapy. 2016;53(2):174.

23- Behrouz B. The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Post-Traumatic Stress Disorder, Coping Styles, and Self-Efficacy in Girls with Abnormal Grief. Journal of Clinical Psychology. 2015;7(4):81-92.

24- Eilenberg T, Fink P, Jensen J, Rief W, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized

تشکر و قدردانی

پژوهشگر بر خود لازم می‌داند از تمامی بیماران گرانقدری که در پژوهش حاضر شرکت کردند، همچنین، از پرسنل زحمت‌کش مرکز آموزشی فارابی کرمانشاه که در انجام این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری نماید.

منابع

1- Giordano S. Eating disorders and the media. Current opinion in psychiatry. 2015;28(6):478-82.

2- Sadock BJ SVRP. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. In: Edition t, editor. Translated by; Farzin Rezaei. Tehran: Arjmand Publication Company; 2016 p. 111-27.

3- Mond JM. Classification of bulimic-type eating disorders: from DSM-IV to DSM-5. Journal of eating disorders. 2013;1(1):33.

4- Lunn S, Daniel SL, Poulsen S. Psychoanalytic psychotherapy with a client with bulimia nervosa. Psychotherapy. 2016;53(2):206.

5- 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.

6- Ganji MG, H. Abnormal Psychology Based on DSM-5. 4th Edition. Tehran: Savalane Publication Company; 2014.

7- 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.

8- Felpen EPG, Claumann GS, Sacomori C, Daronco LSE, Cardoso FL, Pelegrini A. Sociodemographic factors and body image among high school students/Fatores sociodemograficos e imagem corporal em adolescentes do ensino medio. Ciência & Saúde Coletiva. 2015;20(11):3329-38.

9- Dion J, Blackburn M-E, Auclair J, Laberge L, Veillette S, Gaudreault M, et al. Development and aetiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. International journal of adolescence and youth. 2015;20(2):151-66.

10- 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.

11- Rodgers RF, Lowy AS, Halperin DM, Franko DL. A Meta-Analysis Examining the Influence of Pro-Eating Disorder Websites on Body Image and Eating Pathology. European Eating Disorders Review. 2016;24(1):3-8.

- 37- Mohamadali M Sedaghat M. The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Life Satisfaction among Mother of Children with Cancer. *Clinical Psychology Journal*. 2017;9(2):29-36.
- 38- Nasiri S Ghorbani M, Adibi P. . The Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy in Quality of Patients with Functional Gastro Intestinal Disorder. . *Clinical Psychology Journal* 2015;7(4):93-105.
- 39- Schmidt S, Gmeiner S, Schultz C, Löwer M, Kuhn K, Naranjo JR, et al. Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) as Treatment for Chronic Back Pain-an Observational Study with Assessment of Thalamocortical Dysrhythmia. *Complementary Medicine Research*. 2015;22(5):298-303.
- 40- Banth S, Ardebil MD. Effectiveness of mindfulness meditation on pain and quality of life of patients with chronic low back pain. *International journal of yoga*. 2015;8(2):128.
- controlled trial. *Psychological medicine*. 2016;46(1):103-15.
- 25- Molander P, Hesser H, Weineland S, Bergwall K, Buck S, Jäder Malmjöf J, et al. Internet-based acceptance and commitment therapy for psychological distress experienced by people with hearing problems: a pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2017:1-16.
- 26- Juarascio A, Shaw J, Forman E, Timko CA, Herbert J, Butryn M, et al. Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behavior modification*. 2013;37(4):459-89.
- 27- Berman M, Boutelle K, Crow S. A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2009;17(6):426-34.
- 28- Coker S, Roger D. The construction and preliminary validation of a scale for measuring eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. 1990;34(2):223-31.
- 29- Abolghasemi AJ, E. . The effectiveness of dialectical behavior therapy on body image self-efficacy in girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;4(2):29-38.
- 30- McElroy SL, Mitchell JE, Wilfley D, Gasior M, Ferreira-Cornwell MC, McKay M, et al. Lisdexamfetamine dimesylate effects on binge eating behaviour and obsessive-compulsive and impulsive features in adults with binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*. 2016;24(3):223-31.
- 31- Moloodi R DM, Mootabi F & Omidvar N. . Comparison of early maladaptive schema in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Journal of Behavioral Science*. *Journal of Behavioral Science*. 2010;4(2):109-14.
- 32- Pooravari M, Habibi M, Parija HA, Tabar SHSA. Psychometric properties of body image concern inventory in adolescent. *Pajoohandeh Journal*. 2014;19(4):189-99.
- 33- Behrouz B HN, Jalalian S & Bavali F. . The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Decreasing the Intensity of the Symptoms of Trichotillomania and Depression: A Single Case Study. *Community Health Journal*. 2015;9(3):18-28.
- 34- Rajabi G. Psychometric properties of Beck Depression Inventory Short Form Items (BDI-13). *Journal of Iranian Psychologists*. 2005;1(4):291-8.
- 35- Godfrey KM, Gallo LC, Afari N. Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*. 2015;38(2):348-62.
- 36- Abolghasemi AJE. The Effectiveness of dialectical behavior therapy on body image and self-efficacy in girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;2(14):29-37.