

# Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Therapy based on Commitment and Acceptance on the Reduction of Anorexia Nervosa in Girls of District 22 of Tehran

## ARTICLE INFO

*Article Type*  
Research Article

### Authors

Kimia Pourshirazi <sup>1\*</sup>  
Arezoo Shahhosseini <sup>2</sup>  
Nazanin Ilghami Azar <sup>3</sup>  
Azadeh Salahshoori <sup>4</sup>

### How to cite this article

Kimia Pourshirazi, Arezoo Shahhosseini, Nazanin Ilghami Azar, Azadeh Salahshoori, Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Therapy based on Commitment and Acceptance on the Reduction of Anorexia Nervosa in Girls of District 22 of Tehran, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2021:5(3); 385-393

1. M.A, Department of Clinical Psychology, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author).
2. M.A, Department of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3. M.A, Department of Clinical Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. M.A, Department of Psychology, Zanjan University, Zanjan, Iran.

### \* Correspondence:

Address:  
Phone:  
Email: kimiaprshhhh@gmail.com

### Article History

Received: 2021/07/06  
Accepted: 2021/10/03

## ABSTRACT

**Purpose:** The harmful economic and social consequences of anorexia nervosa and related disorders and issues are significant and cause many problems for the affected person and his family. The purpose of this research was to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and commitment and acceptance based therapy on reducing anorexia nervosa.

**Materials and Methods:** The research method is practical in terms of purpose and quasi-experimental in terms of data collection method. The statistical population of this research includes the girls of District 22 of Tehran. According to the nature of the study method, the statistical sample size of this part of the research was 30 people. The research tool was the EDDS diagnostic questionnaire for eating disorders, which was implemented on the samples during cognitive-behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment as a pre-test and post-test.

**Findings:** Based on the findings of the present study, it was found that cognitive behavioral therapy was effective on anorexia nervosa in girls in district 22 of Tehran, and treatment based on acceptance and commitment was effective in anorexia nervosa in girls in district 22 of Tehran.

**Conclusion:** Treatment based on acceptance and commitment has been more effective than cognitive behavioral therapy in reducing anorexia nervosa.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy, Therapy based on Acceptance and Commitment, Anorexia Nervosa

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش پراشتهایی عصبی

دختران منطقه ۲۲ شهر تهران

کیمیا پورشیرازی<sup>۱\*</sup>

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

آرزو شاه حسینی<sup>۲</sup>

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نازنین ایل غمی آذر<sup>۳</sup>

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

آزاده سلحشوری<sup>۴</sup>

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

### چکیده

**هدف:** پیامدهای آسیب زای اقتصادی و اجتماعی ناشی از اختلال بی اشتها عصبی و اختلالات و مسائل همراه با آن، قابل توجه بوده و مشکلات زیادی را برای فرد مبتلا و خانواده ی وی به همراه دارد. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش پراشتهایی عصبی بوده است. **مواد و روش ها:** روش تحقیق به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش گردآوری اطلاعات شبه آزمایشی می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل دختران منطقه ۲۲ شهر تهران می باشند. حجم نمونه آماری این بخش از پژوهش با توجه به ماهیت روش مطالعه ۳۰ نفر بوده است. ابزار پژوهش پرسشنامه تشخیصی اختلالات خوردن EDSS بوده است که طی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بصورت پیش آزمون- پس آزمون بر روی نمونه ها اجرا شده است.

**یافته ها:** مبتنی بر یافته های پژوهش حاضر مشخص گردید درمان شناختی رفتاری بر پراشتهایی عصبی دختران منطقه ۲۲ شهر تهران اثربخش بوده است و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پراشتهایی عصبی دختران منطقه ۲۲ شهر تهران اثربخش بوده است.

**نتیجه گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری در کاهش پراشتهایی عصبی اثربخش تر بوده است.

**کلمات کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پراشتهایی عصبی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۱

\* نویسنده مسئول: kimiaprshhhh@gmail.com

### مقدمه

گذر از کودکی و ورود به دوره نوجوانی یکی از مهمترین مراحل زندگی است. نوجوانان به ویژه دختران در سنین بلوغ به دلیل مسائل متعددی از جمله علل فرهنگی، اجتماعی و نژادی در اغلب موارد توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند (۱) که یکی از متغیرهای روان شناختی که بر این توجه به بدن تاثیرگذار است پراشتهایی عصبی می باشد (۲). پیامدهای آسیب زای اقتصادی و اجتماعی ناشی از اختلال بی اشتها عصبی<sup>۱</sup> و اختلالات و مسائل همراه با آن، قابل توجه بوده و مشکلات زیادی را برای فرد مبتلا و خانواده ی وی به همراه دارد (۳). پراشتهایی عصبی، به خوردن غذا در دوره زمانی معین به مقداری که قطعاً بیش از آن باشد که اغلب افراد در شرایط مشابه می خورند، اطلاق می شود (۴) اختلال بی اشتها عصبی، اختلالی است که در جمعیت دختران و زنان، اختلال شایعی محسوب می گردد، به طوری که این اختلال در ۵ / ۰ تا ۱ درصد دختران نوجوان، مشاهده می گردد و شیوع آن ۱۰ تا ۲۰ برابر در دخترها بیشتر از پسرها است (۵) پرخوری عصبی معمولاً در تنهایی یا تا جایی که ممکن است به طور پنهانی و به سرعت، انجام می شود. اکثر بیماران وزن طبیعی دارند، هر چند ممکن است بعضی از آنها لاغر یا چاق تر از حد طبیعی باشند. این بیماران نگران ظاهر و شکل خود بوده و در مورد اینکه در نظر دیگران چگونه جلوه می کنند و نیز در مورد جذابیت جنسی خود می اندیشند (۶) این افراد عمدتاً دارای افسردگی، استرس و اضطراب بوده و خطر خودکشی<sup>۲</sup> و خودجراحی<sup>۳</sup> در این گونه افراد به دلیل زشت شدن اندام و اختلال در خودپنداره بدنی<sup>۴</sup> از خود افزایش می یابد (۷) افراد مبتلا به اختلال غذا خوردن، معمولاً کنترل غذا خوردن خود را از دست می دهند و سپس با روشی ناسالم سعی در دفع غذاها دارند (۸) عادات و رفتارهای تغذیه می تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم بر حالات روانشناختی افراد، موثر باشد. اختلالات خوردن در دهه های اخیر بویژه در جمعیت دختران نوجوان، شیوع بیشتری پیدا کرده است (۹). همچنین کاهش پراشتهایی عصبی منجر به بهبود رضایت از زندگی، کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان می گردد (۱۰) که منجر به پدید آمدن اختلاف بین ادراک از تصویر واقعی بدن و بدن ایده می گردد هم چنین اختلاف بین ادراک از تصویر واقعی بدن و بدن ایده آل باعث ایجاد نارضایتی از بدن می شود که منجر به کاهش سلامت جسمی و سلامت روانی فرد می گردد، به عنوان مثال عزت نفس پایین می آید و دچار اختلالات خوردن و رفتارهای جبرانی مانند رژیم گرفتن بیمارگون، ورزش شدید و استفاده از ملین ها و استفاده از استروئیدها، اعمال جراحی زیبایی و آرایش های شدید برای تغییر تصویر جسم می شود (۱۱)

شکارتی و رعیت دوست (۹) در پژوهشی تحت عنوان درآمدی بر اختلال بی اشتها عصبی: علائم، آسیب شناسی و درمان به این نتیجه دست یافته است که این اختلال با نشانه هایی همچون خودداری از حفظ وزن در حد طبیعی و متناسب با قد و دوره ی تحولی، هراس شدید از اضافه وزن و چاقی حتی هنگامی که وزن در حد طبیعی

<sup>۳</sup> . self-harm

<sup>۴</sup> . body image

<sup>۱</sup> . anorexia nervosa disorder

<sup>۲</sup> . suicide

مورد اختلالاتی مثل افسردگی و افکار خودکشی (۱۶)، وسواس (۱۷) و اضطراب (۱۸، ۱۹)، نشان داده شده است. علاوه بر این، از بین رویکردهای روان‌درمانی مختلف، به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری با ویژگی‌های مراجعان سطوح بالای تحول روانی معنوی هماهنگی بیشتری داشته و از اثربخشی مناسبی برای این افراد برخوردار باشد. در این درمان بر پیوستگی افکار، احساسات و رفتار تأکید می‌شود و اعتقاد بر این است که افراد با بازسازی افکار می‌توانند با فشارهای روانی مقابله کنند. نتایج تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری پرداخته‌اند، نشان می‌دهد که این رویکرد بر مدیریت اضطراب، افسردگی و افزایش رضایت از سطح زندگی (۲۰)، بهبود علائم خلقی و اضطرابی، افزایش تحمل و بهبود کیفیت زندگی بیماران (۲۱)، بهبود ارتباط با اطرافیان، کاهش افسردگی (۲۲)، موثر است. این پژوهش در پی آزمون این فرضیات است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش پراشتهایی عصبی دختران اثربخش است؛ درمان شناختی رفتاری، بر کاهش پراشتهایی عصبی دختران اثربخش است؛

#### مواد و روش‌ها

در این پژوهش به منظور مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری از روش شبه آزمایشی استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل دختران دچار پراشتهایی عصبی واقع در منطقه ۲۲ شهر تهران می‌باشند که پراشتهایی عصبی آنها طی پیش‌آزمون صورت گرفته تأیید شده است. حجم نمونه آماری این بخش از پژوهش با توجه به ماهیت روش مطالعه ۳۰ نفر بوده که بنابراین ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. با توجه به ۳ گروهی بودن نمونه‌ها در پژوهش حاضر (دو پروتکل درمانی و یک گروه کنترلی)، برای هر گروه ۱۰ نفر تعیین شد. در این پژوهش نمونه‌گیری به شیوه در دسترس، انتخاب شده و آزمودنی‌ها بصورت تصادفی در گروه‌ها جایگزین شدند. پس از انتخاب گروه نمونه، افراد هرگروه بطور تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و درمان شناختی رفتاری و یک گروه کنترل قرار گرفتند. به این ترتیب سه گروه آزمایشی تنظیم شد. هر درمان شامل ۱۰ جلسه یک ساعته بود که به صورت فردی و هفته‌ای یک بار اجرا شد. در این پژوهش، سه جلسه غیبت به عنوان ملاک ریزش و به معنای انصراف از درمان است. شرایط ورود و خروج نمونه نیز به این ترتیب می‌باشد که افرادی در گروه نمونه قرار می‌گیرند که نمره پراشتهایی عصبی آنها در تست EDDS، بالاتر از متوسط باشد؛ اختلال شخصیت شدید نداشته؛ درمان‌های روانشناختی دیگری دریافت نکرده باشند و برای شرکت در پژوهش رضایت داشته باشند. نمرات پراشتهایی عصبی دختران قبل از درمان و در موقعیت مداخله، بدست آمده و بصورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یکدیگر مقایسه شد. ابزار پژوهش:

در این پژوهش از پرسشنامه تشخیصی اختلالات خوردن (EDDS) استفاده شده است. مقیاس تشخیص اختلال خوردن،

است یا از حد طبیعی بسیار پایین تر است و اختلال در ادراک خودپنداره بدنی خود، مبنی بر چاق برداشت کردن خودپنداره بدنی، هنگامی که واقعا اضافه وزن یا چاقی وجود ندارد، مشخص می‌گردد. اسمری و همکاران (۱۲) در پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی درمان هیجان محور بر اضطراب، افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در اختلال پرخوری به این نتیجه دست یافته است که درمان هیجان محور بر اضطراب، افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در اختلال پرخوری اثربخش بوده است. صفرزاده و محمودی در پژوهشی تحت عنوان بررسی اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ ساله شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۳ به این نتیجه دست یافته است که اختلال خوردن در دانش‌آموزان دختر شیوع بیشتری دارد که ممکن است به دلیل گسترش فرهنگ غرب، الگوهای نامناسب تغذیه‌ای، عوامل نژادی و طبقه اجتماعی که فرد در آن قرار دارد، باشد. محمودیان و همکاران (۱۳) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال خوردن در بیماران ۱۶-۲۳ سال مبتلا به پراشتهای روانی با توجه به پیوند والدینی به این نتیجه دست یافته است که طرحواره درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم اختلال خوردن در بیماران دارای پیوند بیش‌حمایت‌گر نسبت به مراقبت کم در مولفه نارضایتی از بدن دارای اثربخشی و ماندگاری بیشتری بوده است. عباسی و همکاران (۱۴) در پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر مبتلا به پراشتهایی عصبی به این نتیجه دست یافته است که پذیرش و تعهد درمانی از طریق راهبردهای درمانی خود، موجب کاهش پرخوری عصبی و بهبود تصویر بدنی در افراد تحت درمان می‌شود. بنابراین از آنجایی که پرخوری عصبی دارای پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی متعدد بسیاری است که ذکر گردید لازم است درمانی برای دختران دچار پراشتهایی عصبی انتخاب شود که بتواند منجر به کاهش پراشتهایی عصبی و در نتیجه کاهش اختلالات روان‌شناختی در آنها شود. بنابراین در پژوهش حاضر قرار است بدین سؤال پاسخ داده شود که درمان شناختی رفتاری (Cbt) با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Act) بر کاهش پراشتهایی عصبی در دختران دارای پراشتهایی عصبی اثربخشی دارد یا خیر؟

از بین رویکردهای روان‌درمانی مختلف، که محتوای معنوی نداشته باشند، به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ویژگی‌های مراجعان سطوح پایین تحول روانی معنوی هماهنگی بیشتری داشته و از اثربخشی مناسبی برای این افراد برخوردار باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل ترکیبی از استعاره، مهارت‌های توجه آگاهی، طیف گسترده‌ای از تمرین‌های تجربی و مداخلات رفتاری هدایت شده است که با توجه به ارزش‌های مراجع توسط درمانگر به کار برده می‌شود. هدف این شیوه درمانی کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمند تر و رضایت بخش تر، از طریق افزایش پذیرش و انعطاف‌پذیری روانشناختی است (۱۵). شواهد تجربی در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات روانی مختلف رو به افزایش است. برای مثال کارایی این روش در



جدول ۱. محتوای درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طول جلسات درمانی

| جلسات | محتوای درمان شناختی- رفتاری  | محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد   |
|-------|--|--|
| اول   | آشنایی با ساختار جلسات؛ معرفی منطق زیربنایی شناخت- درمانگری؛ و مرور قواعد اساسی.                 | آشنایی با ساختار جلسات؛ معرفی منطق زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ و مرور قواعد اساسی. |
| دوم   | معرفی مفاهیم اصلی شناخت- درمانگری نظیر رویدادهای فعال کننده، باورها، خطاهای منطقی و...           | بررسی باورهای رایج در مورد خشم. ارزیابی هزینه های خشم خود.                                   |
| سوم   | مرور جدول سه ستونی و شناخت دقیق تر خطاهای منطقی به همراه نمونه هایی از هر کدام.                  | کشف ریشه های کشمکش فرد با خشم و پایان دادن به آن، با ترسیم فرآیند خشم.                       |
| چهارم | مرور خطاهای منطقی مراجع در جدول سه ستونی و آشنایی با منطق متناسب.                                | آشنایی با دو موقعیتی که کنترل خشم اثری ندارد: کنترل دیگران و کنترل احساسات دردناک خود.       |
| پنجم  | مرور نحوه استفاده از منطق متناسب در مورد افکار غیرمنطقی در لحظه؛ و آشنایی با مخالف ورز.          | یادگیری کنترل خود بجای کنترل دیگران، و کمتر جدی گرفتن ذهن بجای کنترل احساسات.                |
| ششم   | مرور نحوه استفاده از مخالف ورزها و آشنایی با مدل عمومی اختلالات هیجانی و رفتاری.                 | یادگیری پذیرش فعال، اهمیت پذیرش خشم و احساسات نهفته در آن، پذیرش خود و آسیب- پذیری ها.       |
| هفتم  | آشنایی با ماهیت و محتوای روان بنه های منفی؛ و شناسایی روان بنه ها با استفاده از روش پیکان عمودی. | فراگیری چگونگی پذیرش آنچه تجربه می شود، با مهارت پذیرش آگاهانه.                              |
| هشتم  | تثبیت یادگیری پیکان عمودی؛ و معرفی برخی قواعد مفید در انجام تحلیل پیکان عمودی.                   | شناسایی ارزش ها و کشف مسائلی که برای فرد مهم است.  |
| نهم   | معرفی تحلیل هموردی، تحلیل جستجوگرانه و تحلیل علمی به همراه نمونه ای از هر کدام.                  | رویارویی با رنجش از طریق بخشش.   |
| دهم   | مرور همه باورها؛ رفع مشکلات احتمالی؛ و خاتمه درمان.  | کاربرد عملی ارزش ها و برنامه ریزی برای آنها.   |

## یافته ها

| شاخص           | متغیر     | تعداد | حداکثر | حداقل | میانگین | انحراف معیار |
|----------------|-----------|-------|--------|-------|---------|--------------|
| پراشتهایی عصبی | پیش آزمون | ۱۰    | ۲۰     | ۱۹    | ۱۹,۷۰   | ۲/۷۷         |
|                | پس آزمون  | ۱۰    | ۲۱     | ۲۰    | ۲۰,۶۰   | ۲/۶۸         |

مشاهده است در شاخص تفاوت بین نمرات در مراحل پیش آزمون و پس آزمون جزیی می باشد.

اطلاعات مندرج در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد شاخص پراشتهایی عصبی برای دختران در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای گروه کنترل نشان داده شده است. همان طوری که قابل

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی برای گروه آزمایش در دو مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون برای درمان شناختی رفتاری

| شاخص           | متغیر     | تعداد | حداکثر | حداقل | میانگین | انحراف معیار |
|----------------|-----------|-------|--------|-------|---------|--------------|
| پراشتهایی عصبی | پیش‌آزمون | ۱۰    | ۲۶     | ۲۰    | ۲۴,۵۰   | ۲/۴۵         |
|                | پس‌آزمون  | ۱۰    | ۲۵     | ۱۹    | ۲۱,۴۰   | ۲/۵۹         |

اطلاعات مندرج در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد شاخص پراشتهایی عصبی برای دختران در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایش نشان داده شده است. همان طوری که قابل مشاهده است در شاخص تفاوت بین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیاد می‌باشد.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی برای گروه کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| شاخص           | متغیر     | تعداد | حداکثر | حداقل | میانگین | انحراف معیار |
|----------------|-----------|-------|--------|-------|---------|--------------|
| پراشتهایی عصبی | پیش‌آزمون | ۱۰    | ۲۵     | ۱۸    | ۲۳,۹۰   | ۲/۲۶         |
|                | پس‌آزمون  | ۱۰    | ۲۴     | ۱۹    | ۲۳,۵۰   | ۲/۳۱         |

اطلاعات مندرج در جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استاندارد شاخص پراشتهایی عصبی برای دختران در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه کنترل نشان داده شده است. همان طوری که قابل مشاهده است در شاخص تفاوت بین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون جزیی می‌باشد.

جدول ۵. شاخص‌های توصیفی برای گروه آزمایش در دو مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| شاخص           | متغیر     | تعداد | حداکثر | حداقل | میانگین | انحراف معیار |
|----------------|-----------|-------|--------|-------|---------|--------------|
| پراشتهایی عصبی | پیش‌آزمون | ۱۰    | ۲۸     | ۱۹    | ۲۳,۸۰   | ۲/۶۹         |
|                | پس‌آزمون  | ۱۰    | ۲۶     | ۲۰    | ۲۰,۱۲   | ۲/۷۷         |

اطلاعات مندرج در جدول شماره ۴ میانگین و انحراف استاندارد شاخص پراشتهایی عصبی برای دختران در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایش نشان داده شده است. همان طوری که قابل مشاهده است در شاخص تفاوت بین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیاد می‌باشد.

۶. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

| سطح معناداری | p     | حداکثر اختلافات    |       |                | متغیرها |
|--------------|-------|--------------------|-------|----------------|---------|
|              |       | کولموگروف-اسمیرنوف | منفی  | مثبت           |         |
| ۰/۱۴۲        | ۰/۲۲۶ | ۰/۲۲۶              | ۰/۲۲۶ | پراشتهایی عصبی |         |

جدول ۵ اطلاعات حاصل از اجرای آزمون کالموگروف-اسمیرنوف را نشان داده است که سطح معنی‌داری گزارش شده برای نرمال بودن نمرات پراشتهایی عصبی، در سطح معناداری ۰/۱۴۲ یا آماره بزرگتر از ۰/۰۵ بوده که نشان دهنده ی نرمال بودن توزیع نمرات در این متغیر است.

جدول ۷. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنکوا) برای پراشتهایی عصبی در دختران طی درمان شناختی رفتاری

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | سطح معنادار |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|-------------|
| بین گروهی    | ۴۰۰۰          | ۱          | ۳۵۰۰            | ۲۲۳/۵۵ | ۰/۰۰۰       |
| درون گروهی   | ۵۴۳/۴۰۰       | ۲۸         | ۱۳/۴۵۹          |        |             |
| کل           | ۴۵۴۳/۴۰۰      | ۲۹         |                 |        |             |

با توجه به نتایج جدول ۶ مداخله شناختی رفتاری در سطح  $(P < 0.01)$  در پراشتهایی عصبی دختران در مرحله پس‌آزمون اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد شده و فرضیه تحقیق تایید می‌گردد. یعنی، نتیجه گرفته می‌شود در این

پژوهش، مداخله شناختی رفتاری توانسته است پراشتهایی عصبی دختران را بهبود بخشد. بنابراین مداخله شناختی رفتاری بر پراشتهایی عصبی دختران اثربخش بوده است.

جدول ۷: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنکوا) برای پراشتهایی عصبی در دختران طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معنادار |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|-------------|
| بین گروهی    | ۳۵۰۰          | ۱          | ۳۵۰۰            | ۲۴۰/۶۰ | ۰/۰۰۰       |
| درون گروهی   | ۵۶۸/۵۰۰       | ۲۸         | ۱۳/۶۹۰          |        |             |
| کل           | ۴۰۶۸/۵۰۰      | ۲۹         |                 |        |             |

های ابراز خشونت قرار گرفته و بر احساسات خود کنترل بیشتری خواهند داشت و پذیرش فعال را یاد می‌گیرند و مهارت پذیرش آگاهانه را نیز فرا می‌گیرند و با ارزش‌ها و مسائلی که برای وی و سلامت وی مهم است آشنا می‌شوند و به جای رنجش بخشش فرد مقابل را در نظر می‌گیرند در نتیجه کمتر دچار اختلالات عصبی شده و کمتر دچار پرخوری عصبی می‌گردند.

همچنین مبتنی بر یافته‌های پژوهش حاضر مشخص گردید درمان شناختی رفتاری بر پراشتهایی عصبی دختران منطقه ۲۲ شهر تهران اثربخش بوده است. محمودیان و همکاران در پژوهش خود تحت عنوان مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال خوردن در بیماران ۱۶-۲۳ سال مبتلا به پراشتهای روانی با توجه به پیوند والدینی به این نتیجه دست یافته است که درمان شناختی رفتاری بر پراشتهایی عصبی مشارکت‌کنندگان اثربخش بوده است که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. عصاره و همکاران در پژوهشی تحت عنوان گزارش یک مورد پرخوری عصبی به این نتیجه دست یافته است که درمان شناختی رفتاری بر پراشتهایی عصبی مشارکت‌کنندگان اثربخش بوده است که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد.

تبینی که برای این فرضیه می‌توان لحاظ نمود از این قرار است که زمانی که مشارکت‌کننده متوجه خطاهای منطقی خود گردد کمتر افکار غیر منطقی دارد و تصمیمات غیر منطقی کمتری خواهد گرفت و با روان‌بنه‌های منفی آشنا می‌گردد و می‌تواند یادگیری پیکان عمودی را در خود تثبیت نماید بنابراین می‌تواند پرخوری عصبی را در خود با قوت بیشتری کنترل نماید همچنین با بیماران دارای پرخوری عصبی به سختی می‌توان ارتباط برقرار کرد و با توجه به اینکه در درمان شناختی-رفتاری رابطه درمانگر و بیمار عنصری خنثی است، مشکلات موجود موانع هستند بنابراین بیماران کمتر راغب به انجام تکالیفند. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری داشته است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد علاوه بر دختران این پژوهش بر روی پسران نیز صورت گرفته و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مورد مقایسه قرار گیرد.

## References

1. Zolqarnain, Maryam, Zare Shahi, Fatemeh, Ali Babaei, Golnaz, Kaab Omir,

با توجه به نتایج جدول ۷ مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد در سطح  $(F=240/60, P < 0/01)$  در پراشتهایی عصبی دختران در مرحله پس آزمون اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد شده و فرضیه تحقیق تأیید می‌گردد. یعنی، نتیجه گرفته می‌شود در این پژوهش، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است پراشتهایی عصبی دختران را بهبود بخشد. بنابراین مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پراشتهایی عصبی دختران اثربخش بوده است.

همچنین از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری، کاهش بیشتری در پس آزمون پراشتهایی عصبی داشته است (درمان مبتنی بر پذیرش تعهد میانگین کلی پراشتهایی عصبی را ۳،۶۸ کاهش داده در صورتی که درمان شناختی رفتاری ۳،۱۰ واحد کاهش داده است) بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری برای دختران اثربخش تر بوده است.

## نتیجه گیری

مبتنی بر یافته‌های پژوهش حاضر مشخص گردید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پراشتهایی عصبی دختران منطقه ۲۲ شهر تهران اثربخش بوده است. عباسی و همکاران در پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی دانش آموزان دختر مبتلا به پراشتهایی عصبی به این نتیجه دست یافته است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پراشتهایی عصبی مشارکت‌کنندگان اثربخش بوده است که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. بلورساز (۲۳) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های پرخوری، افسردگی و تن‌انگاره در مبتلایان به پرخوری عصبی به این نتیجه دست یافته است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پراشتهایی عصبی مشارکت‌کنندگان اثربخش بوده است که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. اشرفی و همکاران (۲۴) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخوری عصبی زنان دارای اضافه وزن به این نتیجه دست یافته است که یک دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر پرخوری عصبی در زنان دارای اضافه وزن اثربخش بود که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد.

تبینی که برای این فرضیه می‌توان ارائه داد از این قرار است که زمانی که دختران باورهای رایج پیرامون کنترل خشم داشته باشند و ریشه‌های کشمکش‌ها و خشم‌های خود را بیابند کمتر در موقعیت

on Religious and Islamic Research, Law, Educational Sciences and Psychology

10. Johnco, C., Wuthrich, V.M., Rapee, R.M. (2016). "The Influence of Cognitive Flexibility on Treatment Outcome and Cognitive Restructuring Skill Acquisition During Cognitive Behavioral Treatment for Anxiety and Depression in Older Adults: Results of a Pilot Study". *Behavior Research and Therapy*, 57: 55-64.

11. Foster, B. A., Weinstein, K., Mojica, C. M., & Davis, M. M. (2019). Parental Mental Health Associated with Child Overweight and Obesity, examined within Rural and Urban Settings, Stratified by Income. *J. Rural Health*, 1–11

12. Asmari, Youssef, Khanjani, Sajjad, Mousavi, Ismail (1400) The effectiveness of emotion-oriented therapy on anxiety, depression and difficulty in regulating emotions in binge eating disorder, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Volume 27, Number 1

13. Mahmoudian, Tahira, Amiri, Sholah, Neshat Dost, Hamid, Manshai, Gholamreza (2016) Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on eating disorder symptoms in 16-23-year-old patients with bulimia nervosa according to parental bonding, publication: *Contemporary Psychology*, Volume 12, Number One

14. Abbasi, Muslim, Parzour, Parviz, Moaddi, Kazem (2014) The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving the body image of female students with bulimia nervosa, *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, Volume 15, Number 1

15. pournomo, Patricia, Beckmann, Nina, Herpertz, Stephan, Trojan, Jörg, Diers, Martin, (2022), Influencing the body schema through the feeling of satiety, *Scientific Reports* volume 12

16. Qudsi, Ali Mohammad, Bilali, Ismail, Samadi, Zahra (2016) Study of some social

Leila, (1400), investigation of psychological and social factors of anorexia and bulimia nervosa disorders in teenage girls and their treatment methods; Based on a structured review, the first international conference on counseling

2. Jafarzadeh Dashblag, Hassan, (2016), the relationship between physical self-concept and cognitive distortions with anorexia and bulimia nervosa in patients with depression, *Bimonthly Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*

3. Raimo, S. et al. (2021) The body across adulthood: On the relationship between interoception and body representations. *Front. Neurosci.* 15, 586684

4. Todd, J., Aspell, J. E., Barron, D. & Swami, V. (2019) Multiple dimensions of interoceptive awareness are associated with facets of body image in British adults. *Body Image* 29, 6–16

5. Saxton, T. K., McCarty, K., Caizley, J., McCarrick, D. & Pollet, T. V. (2020) Hungry people prefer larger bodies and objects: The importance of testing boundary effects. *Bro. J. Psychol. Lond. English* 1953(111), 492–507

6. Esposito, R., Cieri, F., di Giannantonio, M. & Tartaro, A. (2018) The role of body image and self-perception in anorexia nervosa: The neuroimaging perspective. *J. Neuropsychol.* 12, 41–52

7. Beckmann, N., Baumann, P., Herpertz, S., Trojan, J. & Diers, M. (2020) How the unconscious mind controls body movements: Body schema distortion in anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disorder.* <https://doi.org/10.1002/eat.23451>

8. Rubo, M. & Gamer, M. (2019) Visuo-tactile congruency influences the body schema during full body ownership illusion. *Conscious. Cogn.* 73, 102758

9. Shekari, Pari Naz, Rait Dost, Farzad, (1400), Introduction to Anorexia Nervosa Disorder: Symptoms, Pathology and Treatment, Sixth International Conference

commitment therapy on bulimia nervosa in overweight women, Behavioral Science Research, Volume 18, Number Two

- factors related to anorexia nervosa in high school female students of Hamedan city, Women in Development and Politics (Women's Research) magazine, number 2
17. Bongyoga JE, Risnawaty WC, (2021) Binge eating disorder and medical comorbidities in bariatric surgery candidates. International Journal of Eating Disorders; 48(5):471-6. [DOI:10.1002/eat.22389]
18. Alavizadeh, Frank, Shakarian, Ata (2016) Treatment based on acceptance and commitment to reduce the symptoms of stress, anxiety and depression in women with extramarital relationship experience (emotional, sexual), Psychiatric Journal, Volume 4, Number 4
19. Yang, S. J., Thomas, N. A. & Nicholls, M. E. R. (2017) Fat or fiction? Effects of body size, eating pathology, and sex on the body schema of an undergraduate population. Body Image 23, 135–145
20. Zhang C, Xue Y, Zhao H, Zheng X, Zhu R, Du Y, Zheng J, Yang T. (2019) Prevalence and related influencing factors of depressive symptoms among empty-nest elderly in Shanxi, China. J Affect Disor
21. Zhang, H, (2019), The impact of stress on body function: A review, National Library of Medicine, doi: 10.17179/excli2017-480
22. Weathers, R., Claudia, M., & Irene, C. (2018). Depression, emotion regulation & the demand/withdraw pattern during intimate relationship conflict. Journal of Social and Personal Relationships, 35, 408-430.
23. Belorsaz, Hengameh (2016) The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on symptoms of binge eating, depression and body image in patients with bulimia nervosa, Clinical Psychology, 9th year, 3rd issue
24. Ashrafi, Sahar, Bahrainian, Abdul Majid, Haji Alizadeh, Kabri, Delawar, Ali (2019) The effectiveness of acceptance and