Journal of Behavioral Sciences
Vol. 6, No. 4, Winter 2013
Pages: 377-382

مجله علوم رفتاری
دوره ۶، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۱
صفحات: ۳۸۲-۳۷۷

اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری کوتاه مدت بر اختلال پرخوری

Efficacy of short term cognitive-behavioral therapy on binge eating disorder

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۳/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۱۵

شیدا آذری✉، حمید پورشریفی[۱]
لادن فتی[۲]

Azari Sh. *MSc*✉, Poursharifi H. *PhD*
Fata L. *PhD*

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر با توجه به شیوع روز افزون اختلال پرخوری و پیامدهای ناشی از آن، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری کوتاه مدت بر این اختلال و مشکلات همراه با آن است.

روش: پژوهش حاضر از لحاظ طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه مراجعه کنندگان به مراکز کاهش وزن شهر تهران بودند که طی فراخوان از کلیه افراد مبتلا به اختلال پرخوری مراجعه کننده به این مراکز برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. از بین این افراد ۲۸ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. به‌منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر این پژوهش شامل افسردگی، پرخوری، استرس ادراک شده و عزت‌نفس، به ترتیب از ابزارهای پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس پرخوری، مقیاس استرس ادراک شده کوهن و مقیاس عزت نفس روزنبرگ استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری کوتاه مدت بر افسردگی، عزت نفس و پرخوری تاثیرمعنادار داشت اما این اثر بر استرس ادراک شده معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی- رفتاری کوتاه مدت می‌تواند به عنوان یک درمان مناسب و مقرون به صرفه برای افراد مبتلا به اختلال پرخوری با مشکلات روانشناختی همراه با آن مورد استفاده قرار بگیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، اختلال پرخوری، افسردگی، عزت‌نفس، استرس ادراک شده

Abstract

Introduction: Given the growing outbreak of Binge Eating Disorders (BED) and its consequences, the present study aims at evaluating the efficacy of short term cognitive behavioral therapy (CBT) on the aforementioned disorder.

Method: This is a pretest-posttest study with control group. The statistical population comprised all people who came to Tehran's weight loss clinics. Those suffering from BED were invited to participate in the test. Out of these, 28 patients who met inclusion criteria were randomly selected and assigned to experimental and control groups. In order to measure the variables such as depression, binge eating (BE), perceived stress and self esteem the following tools were used; Beck Depression Inventory, Binge Eating Scale, Cohen Perceived Stress Scale and Rosenberg Self-esteem Scale. Then data were analyzed using ANCOVA and ANOVA.

Results: The findings of the study showed that short-term cognitive-behavioral therapy has a meaningful effect on depression, self-esteem, binge eating, but not on perceived stress.

Discussion: Short-term cognitive-behavioral therapy can be used as an appropriate and economical treatment for people with binge eating disorder and comorbid psychological problems.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Being Eating Disorder, Depression, Self-Esteem, Perceived stress

✉ دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۱- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۲- دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

✉ **Corresponding Author:** Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Tehran, Iran
E-mail: sheidapsy_997@yahoo.com

مقدمه

در سال ۱۹۵۹/*ستانکارد* رفتارهای همراه با چاقی را به دو اختلال نسبتاً ناشناخته به نام اختلال پرخوری (Binge Eating Disorder) و اختلال خوردن شبانه (Night Eating Disorder) تقسیم کرد [۱]. اختلال پرخوری در پیوست DSM-IV-TR، ذکرشده و ملاک‌های تشخیصی در نظر گرفته شده برای آن مورد توجه پژوهش‌های زیادی قرار گرفته‌اند [۲].

این اختلال از جمله اختلال‌های خوردن بوده که با دوره‌های تکرار شونده پرخوری بدون پاکسازی یا سایر رفتارهای جبرانی کاهش وزن که در جوع عصبی (Bulimia) دیده می‌شوند، مشخص می‌شود [۳]. پرخوری مصرف مقدار زیادی غذا در مدت زمان کوتاه (مثلاً کمتر از دو ساعت)، مدتی که فرد به‌طور ذهنی فقدان کنترل را تجربه می‌کند تعریف می‌شود [۴]. اختلال پرخوری یک مشکل سلامت قابل توجه و شایع است [۵، ۷، ۶].

شیوع این اختلال که شایع‌ترین اختلال خوردن و شایع‌ترین مشکل روانپزشکی بین زنان جوان است و مطالعات همه‌گیری‌شناسی خبر از افزایش آن می‌دهند متغیر بوده و بسته به جمعیت مورد مطالعه از کمتر از 2 درصد تا بیشتر از ۳۰ درصد گزارش شده است [۸]. در ایران *نوبخت* و *دژکام* [۹] در مطالعه زمینه‌یابی شیوع ۹ درصد بی اشتهایی عصبی، ۳/۲۳ درصد جوع عصبی و ۶/۶۳ درصد سندرم خفیف اختلال‌های خوردن را بین دانش آموزان دختر دوم دبیرستانی شهر تهران و *ولی‌زاده* و *آریاپوران* [۱۰] شیوع ۱۶/۵ درصد اختلال‌های خوردن، ۱۴/۳ درصد بی‌اشتهایی عصبی و ۳/۳ درصد پراشتهایی عصبی را بین زنان دارای فعالیت ورزشی شهر اهواز گزارش دادند.

افراد مبتلا به این اختلال از چندین مشکل همراه از جمله، محرومیت از غذا، توجه بیش از اندازه به شکل و وزن، تصویر بدنی تحریف شده، توجه بیش از اندازه به خوردن [۱۱]، درماندگی روانی [۱۲]، درماندگی جسمی [۱۳]، نشانه‌های روانپزشکی و اضافه وزن رنج می‌برند [۷]. در شرایط ایده‌آل تمام این مشکلات باید توسط یک درمان موثر مورد توجه قرار بگیرند [۴]. مطالعات با گروه کنترل درمان شناختی- رفتاری را به عنوان موثرترین درمان برای این اختلال نشان داده‌اند [۴، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶]. یافته‌ها بهبود قابل ملاحظه در بیشتر مشکلات همراه به جز چاقی را گزارش می‌کنند [۴]. با توجه به وقت‌گیر و پرهزینه بودن شکل معمول و سنتی درمان شناختی- رفتاری که شامل ۱۵ جلسه ۲ ساعته است، مطالعاتی به‌منظور بررسی اثربخشی شکل کوتاه مدت این درمان بر اختلال پرخوری انجام گرفته است [۱۴و۱۵]. نتایج به دست آمده از این پژوهش‌ها فرضیه یکسان بودن اثربخشی شکل کوتاه مدت و سنتی درمان شناختی رفتاری را تایید می‌کند [۱۴، ۱۵، ۱۷]. با توجه به شیوع قابل توجه این اختلال در کشور ما و فقدان پژوهش‌های کافی در حوزه بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی بر اختلال پرخوری، در این پژوهش قصد بر این است که اثربخشی شکل کوتاه مدت درمان شناختی- رفتاری بر این اختلال و مشکلات همراه با آن مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. نوع مداخله متغیر مستقل و استرس ادراک شده، افسردگی، عزت‌نفس و میزان پرخوری به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری کلیه مراجعه کنندگان به مراکز کاهش وزن شهر تهران بودند که طی فراخوان از کلیه افراد مبتلا به اختلال پرخوری مراجعه کننده به این مراکز برای شرکت در پژوهش دعوت به‌عمل آمد. برای انتخاب آزمودنی‌ها همه افراد دواطلب با ابزارهای مورد نظر مورد ارزیابی قرار گرفتند و در صورت داشتن ملاک‌های ورود به پژوهش بعد از تکمیل فرم رضایت‌نامه وارد طرح شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، کسب نمره لازم در ابزارهای مورد استفاده و داشتن ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال پرخوری. ملاک‌های خروج از نمونه عبارت بودند از: ابتلا به اختلال روانپزشکی همراه شدید که نیاز به درمان فوری داشت، شرکت در روان درمانی دیگر، مصرف دارو برای کاهش وزن و بارداری. در نهایت ۲۸ آزمودنی انتخاب شدند که ۱۴ نفر از آنها به صورت تصادفی در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه کنترل به تصادف جایگزین شدند. یک هفته قبل از اجرای پژوهش پیش آزمون به صورت هم زمان در گروه آزمایش و گروه کنترل اجرا شد. ساختار و محتوای جلسات از کتاب *میچل، دلوین، زوان،کرو* و *پترسون* [۱۸] با ساختار ۸ جلسه‌ای استخراج شد (جدول ۱).

جلسات به صورت هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای در طول ۸ هفته در کلینیک کاهش وزن بیمارستان سینا برگزار شد. گروه کنترل در این پژوهش روش معمول کاهش وزن را دریافت کردند. همه شرکت‌کنندگان ۲ هفته بعد از اتمام جلسات مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جدول ۱- محتوی جلسات درمان

جلسه اول	آموزش درباره اختلال پرخوری، علل و پیامدهای آن	شروع جلسه و معارفه، توضیح برنامه درمانی، تعیین قوانین گروه، آشنایی با اختلال پرخوری، توضیح درباره راه اندازها و نشانه ها، مشخص کردن تکالیف
جلسه دوم	آموزش توالی راه انداز، پاسخ- پیامد، عادت‌های غذایی سالم	مرور جلسه قبل و تکالیف، بحث درباره راه اندازهای احتمالی مراجعین، آموزش عادت‌های غذایی سالم
جلسه سوم	آموزش ارتباط افکار، احساسات، رفتار و خطاهای شناختی	مرور وضعیت شرکت‌کنندگان و تکالیف، آموزش مدل شناختی- رفتاری و طبقه بندی افکار خودآیند منفی
جلسه چهارم	آموزش چالش افکار ناکارآمد	مرور تکالیف، بحث درباره چرخه افکار شرکت‌کنندگان و آموزش خطاهای شناختی
جلسه پنجم	افزایش فعالیت‌های بهبود خلق، مهارت‌های خودکنترلی	مرور تکالیف، توزیع برگه‌های آموزشی کنترل تکانه، بحث درباره فعالیت‌های لذت‌بخش و توزیع برگه‌های فعالیت‌های لذت‌بخش
جلسه ششم	آموزش راهکارهای افزایش عزت‌نفس و حل مسئله	مرورتکالیف، توضیح مفهوم عزت‌نفس و توصیه‌هایی برای افزایش عزت نفس، آموزش مهارت حل مسئله به شکل فرمول‌وار
جلسه هفتم	آموزش مهارت مدیریت استرس	مرور تکالیف، توضیح مفهوم استرس، انواع راهکارهای مقابله‌ای، آموزش آرام‌سازی
جلسه هشتم	جلوگیری از بازگشت	برنامه‌ریزی برای جلوگیری از بازگشت، آموزش مواجهه با موقعیت‌ها و غذاهای پرخطر، آموزش نکاتی برای مواجهه موفق، بررسی پیشرفت شرکت‌کنندگان، تداوم استفاده از مهارت‌های آموزش داده‌شده

برای گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های زیر به کار برده شد:

ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک (Back Depression Inventory): ۲۱ نشانه در این ابزار گنجانده شده است که از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود شدت این نشانه‌ها را روی یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه بندی کنند. نمره‌های ۰ تا ۹ حداقل افسردگی، ۱۰ تا ۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۲۹ متوسط و ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. *فتی* [۱۹] با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی، ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی دو نیمه سازی ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۴ را گزارش کرده است. در پژوهش حاضر از نسخه ترجمه شده *فتی* [۱۹] استفاده شده است و نمره مدنظر کسب نمره بین ۱۷ تا ۳۰ بود.

مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (Rosenberg Self-Esteem Scale): این ابزار یک مقیاس ۱۰ سوالی مبتنی بر خود گزارش‌دهی است. هر گزاره‌ی این مقیاس دارای چهار گزینه است که دامنه‌ی آن از خیلی موافق (نمره ۴) تا کاملاً مخالف (نمره ۰) گسترده است. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت مستقیم و معکوس انجام می‌گیرد.

دامنه نمرات از صفر تا ۳۰ می باشد، کسب نمره پایین‌تر از ۱۵ نشان دهنده عزت‌نفس پایین و بالاتر از آن دامنه نرمال است. نتایج پژوهش *گلدسمیت* [۲۰] ضریب روایی ۰/۸۴ برای این مقیاس نشان داده است که مشابه نتایج پژوهش *برنادت، والری، تیموتی* [۲۱] می‌باشد که ضریب همبستگی باز آزمایی با فاصله زمانی دو هفته، پنج ماه و یک سال به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۶، ۰/۶۲ گزارش داده‌اند.

مقیاس استرس ادراک شده (Perspective Stress Scale): این ابزار توسط *کوهن، کامکارک، مرمل اشتاین* [۲۲] طراحی شده است. مواد این مقیاس نشان می‌دهند پاسخگویان تا چه حد زندگی خود را غیرقابل پیش‌بینی، غیرقابل کنترل و همراه با فشار زیاد درک می‌کنند. میانگین نمرات کسب شده در این مقیاس برای زنان ۱۳/۷ و مردان ۱۲/۱ محاسبه شده است که کسب ۶ نمره بالاتر از این میانگین نشان دهنده استرس متوسط تا شدید، ۱۲ نمره بالاتر استرس بسیار شدید و تهدیدکننده سلامت و ۶ نمره زیر میانگین عدم وجود استرس می‌باشد. نسخه اصلی این مقیاس دارای ۱۴ ماده است اما نسخه‌های ۱۰ ماده‌ای و ۴ ماده‌ای این مقیاس نیز تهیه و اعتباریابی شده است. ضریب همسانی درونی نسخه ۱۴ سوالی ۰/۷۵ است. فرم ۱۰ ماده‌ای این مقیاس نیز ضریب همسانی درونی بالایی دارد (۰/۷۸) و امکان ارزیابی استرس ادراک شده را بدون از دست دادن کیفیت روانسنجی نسخه ۱۴ ماده‌ای فراهم می‌کند. فرم ایرانی این مقیاس توسط *زرانی* و همکاران [۲۳] روی ۶۰ بیمار قلبی- عروقی اجرا گردید و ضریب همسانی درونی ۰/۸۳ محاسبه شد.

مقیاس شدت پرخوری (Binge Eating Scale): توسط *گورمالی، بلک ، داستون، رادین* [۲۴] برای سنجش شدت پرخوری طراحی شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴ و بعد از درمان۰/۹۲ محاسبه شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم ۴ گزینه‌ای و ۲ آیتم ۳ گزینه‌ای بوده که دامنه آن از خیلی موافق (نمره ۴) تا کاملاً مخالف (نمره صفر) گسترده است. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۴۶ است که کسب نمره ۱۶ وجود اختلال پرخوری و کسب نمره بالاتر از آن شدت بیشتر پرخوری را نشان می‌دهد. فرم ایرانی این مقیاس توسط *مولودی* و همکاران [۲۵] روی ۶۰ آزمودنی اجرا شد که حساسیت آن ۸۵ درصد و اعتبار

آزمون- بازآزمون ۰/۷۲ محاسبه شد.
تحلیل داده‌ها بر اساس نمرات پیش آزمون و پس آزمون در مورد متغیرهای پژوهش انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) و تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها

بین دوگروه از نظر متغیر جمعیت‌شناختی سن تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. میانگین سن گروه آزمایش ۳۵/۷۵، انحراف معیار ۹/۹۳ و حداقل حداکثر سن ۱۹ تا ۴۹ سال بود. در گروه کنترل میانگین سن ۳۴/۵، انحراف معیار ۹/۲۴ و حداقل و حداکثر سن ۱۷ تا ۴۸ سال بود که براساس نتایج آزمون این تفاوت معنادارنبود. شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش آزمون شرکت‌کنندگان در متغیرهای وابسته در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش آزمون شرکت‌کنندگان در متغیرهای وابسته

متغیرها	کنترل	آزمایش
افسردگی	۲۸/۱۴ (۱۰/۰۹)	۲۶/۴۳ (۸/۸۱)
عزت نفس	۱۴/۴۲ (۲/۸۷)	۱۵/۶۲ (۵/۳۲)
استرس ادراک شدهق	۲۳/۸۵ (۴/۴۳)	۲۳/۸۷ (۳/۳۶)
میزان پرخوری	۲۴/۸۵ (۷/۹۶)	۲۵ (۸/۶۲)

با استفاده از آزمون لوین مشخص شد که واریانس گروه آزمایش و کنترل در سطح ۵ درصد در تمامی متغیرهای این پژوهش، معنادار نبود. لذا استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مشکلی نداشت. هدف اول این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر متغیرهای افسردگی و عزت‌نفس بود. نتایج نشان داد که اثر مداخله انجام شده روی گروه آزمایش، در مورد هر دو متغیر افسردگی ($\rho<۰/۰۰۱$ و $F=۳۴/۲۷$) و عزت‌نفس ($\rho<۰/۰۰۳$ و $F=۱۰/۴۹$) از لحاظ آماری معنادار بود. دومین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر متغیر پرخوری بود. نتایج نشان داد که اثر مداخله بر این متغیر نیز معنادار بود ($\rho<۰/۰۰۱$ و $F=۳۳/۸۷۶$). سومین هدف پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر متغیر استرس ادراک‌شده بود. نتایج نشان داد که اثر مداخله بر این متغیر معنادار نیست ($\rho<۰/۲۶$ و $F=۱/۲۹۵$).
همان‌طور که اشاره شد مقایسه نتایج پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنادار برای متغیرهای وابسته میزان پرخوری، عزت‌نفس و افسردگی نشان داد. خلاصه نتایج در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

بحث

این مطالعه اثربخشی شکل کوتاه مدت درمان شناختی-رفتاری بر اختلال پرخوری را در مقایسه با گروه کنترل مورد مطالعه و بررسی قرار داد. یافته‌های به‌دست آمده اثربخشی شکل کوتاه مدت این درمان را بر نشانه‌های پایه و اصلی اختلال پرخوری و مشکلات روانشناختی همراه با آن نشان داد. نتایج این مطالعه با پژوهش *اسچلوپ* و همکاران [۱۵] که اثربخشی شکل کوتاه مدت درمان شناختی- رفتاری را با پیگیری ۱۲ ماهه نشان دادند، یکسان بود که این موضوع می‌تواند تایید خوبی برای اثربخشی شکل کوتاه مدت درمان شناختی- رفتاری در جامعه ایرانی باشد. با توجه به نظریه‌های شناختی افسردگی و عزت‌نفس به نظر می‌رسد درمان از طریق آموزش خطاهای شناختی، افزایش تقویت اجتماعی، آموزش ارتباط بین افکار، عواطف و رفتار و افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش به بهبود افسردگی و عزت‌نفس منجر گردیده است. براساس نظریه شناختی پرخوری به نظر می‌رسد درمان از طریق اصلاح الگوهای خوردن، آموزش عادت‌های صحیح به بهبود پرخوری منجر گردیده است.
با اینکه مطالعات مختلف از بهبود دوره‌های پرخوری در ۵۰ تا ۶۰ درصد از شرکت‌کنندگان خبر می‌دهند [۴ و ۲۶] در این مطالعه تمامی شرکت‌کنندگان از دوره‌های پرخوری بهبود یافتند که علل این تفاوت می‌تواند ناشی از روش‌های مختلف اندازه‌گیری میزان پرخوری (خودگزارش‌دهی یا مصاحبه) [۲۷] و استفاده از روش‌های آماری متفاوت [۲۸] و پاسخ‌گویی متفاوت به درمان در جامعه ایرانی نسبت به سایر جوامعی که گزارش‌ها تا به حال از آنها نشات گرفته است، باشد. نگرانی درباره میزان شیوع پرخوری از شواهدی برمی‌خیزد که نشان می‌دهد پرخوری عوارض زیادی به‌دنبال داشته و بین اختلال‌های روانپزشکی بالاترین میزان هم‌آیندی را دارد. حداقل ۶۹ درصد از افراد مبتلا به این اختلال یک اختلال روانپزشکی دیگر و ۳۲ درصد حداقل یک اختلال شخصیت همراه دارند [۲۹]. این اختلال با پذیرش و پاسخ‌دهی کمتر به درمان همراه است و دوره‌های پرخوری به عنوان یک عامل برای کناره‌گیری از برنامه‌های

کاهش وزن در نظر گرفته مـی‌شـوند [۳۰، ۳۱]. مطالعـات پیگیری یک ساله تفاوت قابل ملاحظه‌ای را بین افراد چـاق مبتلا به اختلال پرخوری با افراد چاق بدون این اختلال نشان دادند. افراد مبتلا به اختلال پرخوری بهبـود یافتـه و افـراد بدون این اختلال نسبت به افراد مبتلا به این اختلال کـاهش وزن بیشتر و پاسخ به درمان بهتری را نشان دادند [۳۲، ۳۳]. به همین دلیل درمان این اختلال قبل از آغـاز برنامـه‌هـای کاهش وزن توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجـه گرفـت کـه درمان شناختی- رفتاری کوتاه مدت روش درمانی مناسب و مقرون به صرفه برا ی اختلال پرخوری و مشکلات همـراه با آن در کشور ما محسوب می‌شود.

این مطالعه تنها بـر روی آزمـودنی‌هـای زن انجـام شـد و بنـابراین تعمـیم اطلاعـات حاصـل از ایـن مطالعـه بـر آزمودنی‌های مرد باید با احتیاط انجام شود. حجم نمونـه در این مطالعه کوچک بود و بهتر است مطالعه مشابه بـا حجـم نمونه بزرگتر انجام شود. انجام مطالعه‌ای مشابه بـا جلسـات پی‌گیری چند ماهه به منظور بررسی طـول اثـرات درمـان پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی: برخود لازم می‌دانیم از همه عزیزانی که در این تحقیق مشارکت داشته‌اند تشکر و قدردانی نماییم.

منابع

1- Stunkard AJ, Allison KC. Binge eating disorder: disorder or marker? Int J Eat Disord. 2003 ;34(S1), S107-16.

2- Marcus MD, Moulton M, Greeno CG. Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder. Addict Behav.1995; 20(6) :747-55.

3- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4thed) (DSM-IV-TR). Washington, DC; 2000.

4- Grilo CM, Masheb RM, Wilson TG. Rapid response to treatment for binge eating disorder. J Couns Clin Psychol. 2006; 74(3): 602–13.

5- Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study.Int J Eat Disord.1993; 13(2): 137–53.

6- Johnson JG, Spitzer RL, Williams JB. Health problems, impairment and illness associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. Psychol Med. 2001; 31(8):1455–66.

7- Wilfley DE, Wilson GT, Agras WS. The clinical significance of binge eating disorder. Int J Eat Dis. 2003; 34(SI):96 –106.

8- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. Biol Psychiatr. 2007; 61(3): 348–58.

9- Nobakht M, Dezhkam M. An epiodemiological study of eating disorders in Iran. Int J Eat Disord. 2000; 28(3): 265-78.

10- Valizade A, Ariapooran S. Prevalence of Eating Disorders and their Role in Psychological Signs among Women with Sport Activities. J Guilan Uni Med Sci. 2011;79: 15-23. [Persian]

11- Goldfein JA, Devlin MJ, Spitzer RL. Cognitive behavioral therapy for the treatment of binge eating disorder: What constitutes success?Am J Psychiatr. 2000; 157(7): 1051–56.

12- Wilson GT, Fairburn CG. The treatment of binge eating disorder. Eur Eat Disord Rev. 2000; 8(5): 351–4.

13- Carter JC, Fairburn CG. Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. J Couns Clin Psychol. 1998; 66(4):616–23.

14- Fairburn CG. Eating disorders: The trans diagnostic view and the cognitive behavioral theory. In C. G. Fairburn (Ed.), Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: The Guilford Press; 2008.

15- Zwaan MD. Binge eating disorder and obesity. Int J Obes Relat Metab Disord. 2001; 25(Suppl 1):51–5.

16- Schlup B, Munsch S, Meyer AH, Margraf J, Wilhelm FH. The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. Behav Res Ther. 2009; 47(7): 628–35.

17- Munsch S, Biedert E, Meyer A, Michael T, Schlup B, Tuch A, et al. A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. Int J Eat Disord. 2007; 40(2): 102–13.

18- Mitchell JE, Devlin MJ, Zwaan M, Crow SJ, Peterson CB. Binge Eating Disorder. Clinical Foundations and Treatment. London: Guilforf Press; 2008.

19- Yazdandoost, R. The effect of rational emotive therapy on dysfunctional thoughts and irrational beliefs in depression[Dissertation]. Poona University; 1988.

20- Goldsmith RE. Dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale. J Soc Behav Pers. 1986; 1(2): 253-64.

21- Bernadette GL, Valerie WSL, Timothy HD. An item response theory analysis of the Rosenberg self-esteem scale. Pers Soc Psychol Bull. 1997; 23(5): 443-51.

22- Cohen S, Kamark T, Mermelestein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983; 24(4): 358-96.

23- Zarani F, Zamani R, Besharat MA, Rahiminejad A, Saddeghian S. Effectiveness of the information-motivation-behavioral skills model in the adherence rate of coronary artery bypass grafting patients. Psychol Res. 2010; 12(3-4(24)): 24-43. [Persian]

24- Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. Addict Behav. 1982; 7(1): 47–55

25- Dezhkam M, Moloodi R, Mootabi F, Omidvar N. Standardization of binge eating scale among Iranian population.Tehran; 9th Annual Conference of Iranian Psychiatric Association; 2009. [Persian]

26- Mohlenberghs G, Verbeke G. Meaningful statistical model formulations for repeated measures. Statistica Sinica. 2004; 14, 989-1020.

27- Bartholome LT, Raymond NC, Lee SS, Peterson CB,

Warren CS. Detailed analysis of binges in obese women with binge eating disorder:comparisons using multiple methods of data collection. Inte J Eat Disord. 2006; 39(8): 685–93.
28- Wilson GT, Grilo CM, Vitousek K M. Psychological treatment of eating disorders. Am Psychol. 2007; 62(3): 199–216.
29- Nauta, H, Hospers H, Jansen, A. One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. Br J Health Psychol. 2001; 6(Pt 3): 271–84.
30- Grilo CM, Masheb R M, Wilson TG. Rapid response to treatment for binge eating disorder. J Couns Clin Psychol. 2006 74(3): 602–13.
31- Wilson GT, Grilo CM, Vitousek K M .Psychological treatment of eating disorders. Am Psychol. 2007; 62(3):199–216.
32- Masheb RM, Grilo CM. Rapid response predicts treatment outcomes in binge eating disorder: Implications for stepped care. J Couns Clin Psychol. 2007; 75(4): 639–44.
33- Peterson CB, Mitchell JE, Engbloom S, Nugent S, Pederson MM, Crow SJ, et al. Self-help versus therapist-led group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder at follow-up. Int J Eat Disord. 2001; 30(4): 363–74.