



The effectiveness of interpersonal group therapy on depression and emotion regulation in women with bulimia nervosa

Elina. Khadivizand¹, Hasan. Ahadi*², Hamid. Nejat³, Maryam. Kalthornia Golkar⁴

1. Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

2. Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

3. Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran
(Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran)

4. Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran
(Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran)

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 255-264

Corresponding Author's Info

Email: drhahadi@gmail.com

Article history:

Received: 2022/07/03

Revised: 2022/10/03

Accepted: 2022/10/17

Published online: 2022/11/03

Keywords:

interpersonal group therapy,
psychological well-being,
bulimia nervosa, women.

ABSTRACT

Background and Aim: Bulimia nervosa is characterized by repeated episodes of binge eating (consuming large amounts of food in a short period of time, for example, less than two hours, on average once a week for the past three months) without regular use of disproportionate weight control compensatory behaviors. This research was conducted with the aim of determining the effectiveness of interpersonal group therapy on psychological well-being in women with bulimia nervosa. **Methods:** The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up test. 30 research samples were selected from the community of women suffering from bulimia nervosa who referred to the Iranian Bulimia Association in Tehran in October and November 2018 and were randomly replaced in two experimental and control groups. The required findings were collected using the psychological well-being questionnaire (Ryff et al., 1989) in three times: pre-test, post-test and follow-up test, and using variance analysis with repeated measurements. Was analyzed. **Results:** The results showed that interpersonal group therapy is effective in improving the psychological well-being of bulimia nervosa patients ($p \geq 0.005$). Bonferroni test showed that this effect is stable over time. **Conclusion:** Considering the effectiveness of interpersonal group therapy on psychological well-being, it is suggested to use interpersonal group therapy for women with bulimia nervosa.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Khadivizand, E., Ahadi, H., Nejat, H., & Kalthornia Golkar, M. (2022). The effectiveness of interpersonal group therapy on depression and emotion regulation in women with bulimia nervosa. *jayps*, 3(2): 255-264



اثربخشی گروه درمانی بین فردی بر بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به پرخوری عصبی

الینا خدیوی زند^۱، حسن احدی^{۲*}، حمید نجات^۳ و مریم کلهرنیا گلکار^۴

۱. گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران
۲. گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران
۳. گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران (گروه روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران)
۴. استادیار گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران (گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران)

چکیده

اطلاعات مقاله

زمینه و هدف: اختلال پرخوری عصبی عبارت از دوره‌های مکرر پرخوری (مصرف زیادی غذا در مدت زمان کوتاه مثلاً کمتر از دو ساعت، به طور متوسط یک بار در هفته در سه ماه گذشته) بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی نامتناسب کنترل وزن است این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی بین فردی بر بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به پرخوری عصبی انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و آزمون پیگیری دو ماهه بود. ۳۰ نفر نمونه پژوهشی از جامعه زنان مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه کننده در مهر و آبان سال ۹۸ به انجمن پرخوری ایران در شهر تهران به روش در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. یافته‌های مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (ریف و همکاران، ۱۹۸۹) در سه نوبت پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری مورد جمع آوری قرار گرفت و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که گروه درمانی بین فردی بر بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران پرخوری عصبی اثربخش است ($P \leq 0.05$). آزمون بن فرونی نشان داد که این اثر در طول زمان پایدار است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی گروه درمانی بین فردی بر بهزیستی روانشناختی پیشنهاد میشود به منظور از گروه درمانی بین فردی برای زنان مبتلا به پرخوری عصبی استفاده شود.

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات: ۲۶۴-۲۵۵

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل: drhahadi@gmail.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۱۲

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۱۱

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۷/۲۵

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۸/۱۲

واژگان کلیدی

ذهن‌آگاهی، ناگویی هیجانی، تمایز یافتگی خود، اضافه وزن.

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است. تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

خدیوی زند، الینا، احدی، حسن، نجات، حمید، و کلهرنیا گلکار، مریم. (۱۴۰۱). اثربخشی گروه درمانی بین فردی بر بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به پرخوری عصبی. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲): ۲۶۴-۲۵۵

مقدمه

اختلال پرخوری عصبی^۱ (BED) عبارت از دوره‌های مکرر پرخوری (مصرف مقدار زیادی غذا در مدت زمان کوتاه مثلاً کمتر از دو ساعت، به طور متوسط یک بار در هفته در سه ماه گذشته) بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی نامتناسب کنترل وزن است (کسکی، ۲۰۲۱). اختلال پرخوری با افکار خودکشی مرتبط دانسته شده است و افزایش شدت این اختلال باعث افزایش ریسک خودکشی می‌شود (جکسون، پیتراپیس، روسی، منزونی و کاستلنوو، ۲۰۱۸). همچنین اختلال پرخوری باعث اختلال در کارکرد روزانه از قبیل مشکل در خواب (رودا، مونترولی، گالاسو، پسنٹی، برنو و همکاران، ۲۰۱۸) و عامل بعضی بیماری‌های جسمانی (لیدکر و گریلو، ۲۰۱۸) همچنین این بیماران از مشکلات ناشی از افزایش وزن از قبیل دیابت، سردرد، درد مفاصل، سندروم روده تحریک پذیر، فیبرومیالیژیا رنج می‌برند (آبوت، دیندول، تهرانی و پیا، ۲۰۱۸). این اختلال در زنان شایع‌تر از مردان است (کسکی، ۲۰۲۱).

بهبودی روانشناختی یکی از اولین پیامدهای مرتبط با پرخوری عصبی است. این ویژگی یک مفهوم شخصی و فردی است و بر حسب ارزیابی افراد از حوزه‌های مختلف زندگی شان تعریف می‌شود (دیوس، راداستاک، بوهملیجر و وسترهوف، ۲۰۱۸). بهبود روانشناختی به طور گسترده‌ای به عنوان شاخص سلامت روان پذیرفته شده و در جمعیت‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (اسپریگز، کتتر و کارهات، ۲۰۲۱). از آنجایی که امروزه در روان‌شناسی در مقابل توجه و تمرکز سنتی که به آسیب‌شناسی و روان‌شناسی مرضی شده است، دیدگاه جدیدی در علوم مرتبط با سلامت و به خصوص روان‌شناسی در حال شکل‌گیری و گسترش است، در این دیدگاه و رویکرد علمی تمرکز بر روی سلامتی و بهبودی از جنبه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روان‌شناختی بهبودی است. بهبودی روان‌شناختی به عنوان رشد استعدادها و واقعی هر فرد تعریف می‌شود (دیوس و همکاران، ۲۰۱۸).

شیوه‌های درمانی که برای درمان اختلال پرخوری مورد ارزیابی قرار گرفته است چهار شیوه است. درمان شناختی رفتاری (CBT) درمان رفتاری دیالکتیکی (DBT) درمان میان فردی، (IPT) و آموزش آگاهی از اشتها (AAT) و همگی موفقیت در کاهش فراوانی دوره‌های پرخوری را نشان داده‌اند (گورین، ۲۰۰۰). روان‌درمانی بین فردی (IPT)، در واقع نوعی روان‌درمانی است البته به صورت کوتاه‌مدت که، بر ساختار، زمینه و مهارت‌های بین فردی تمرکز دارد. زمینه نظری این رویکرد روانی-زیستی مایر، مکتب بین فردی سالیوان و نظریه دلبستگی بالبی است. تاکید اصلی آن بر روابط بین خلق و رویدادهای بین فردی است. نتایج پژوهش‌های بسیاری که در حوزه رشد کودک، حیوانات و یا در حوزه ابراز هیجان، حمایت اجتماعی و رویدادهای زندگی صورت گرفته، اهمیت این رابطه را بیش از پیش نمایان کرده است. به عنوان نمونه، پیشامدهای آشفته‌کننده و تنش‌های روانی-اجتماعی ممکن است پیش‌بینی‌کننده افسردگی باشند. در صورتی که داشتن روابط صمیمانه با دیگران می‌تواند به عنوان یک عامل حمایتی در مقابل افسردگی عمل کند. بر همین اساس، در روان‌درمانی بین فردی، فرض بر این است که چند عامل ژنتیکی و محیطی در بروز افسردگی نقش دارند و به همین دلیل است که این نوع درمان بر بافت روانی-اجتماعی و بین فردی بیمار تاکید می‌کند (براکمیر و فریز، ۲۰۱۲).

در روان‌درمانی بین فردی اعتقاد بر این است که روابط بین فردی هم در شکل‌گیری شخصیت و هم در ایجاد و شروع اختلال‌های روانی نقش مهم دارد. در اختلال پرخوری عصبی روان‌درمانی بین فردی بر کاهش علائم افسردگی، و تنظیم هیجانات متمرکز است و از همین طریق به مراجع کمک می‌کند تا با مشکلات اجتماعی و بین فردی که با اختلال ارتباط دارند مقابله مناسب کند. در روان‌درمانی بین فردی با فراهم شدن فضایی که در آن مشکل‌ها مورد بحث و گفتگو قرار گرفته و حل می‌شوند، کناره‌گیری‌های بین فردی نیز کاهش می‌یابد و

¹ Binge-eating disorder

گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نمی‌کند و سپس پس از آزمون برای هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. گفتنی است که میزان ماندگاری نتایج در این طرح ۳ ماه پس از انجام، پیگیری شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از بیماری روان شناختی جدی که تداخل دارویی و روان درمانی دریافت کرده باشند نداشته باشند (از طریق استعلام از پزشک معالج)، عدم تداخل با درمان‌های مربوط به بیماری (از طریق استعلام از پزشک معالج)، عدم دریافت همزمان یک روان درمانی و یا برنامه کاهش وزن که منجر به تاثیر در متغیرهای مورد نظر گردد، زنان مراجعه کننده در مهر و آبان سال ۹۸ و زنان مراجعه کننده در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از دریافت داروهای روان گردان یا داروهای متاثرکننده سلامت روان در حین مداخله و غیبت بیش از دو جلسه. بعد از گردآوری اطلاعات، داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس به اندازه‌گیری مکرر و آمزون تعقیبی تحلیل شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه بهزیستی روان شناختی: پرسشنامه بهزیستی روانشناختی در سال ۱۹۸۰ توسط ریف طراحی شد. فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود ولی در ارزیابی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سوالی، ۵۴ سوالی و ۱۸ سوالی نیز پیشنهاد گردید. در فرم ۸۴ سوالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش است. از آزمودنی درخواست می‌شود پرسش‌ها را خوانده و نظر خود را بر روی یکی از گزینه‌های شش‌گانه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نشان دهد. برای هر پرسش نمره‌های یک تا شش داده می‌شود. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان شناختی بهتر است (بیانی، کوچکی و بیانی، ۱۳۸۷). این پرسشنامه مشتمل بر شش مولفه پذیرش خود، خود مختاری ارتباط مثبت با دیگران هدفمندی در زندگی، تسلط بر محیط، رشد شخصی را می‌سنجد. ضمن این که مجموع نمرات این شش مولفه نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می‌شود. پذیرش خود: خودمختاری: روابط مثبت با دیگران: هدفمندی در زندگی تسلط بر

مراجعات می‌بینند که دیگران نیز در بیماری آن‌ها شریک هستند (احمدی سبزواری، ۱۳۹۶). رویکرد بین فردی نسبت به مفهوم سازی و درمان افسردگی پشتوانه پژوهشی قابل قبولی دارد. علاوه بر این نشان داده‌اند که تجربه‌های بین فردی اغلب فاکتورهای آشکارساز شروع افسردگی هستند. پژوهش‌های جامع و گسترده‌ای توانسته‌اند تاثیر روش IPT را در کاهش افسردگی و بهبود سلامت روان را اثبات کنند. همچنین نشان داده‌اند که در بیش از ۵۰ درصد بیماران که از این روش استفاده کرده‌اند، علائم افسردگی تا حدودی بهبود یافته است (احمدی و جلالی، ۱۳۹۶).

با توجه به موفقیت روان‌درمانی بین فردی در درمان اختلالات روانی و افزایش سلامت و بهزیستی اشخاص و توجه به این که یکی از اهداف اصلی روان‌درمانگران افزایش سطح کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی جامعه می‌باشد و اشخاص مبتلا به پرخوری عصبی از این مولفه‌ها بسیار رنج می‌برند، از این رو با توجه به مطلب عنوان شده، پژوهشگر در صدد پاسخ به این پرسش است که آیا گروه درمانی بین فردی بر بهزیستی روان شناختی در زنان مبتلا به پرخوری عصبی اثربخش می‌باشد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر روش اجرا نیمه آزمایشی و در قالب طرح‌های پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه به همراه یک دوره آزمون پیگیری بود؛ جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی زنان ۳۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه کننده در مهر و آبان سال ۹۸ به انجمن پرخوران ایران ناحیه تهران بود. حجم نمونه پژوهشی تعداد ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. بدین ترتیب، پس از بررسی و انجام مصاحبه بالینی، مراجعان دارای ملاک‌های ورود به پژوهش مورد نظر مشخص و با غربالگری به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گواه تقسیم شدند؛ سپس گروه آزمایش به مدت ۸ به صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۷۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفت و گروه

مورد علائم افسردگی و بهزیستی درمان جو و مشکلات عدم تنظیم هیجان که با شروع علائم افسردگی و هیجان نامناسب مرتبط هستند، داده‌هایی بدست می‌آورد. هدف از مرحله اول IPT (جلسات ۱ و ۲)، تعریف، تشخیص و شناسایی مشکلات و مجادله‌های بین فردی است. در این مرحله باید تاریخچه‌ای از روابط گذشته و حال حاضر بیمار به‌دست آورده شود. هدف اساسی در مرحله میانی (جلسات ۲ تا ۶) آموزش فنون و راهبردهای بهبود روابط بین فردی است. در این مرحله درمانگر، فنون IPT مانند الگوبرداری، ایفای نقش، خودآموزی، خودگویی‌های مثبت، حل مسئله اجتماعی، ابراز وجود، اعتماد به نفس و فکر مثبت را آموزش می‌دهد و از درمانجویان می‌خواهد آن را تمرین کنند. حوزه‌هایی که روان‌درمانگر به عنوان کانون درمان قرار می‌دهد به ۴ گروه سوگ (غم و اندوه)، اختلاف نقش، انتقال نقش و کاستی‌های بین فردی تقسیم می‌شود. سرانجام در مرحله پایانی (جلسات ۷ و ۸) با بکارگیری فنون آموخته‌شده در دنیای واقعی، رابطه درمانی قطع می‌شود. رابطه بیمار درمانگر رابطه‌ای موقتی و به منظور افزایش سلامتی بیمار، نه جایگزینی برای روابط در دنیای واقعی است (مارکوویتس، ۱۹۹۹؛ به نقل از احمدی سبزواری و جلالی، ۱۳۹۶).

محیط: رشد شخصی. به منظور ارزیابی روایی این ابزار از روش روایی محتوایی استفاده شد. بدین صورت که مرتبط بودن هر یک از سوالات به هر یک از عامل‌های زیربنایی اش توسط ۳ متخصص روانشناسی ارزیابی و تایید شد. این تست نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (یک تا شش) پاسخ داده شد. نمره گذاری در مورد سوالات شماره ۱، ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۷ معکوس نمره گذاری شد. شش مولفه بهزیستی روان‌شناختی عبارتند از: مولفه سوالات مربوط مولفه سوالات مربوط استقلال ۹، ۱۲، ۱۸؛ ارتباط مثبت با دیگران ۳، ۱۱، ۱۳؛ تسلط بر محیط ۱، ۴، ۶ هدفمندی در زندگی ۵، ۱۴، ۱۶؛ رشد شخصی ۷، ۱۵، ۱۷؛ پذیرش خود ۲، ۸، ۱۰. پلایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ پذیرش خود ۰/۷۷، خود مختاری ۰/۷۹، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۶، هدفمندی در زندگی ۰/۷۹، تسلط بر محیط ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۷۹ گزارش شد.

۲. پروتکل گروه درمانی بین فردی: در جلسه پیش گروهی این ساختار (یک جلسه فردی)، رهبر گروه در

جدول ۱. گروه درمانی بین فردی لیبسیتز و همکاران (۱۹۹۹)

مراحل	جلسات	محتوا
مرحله اولیه	جلسه اول	برقراری اتحاد درمانی، بررسی علائم پرخوری عصبی، افسردگی، تنظیم هیجان و بهزیستی روانشناختی، خلاصه‌ای از طرح درمانی، ایجاد پیوستگی.
	جلسه دوم	مروری علائم، تعریف علائم افراد به عنوان بخشی از یک اختلال شناخته شده، ارزیابی روابط بین فردی گذشته و روابط کنونی، برقراری ارتباط بین پرخوری عصبی و روابط افراد مبتلا.
مرحله میانی	جلسه سوم	کمک به افراد مبتلا به پرخوری عصبی برای مشارکت و تعامل با اعضای گروه، فرمول بندی حیطه بین فردی و تعیین یک حیطه نایمنی نقش و یک هدف بین فردی کاملاً اختصاصی به عنوان یک هدف ابتدایی.
	جلسه چهارم	تحلیل تعاملات و ارتباطات افراد، تسهیل ابراز واکنش‌های هیجانی نسبت به آنچه که در درون و بیرون از گروه تجربه می‌کنند، آمادگی برای تغییر الگوهای بین فردی.
	جلسه پنجم	آمادگی برای انتقال نقش و پردازش آن از طریق فرایندهای؛ تغییر انتظارات منفی و اضطراب قبل رویداد بین فردی آماده کردن مراجع برای آن رویداد به وسیله در نظر گرفتن گزینه‌های راهبردهای بین فردی و رسیدگی به تجربه‌های مراجع بعد از آن رویداد.

جلسه ششم	کار روی موضع بین فردی انفعال، عدم قاطعیت، ابراز خشم، ترس از مخالفت.
جلسه هفتم	افزایش مهارت‌های بین فردی مانند ابراز نیازها و احساسات و ارائه بازخورد به واکنش‌های دیگران و کار روی آگاهی، پذیرش و تحمل احساسات خود در تعامل اجتماعی.
جلسه هشتم	تحریک جرات مندی و خودمختاری در صورت اجتناب گروه از تمرکز بر مشکلات بین فردی، ارزیابی کار روی ناایمنی نقش تصریح تغییرات کسب در عملکرد نقش، تصریح پیامدهای تغییر.
مرحله پایانی	بررسی پیشرفت درمان، آماده سازی برای انتقال و خاتمه گروه، آموزش چگونگی جلوگیری از انزوای اجتماعی و دریافت حمایت اجتماعی، تحکیم تغییرات حاصله و آماده کردن او جهت مقابله با تجارب و موقعیت‌های چالش برانگیز آینده.
جلسه دهم	ابراز احساسات در مورد خاتمه درمان، ارائه شاخص‌های هشدار جهت مراجعه به درمانگر

استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. با استفاده از نرم افزار ۲۳ SPSS یافته‌های تحقیق را برای مقایسه و معناداری مورد تجزیه و تحلیل قرار داده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ زن در دو گروه آزمایش و گواه حضور داشتند که میانگین سنی گروه آزمایش ۳۶/۶۰ و گروه گواه ۳۵/۴۳ بود. در ادامه به تحلیل نتایج با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به تحلیل یافته‌ها پرداخته می‌شود.

روش اجرای پژوهش

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: ۱- کلیه افراد به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می‌نمودند. ۲- این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. ۳- به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. در بخش توصیفی، جداول، نمودارها، شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی محاسبه شد و در بخش آمار

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
آزمایش	نمره کل بهزیستی روان	میانگین	۳۱	۴۵/۹	۴۴
	شناختی	انحراف معیار	۶/۹	۷/۹	۶/۹
گواه	نمره کل بهزیستی روان	میانگین	۲۹/۶	۳۲/۱	۳۲/۲
	شناختی	انحراف معیار	۵/۷	۵/۱	۴/۹

توصیف دست زد که گروه درمانی بین فردی باعث افزایش نمره بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به پرخوری عصبی شده است.

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف	آزمون لوین	مخولی
بهزیستی روان شناختی	آزمایش	درجه آماره	درجه آماره	مخولی معناداری
	گواه	آزادی	آزادی	مخولی معناداری
	۱۵	۰/۷۶۴	۲۸	۰/۳۰
	۱۵	۰/۱۴۳	۰/۸۴۲	۰/۹۳
	۱۵	۱/۲۱۶	۰/۳۶۷	۲/۶۷

بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در متغیر بهزیستی روان شناختی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

مفروضه‌های این آزمون با استفاده از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنف، لوین، و ماخلی بررسی شد و نتایج نشان داد که این مفروضه‌ها برقرار است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای بهزیستی روان شناختی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بهزیستی روان شناختی

متغیر	اثرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	معناداری	ضریب
بهزیستی روان شناختی	زمان	۱۳۷۳/۴	۱/۴	۱۰۱۱/۸	۲۶/۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	گروه*زمان	۶۶۹/۶	۱/۴	۴۹۳/۳	۱۲/۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱

($P < 0/05$). اثر تعاملی نشان می‌دهد افزایش نمرات بهزیستی روان شناختی در گروه آزمایش نسبت به گواه در مراحل پس آزمون و پیگیری بیشتر است ($P < 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد. نتایج در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

مطابق نتایج جدول ۴ اثر زمان و تعامل زمان در گروه برای متغیر بهزیستی روان شناختی نشان داده شده است. اثر گروه نشان می‌دهد که برای تغییرات شدت بهزیستی روان شناختی عضویت گروهی معنادار است ($P < 0/05$). اثر زمان نشان می‌دهد تغییر نمرات بهزیستی روان شناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار است

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های نمرات بهزیستی روان شناختی در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
بهزیستی روان شناختی	پیش آزمون - پس آزمون	۸/۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	۷/۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	۰/۹	۰/۶۹

این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی گروه درمانی بین فردی بر بهزیستی روان شناختی در زنان مبتلا به پرخوری عصبی انجام شد؛ اولین نتیجه پژوهش نشان داد که رویکرد بین فردی، بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به پرخوری عصبی را بطور معنی‌داری افزایش می‌دهد و این اثر در طول زمان ماندگار است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مثل دیتز و همکاران (۲۰۱۵)، گامبل و همکاران (۲۰۱۳) و نظافت فریزی و همکاران (۱۳۹۴) که نشان دادند رویکرد بین فردی با کاهش افسردگی منجر به بهبود بهزیستی روانی افراد می‌شود، همسو بود. در تبیین تاثیر رویکرد بین فردی بر بهزیستی روانشناختی می‌توان گفت که سنت‌های این رویکرد بر مفروضه‌های

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت بین نمرات بهزیستی روان شناختی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات بهزیستی روان شناختی در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طور معنی‌دار افزایش یافته است؛ همچنین بین نمرات بهزیستی روان شناختی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، به طوری که نمرات بهزیستی روان شناختی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر معنی‌دار نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

بین فردی عبارت است از حل مشکلات موجود در یک دوره زمانی کوتاه به جای اندیشیدن و طراحی کردن راه حل‌هایی برای تمام عمر. تاکید گروه درمانی بین فردی برگرداندن بیمار به یک سطح عملکرد متعادل به جای تغییر شخصیت است. در این دیدگاه، گروه درمانی بین فردی بیشتر با درمان‌های حمایتی اشتراک دارد، با وجود این، روان درمانی بین فردی گرایش به این دارد که فعالتر و بلندپروازانه‌تر از درمان‌های حمایتی باشد (لوینسون و همکاران، ۲۰۰۵) و بدین ترتیب بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به پرخوری عصبی تاثیر گذاشت. استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در نمونه‌گیری پژوهش مهمترین محدودیت این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به منظور تعمیم دهی بهتر از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی روش گروه درمانی بین فردی بر سایر متغیرها مانند اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرخوری گردد. در انتها پیشنهاد می‌شود از روش گروه درمانی بین فردی در کنار درمان‌های پزشکی به عنوان درمان مکمل بر بیماران مبتلا به پرخوری عصبی استفاده شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند تقدیر و سپاسگزاری می‌گردد.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

منابع

اصل سلیمانی، زهرا؛ برجعلی، احمد؛ و کیانی دهکردی، منصوره. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و پردازش پس‌رویدادی دانشجویان

بین فردی، پویایی و فرایندی مبتنی هستند و از ارتباط بین خلق و تجارب بین فردی کنونی استفاده می‌کنند و بر زمان حال متمرکز هستند و بر تغییرات و چالش‌های بین فردی مهمی که زنان مبتلا به پرخوری عصبی تجربه می‌کنند، تمرکز دارند (استاد و همکاران، ۲۰۰۹). به طور کلی درمانگران رویکرد بین فردی معتقدند که برای بسیاری از افراد، نزدیک‌ترین و پایدارترین ارتباط، روابطی است که میان اعضای خانواده وجود دارد. وقتی که اعضای خانواده در معرض رویدادهای استرس‌آفرین نشانه‌های پرخوری عصبی را تجربه می‌کنند. آنچه که موجب تشدید پرخوری عصبی می‌گردد. فقدان مهارت‌های ارتباطی و بین فردی یا وجود مهارت‌های اجتماعی نامتناسب و ناسازگارانه در ارتباط با دیگران می‌باشد. این مهم به نوبه خود موجب دور شدن اعضای خانواده، خویشاوندان و دوستان از فرد می‌گردد. در چنین شرایطی چرخه معیوبی به وجود می‌آید و وضعیت موجود را به یک بحران تبدیل می‌کند. به سخن دیگر رویدادهای پرفشار، موجبات نشانه‌های پرخوری عصبی را فراهم می‌سازند. فقدان یا ضعف مهارت‌های بین فردی به طور مستقیم موجب شدیدتر شدن رویدادهای استرس‌آفرین می‌گردد. تشدید پرخوری عصبی موجب مختل شدن روابط بین فردی می‌گردد. چنانچه این چرخه معیوب در رابطه با رویدادهای مختلف و برای مدت زمان نسبتاً طولانی ادامه داشته باشد، موجبات اغتشاشات روانشناختی را فراهم می‌سازد. به گونه‌ای که این‌گونه افراد شادکامی، بهزیستی روانشناختی می‌گردند، به همیت علت درمانگران رویکرد بین فردی بر این باورند، یک ارتباط متعادل، تنگاتنگ و دوسویه‌ای بین نشانه‌های روانشناختی و مهارت‌های بین فردی وجود دارد. به طوری که با بهبود مهارت‌های بین فردی می‌توان موجبات آرامش روانشناختی افراد را فراهم ساخت و جان تازه‌ای به سامانه روانشناختی افراد بخشید و برعکس. در رویکرد بین فردی، عنصر اصلی جلسات اولیه عبارت است از معتبر دانستن هیجان‌های مراجع افسرده به عنوان کاملاً قابل فهم، و برآمده از ماهیت شرایط زندگی اش (فریزر و سولووی، ۲۰۰۷). دو هدف عمده گروه درمانی بین فردی عبارت هستند از: (۱) بهبود عملکرد بین فردی، و (۲) کاهش علائم. هدف کلی

- Gamble, S. A., Talbot, N. L., Cashman-Brown, S. M., He, H., Poleshuck, E. L., Connors, G. J., & Conner, K. R. (2013). A pilot study of interpersonal psychotherapy for alcohol-dependent women with co-occurring major depression. *Substance abuse*, 34(3), 233-241.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., & Holzappel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 247-255.
- Goodman, S. H., & Tully, E. C. (2009). Recurrence of depression during pregnancy: Psychosocial and personal functioning correlates. *Depression and anxiety*, 26(6), 557-567.
- Gorin A. (2000). *Controlled trial of cognitive - behavioral therapy with and without spousal involvement for binge eating disorder*. Dissertation for PhD in clinical psychology. State university of New York.
- Kaplan, H., & Saduk, B. (2002). *Summary of psychiatry, behavioral science and clinical psychiatry*. Rafiee, H., & Sobhanian, Kh. (Persian translators). 2th Edition. Tehran: Arjmand Pub, 230.
- Klatt, I. M. (2008). *Treating the Obese-Binge Eating Disorder and Food Addiction: A Model Program*. ProQuest.
- McManus, F., & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge-eating. *Clinical psychology review*, 15(8), 845-863.
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and anxiety*, 26(12), 1118-1126.
- Mitchell, J. E., Devlin, M. J., de Zwaan, M., Peterson, C. B., & Crow, S. J. (2007). *Binge-eating disorder: Clinical foundations and treatment*. Guilford Press.
- Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B., & Owen, C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of women's mental health*, 13(2), 125-139.
- دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۳(۲): ۲۴-۷.
- بشارت، محمدعلی؛ بزازیان، سعیده. (۱۳۹۱). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *نشریه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، ۲۴(۸۴): ۶۱-۷۰.
- کچویی، محسن؛ حسنی، جعفر؛ امرالهی نیا، مونا. (۱۳۹۴). مقایسه‌ی تکانشگری و دشواری‌های تنظیم هیجان در زنان دارای اضافه وزن مبتلا و غیرمبتلا به پرخوری افراطی. *مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم/ایران*، ۱۷(۵): ۳۹۱-۴۰۱.
- کاربخش، مژگان؛ صداقت، مجتبی. (۱۳۸۱). افسردگی حین بارداری: لزوم ادغام بیماریابی در مراقبت‌های خانم‌های باردار. *پایش*، ۱(۴): ۴۹-۵۵.
- وایزمن، میرنا؛ مارکوویتز، جان؛ کلرمن، جرالند. (۲۰۰۷). *روان درمانی بین فردی: راهنمای فوری متخصصان بالینی*. ترجمه محمدحانی، پروانه. زمستانی، مهدی (۱۳۸۸)؛ تهران: دانژه.
- Brakemeier, E. L., & Frase, L. (2012). Interpersonal psychotherapy (IPT) in major depressive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(2), 117-121.
- Casagrande, M., Boncompagni, I., Forte, G., Guarino, A., & Favieri, F. (2020). Emotion and overeating behavior: Effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(5), 1333-1345.
- Crowe, M., & Luty, S. (2005). Patterns of response and non-response in interpersonal psychotherapy: A qualitative study. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 68(4), 337-349.
- De Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25(1), S51-S55.
- Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., & Mufson, L. (2015). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: Examining efficacy and potential treatment mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 191-199.
- Fraser, J. S., & Solovey, A. D. (2007). *Second-order change in psychotherapy: The golden thread that unifies effective treatments*. American Psychological Association.

- Rosenhan, D. L., & Seligman, M. E. (1995). *Abnormal psychology*. WW Norton & Co.
- Sfärlea, A., Dehning, S., Keller, L. K., & Schulte-Körne, G. (2019). Alexithymia predicts maladaptive but not adaptive emotion regulation strategies in adolescent girls with anorexia nervosa or depression. *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 1-9.
- Thoeni, S., Loureiro, M., O'Connor, E. C., & Lüscher, C. (2020). *Depression of Accumbal to Lateral Hypothalamic Synapses Gates Overeating*. Neuron.
- Treasure, J., Corfield, F., & Cardi, V. (2012). A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 431-438.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2017). *The guide to interpersonal psychotherapy: Updated and expanded edition*. Oxford University Press.