

تأثیرپذیری ویژگی شخصیتی تصور از خود و عواطف منفی از آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در زنان مبتلا به پراشتهای عصبی

مسیحا اسکندری^{۱*}؛ مسعود باقری^۱؛ کوروش پراک^۲

چکیده

زمینه: علت پراشتهای عصبی مشخص نیست، در درمان این بیماران باید مسایل جسمانی، روانشناختی را مدنظر داشت. هدف پژوهش، تأثیرپذیری ویژگی شخصیتی تصور از خود و عواطف منفی از آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در زنان مبتلا به پراشتهای عصبی بود.

روش‌ها: نمونه شامل ۵۰ زن مبتلا به پراشتهای عصبی، که به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۵) و کنترل (۲۵) تقسیم شدند. گروه آزمایش در یک دوره آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری گروهی شرکت کردند. پرسشنامه تصور از خود بک (BSCT) و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) قبل و پس از درمان برای هر دو گروه اجرا شد. نتایج با تحلیل کو واریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در تصور از خود؛ گروه آزمایش در پیش‌آزمون به $M: ۵۳/۴۴$ و $SD: ۱۲/۶۲$ و پس‌آزمون به $M: ۱۰/۴۸$ و $SD: ۱۴/۲۱$ رسید اما در پیش‌آزمون، گروه کنترل $M: ۵۰/۶۴$ و $SD: ۱۳/۷۲$ و پس‌آزمون $M: ۴۹/۵۶$ و $SD: ۱۳/۷۵$ بود. عواطف منفی؛ گروه آزمایش در پیش‌آزمون $M: ۱۲/۷۶$ و $SD: ۴/۰۶$ و پس‌آزمون $M: ۱۲/۰۸$ و $SD: ۴/۰۶$ بود. اما در پیش‌آزمون گروه کنترل $M: ۲۷/۲۴$ و $SD: ۴/۱۷$ و پس‌آزمون $M: ۲۶/۳۶$ و $SD: ۴/۰۹$ بود. در مقیاس مقایسه درون‌گروهی، گروه آزمایش؛ نمرات پیش‌آزمون تصور از خود با $M: ۵۳/۴۴$ و $SD: ۱۲/۶۲$ بیشتر از پس‌آزمون با $M: ۱۰/۴۸$ و $SD: ۱۴/۲۱$ بود و در عواطف منفی نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش با $M: ۱۲/۷۶$ و $SD: ۴/۰۶$ با اندکی تغییر در پس‌آزمون به $M: ۱۲/۰۸$ و $SD: ۴/۰۶$ رسید. نتیجه‌گیری: درمان شناختی-رفتاری بر افزایش تصور از خود و کاهش عواطف منفی در بیماران مبتلا به پراشتهای عصبی مؤثر است ($P < ۰/۰۰$).

کلیدواژه‌ها: مدیریت استرس، درمان شناختی-رفتاری، ویژگی شخصیتی تصور از خود، عواطف منفی، پراشتهای عصبی.

«دریافت: ۱۳۹۲/۵/۱۶ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۱۷»

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهیدباهنر کرمان

۲. گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران

*عهده‌دار مکاتبات: کرمان، خ شهاب، کوچه ۵، شمالی ۴، پلاک ۳۲، تلفن: ۰۹۳۶۹۳۷۲۳۲۳۳

Email: masiha.eskandari@yahoo.com, masiha.eskandari@gmail.com

مقدمه

مدت‌زمان کوتاهی مصرف می‌شود. چهل‌سال بعد مشاهدات بالینی استونکارد منجر به توصیف اختلال پراشتهای عصبی شد (۱).

پراشتهای عصبی نوعی پرخوری است. فرد بعد از خاتمه پرخوری دچار احساس گناه، افسردگی یا نفرت از خود می‌شود. افراد مبتلا به پراشتهای عصبی همچنین

برای اولین بار در سال ۱۹۵۹، استونکارد مشاهدات بالینی خود درباره دوره‌های پرخوری مضطرب‌کننده و غیر قابل کنترل در برخی افراد چاق را منتشر نمود. او نوعی اختلال پراشتهای عصبی را مطرح کرد و آن را این‌گونه توصیف نمود: مقدار زیادی از غذا که در

مبتلا به اختلال خوردن در قیاس با گروه سالم، آگاهی کمتری از هیجانات خود داشته و در کنترل آنها با مشکل روبه‌رو هستند (۸). زنان در شب‌های امتحان بیش از شب‌هایی که امتحان ندارند به خوردن افراطی دست می‌زنند و احتمال بیشتری دارد که دچار اختلال خوردن شوند (۹). بر اساس مطالعات گذشته پرخوری در افرادی که پراشتهایی عصبی دارند و ماه گذشته استرس را تجربه کرده‌اند بیشتر است. همبستگی مثبت معناداری بین نگرش‌های تغذیه‌ای و ناخشنودی از خود در بین دانشجویان دختر وجود دارد. اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در بیماران جسمی اثبات شده است. این برنامه، روش‌های تأییدشده‌ای برای مدیریت استرس و ایجاد آرمیدگی فراهم می‌کند و با رویکردی دوسویه بیشترین منفعت را به شرکت‌کنندگان می‌رساند (۱۰). علی‌رغم این‌که تحقیقاتی در زمینه درمان مشکلات روان شناختی بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی در خارج از کشور انجام گرفته، تاکنون تحقیقی از نوع مداخله‌ای بر متغیرهای میانجی متأثر بر اختلال خوردن انجام نشده است. با توجه به ضرورت این مسأله، در پژوهش حاضر به بررسی تأثیرپذیری ویژگی شخصیتی تصور از خود و عواطف منفی از آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی پرداخته شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی از نوع تجربی (طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. در این پژوهش اندازه نمونه برابر با کل جمعیت عضو بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و دردسترس استفاده شد. نمونه مورد مطالعه از بین زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی که در انجمن تغذیه طبیعی شهرستان کرمان عضو بودند، انتخاب شدند. بنابراین از کل زنان عضو در انجمن حدود ۵۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و مجدداً به صورت تصادفی

برای جلوگیری از افزایش وزن، به رفتارهای جبرانی عودکننده‌ای نظیر پاکسازی (استفراغ عمدی، استفاده مکرر از مسهل و مدر)، روزه گرفتن و یا ورزش مفراط می‌پردازند (۲). این پرخوری‌ها سبب حالت وحشت‌زدگی در فرد می‌شود، چون بیمار احساس می‌کند که خوردن وی از کنترل خارج شده است. در بیماران دچار پراشتهایی عصبی، میزان اختلالات خلقی و اختلالات کنترل‌تکانه بالاست. از جمله علل روان‌شناختی ابتلا به اختلال خوردن می‌توان به عزت نفس پایین، احساس بی‌کفایتی یا فقدان کنترل بر زندگی، افسردگی، اضطراب، خشم یا تنهایی و استرس اشاره کرد (۳). از طرفی ممکن است یک اختلال رفتاری مشترک، باعث ابتلای همزمان افراد به چاقی و بیماری روانی شود (۴). به‌عنوان مثال، نداشتن خودتنظیمی کافی در رفتار، باعث می‌شود که افراد، مهارت کافی برای مقابله با استرس نداشته باشند و در مواجهه با کوچک‌ترین استرس و تنش، به‌جای مقابله منطقی با آن، به پرخوری و بدخوری یا مصرف الکل و سیگار بپردازند (۵).

موفقیت و شکست در زندگی و انعکاس نگرش‌های دیگران و خود شخص درباره آن‌ها، شرایط اجتماعی- اقتصادی و فشار لاغر بودن را می‌توان در رسانه‌ها و نشریات به خوبی مشاهده کرد. طبق نظریه مقایسه اجتماعی، زنان غالباً خود را با مدل‌ها و شخصیت‌های لاغر در رسانه‌ها و مجلات مقایسه می‌کنند و زمانی که بین اندام ایده‌آل و آنچه که از خود تصور می‌کنند ناهماهنگی مشاهده شود شروع به رژیم گرفتن افراطی می‌کنند (۶).

مطالعات نشان می‌دهد که تصور از خود، نقش اساسی در بهداشت و سلامت روان دارد. با کاهش نقش تصور از خود نشانه‌هایی از اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی و کمرویی ظاهر می‌شود و در صورت تداوم، مشکلات جدی به همراه دارد. ناتوانی در ابراز وجود در جمع که می‌تواند متأثر از تصور از خود نامطلوب باشد به وفور در بین نوجوانان به چشم می‌خورد (۷). زنان

ج) پرسشنامه اضطراب، افسردگی، استرس (DASS-21): جهت شناسایی شدت عواطف منفی از پرسشنامه ۲۱ سؤالی داس استفاده شد. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار، مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر $0/80$ ، $0/76$ و $0/77$ گزارش شده است. روایی این مقیاس نیز به شیوه تحلیل عاملی تأیید شده است (۱۲).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت تفسیر و بررسی یافته‌ها، از آماره توصیفی میانگین، انحراف معیار و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها

مقدار متغیر تصور از خود در گروه آزمایش در پیش‌آزمون $12/62 \pm 53/44$ ، در مرحله پس‌آزمون $14/21 \pm 104/88$ و در مرحله پیگیری $13/61 \pm 108/3$ بود. این میزان در گروه کنترل در پیش‌آزمون $13/72 \pm 50/64$ ، پس‌آزمون $13/75 \pm 49/56$ و در پیگیری $14/27 \pm 49/32$ بود (جدول ۱).

همچنین عواطف منفی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون $4/06 \pm 12/76$ ، پس‌آزمون $4/06 \pm 12/08$ و در مرحله پیگیری $4/59 \pm 27/36$ بود. همچنین در گروه کنترل این میزان در پیش‌آزمون $4/17 \pm 27/24$ ، پس‌آزمون $4/09 \pm 26/36$ و در پیگیری $4/42 \pm 26/92$ بود (جدول ۱).

یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری (MANCOVA) تفاوت میان دو گروه آزمایش و کنترل را در هر یک از متغیرهای تصور از خود و افسردگی، اضطراب و استرس نشان می‌دهد.

از سوی دیگر یافته‌های حاصل از آزمون لوین پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطای گروه‌ها، در متغیرهای وابسته را نشان داد. بین دو گروه آزمایش و کنترل، در هر یک از زیرمتغیرهای تست تصور از خود و

به دو گروه آزمایش (۲۵) و کنترل (۲۵) تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن توانایی و علاقه‌مندی به شرکت در برنامه آموزشی، عضویت در انجمن تغذیه طبیعی و مبارزه با چاقی، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و روش‌های مشابه، عدم کنترل وزن و خوردن با ولع و رفتارهای نامناسب جبرانی حداقل دو بار در هفته به مدت سه ماه فقدان بیماری جسمی که باعث اضطراب و افسردگی شده باشد. در این راستا معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم رغبت به ادامه همکاری، ظهور بیماری جسمی خاص که مخل برنامه مداخله‌ای شود، وجود بیماری روانشناختی خاص از جمله افسردگی‌های مزمن، فصلی، دوقطبی و وجود علائم و سواس فکری و عملی بود.

در این تحقیق پژوهشگر پس از هماهنگی و ارایه توضیحات لازم و کسب همکاری، از مشارکت‌کنندگان دعوت نمود تا در ساعات مشخص شده جهت اندازه‌گیری متغیرهای وابسته در مرحله پیش‌آزمون و تکمیل کردن فرم رضایت‌نامه شرکت کنند. پس از تقسیم بندی افراد در گروه‌های تجربی، خواسته شد که به مدت ۱۰ هفته در جلسات شرکت کنند و نهایتاً پس از ۱۰ هفته، تمام آزمودنی‌های هر دو گروه در ساعات مشخص شده به همان مکان اجرای جلسات آمده و متغیرهای وابسته در پس‌آزمون اندازه‌گیری شد. جهت گردآوری داده‌ها از سه ابزار استفاده شد:

الف) استفاده از مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته برای تشخیص اختلال پراشتهایی عصبی بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR، که حاوی ۱۱ سؤال است.

ب) پرسشنامه تصور از خود- بک (BSCT): جهت مطالعه ویژگی شخصیتی تصور از خود از پرسشنامه بک استفاده شد. این پرسشنامه ۲۵ سؤال دارد، در ایران محمدی، اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش دونیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب $0/65$ و $0/68$ گزارش کرده است. همچنین دیباچ‌نیا آلفای کرونباخ $0/79$ را برای این پرسشنامه به دست آورده است (۱۱).

نتیجه گرفت که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری، تأثیر مطلوبی بر افزایش تصور از خود و کاهش عواطف منفی داشته است (جدول ۲).

داس در دو مرحله پس از خاتمه جلسات درمانی و دوره پیگیری، تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/00$). با توجه به یافته‌های به دست آمده از پژوهش کنونی می‌توان

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار نمرات متغیرهای تصور از خود و عواطف منفی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و

کنترل

متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	P value
کنترل	۵۰/۶۴	۱۳/۷۲	۴۹/۵۶	۱۳/۷۵
تصور از خود	۵۳/۴۴	۱۲/۶۲	۱۰/۴۸	۱۴/۲۱
Pvalue	۰/۶۳	۰/۱۹	۰/۰۰	۰/۰۸
کنترل	۲۶/۹۲	۲/۴۲	۲۷/۲۴	۴/۱۷
DASS	۲۷/۳۶	۴/۵۹	۱۲/۷۶	۴/۰۶
Pvalue	۰/۲۴	۰/۱۰	۰/۰۴	۰/۰۵

یافته‌ها نشان می‌دهد که تصور از خود در زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی از آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری، تأثیر می‌پذیرد ($p < 0/00$). همچنین عواطف منفی زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی از آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری، تأثیر می‌پذیرد ($P < 0/00$) (جدول ۳).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ویژگی شخصیتی تصور از خود و عواطف منفی زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تغییرات معناداری در متغیرهای وابسته پس از ۱۰ هفته آموزش نشان دادند.

آموزش مدیریت استرس بر افزایش تصور از خود مثبت زنان مؤثر بود. به بیان دیگر به کارگیری راهبردهای درمانی گروهی و کوتاه‌مدت مدیریت استرس مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری نه تنها موجب کاهش احساس

جدول ۲- تحلیل کوواریانس چندمتغیره مربوط به دو گروه، در ارتباط با متغیرهای تصور از خود و DASS

شاخص‌های آزمون‌ها	ارزش	نسبت F
اثر پیلایی	۰/۸۶	۷۴/۲
گروه لامبدای ویلکز	۰/۱۳	۷۴/۲
اثر هتلینگ	۶/۶۰	۷۴/۲
بزرگترین ریشه ری	۶/۶۰	۷۴/۲

درجه آزادی برای تمام گروه‌ها ۴، درجه آزادی خطا ۴۵ و $P < 0/00$

جدول ۳- تحلیل آزمون‌های همگنی واریانس لوین در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	نسبت F	مقدار P
میزان	۱۴/۸۹	$P \leq 0/000$
DASS	۹/۳۴	$P \leq 0/004$
میزان تصور	۴/۹۲	$P \leq 0/031$
از خود	۲۲/۰۱	$P \leq 0/000$

درجه آزادی برای تمام گروه‌ها ۱، درجه آزادی خطا ۴۸ بوده است.

می‌شود (۲۱). از آن‌جا که آموزش فوق برای کاهش علائم اضطرابی و افسردگی در جمعیت کنونی مؤثر شناخته شده است، بنابراین ارایه این آموزش‌ها برای بیماران پراشتهای می‌تواند سودمند باشد (۲۲). در کل یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری به بیماران پراشتهای عصبی، نقش مهمی در کاهش علائم منفی روان‌شناختی آن‌ها دارد. لذا این‌گونه برنامه‌های آموزشی در درمان جامع پراشتهایی باید مورد توجه متخصص‌ها قرار گیرد چراکه موجب کاهش هزینه‌های درمان و تسریع فرآیند بهبودی در آنان می‌شود (۲۲). در پژوهش حاضر اثربخشی استرس بر تصور از خود، عزت نفس، اضطراب، افسردگی و استرس مورد بررسی قرار گرفت، درحالی‌که در پژوهش‌های قبلی به مطالعه افسردگی، اضطراب، استرس و علائم پرخوری بسنده شده است (۲۳). همچنین، به‌منظور تأمین هرچه بهتر بهداشت روانی بیماران پراشتهای عصبی، آموزش مدیریت استرس به‌صورت گروهی و کوتاه‌مدت به کاهش مشکلات این بیماران کمک خواهد کرد، لذا استفاده از آن به درمانگران، کارشناسان تغذیه و روان‌شناسان توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، بر اساس نتایج معنادار حاصل شده از این پژوهش، نتیجه‌گیری می‌شود که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری نه تنها موجب ارتقاء سلامت روان و کاهش عواطف منفی زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی می‌شود، بلکه تصور از خود مثبت این بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا از آنجا که سلامت روان بعد مهمی از روند درمانی این بیماران می‌باشد، پیش‌بینی می‌شود کنترل این مولفه‌ها در آینده بتوانند زمینه‌ای جهت سلامت جسمانی و کاهش علائم پرخوری این بیماران را نیز فراهم کنند.

تنهایی بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی می‌شود، بلکه به بیماران می‌آموزد تا خود واقعی‌شان را پذیرفته و دیدگاه مثبتی نسبت به شخصیت و جسم خود داشته باشند. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های اشلوپ، آشتن و همکاران و سلیم خان که به‌طور کلی به بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر سلامت روان، تصور از خود بیماران زن پراشتهای پرداخته بودند همسو است (۱۵-۱۲). در واقع آموزش مدیریت استرس با افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد در سبب افزایش تصور از خود مثبت افراد نقش دارد (۱۶).

با توجه به یافته‌ها بهره‌مندی از آموزش مدیریت استرس مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس زنان پراشتهای می‌شود. براساس یافته‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش، وجود رابطه معناداری بین فشار روانی و اختلالات تغذیه‌ای تأیید می‌شود. این یافته با پژوهش‌های ویچیانسون و همکاران، سالتر و اگریتز، وودز، بال و لی، موساپ، استروب و رومرو مشابه است. به‌نظر می‌رسد استرس، چالشی بزرگ در سلامتی افراد است و جزیی لاینکف و تأثیرگذار در چرخه زندگی این بیماران است (۱۷-۱۹).

شاید بتوان گفت که تلفیق روش‌های رفتاری توأم با فنون شناختی به‌منظور مقابله با استرس در خصوص مشکلات روان‌شناختی بیماران پراشتهای عصبی، مؤثرترین شیوه درمان روان‌شناختی است. به‌نظر می‌رسد این‌گونه آموزش‌ها حتی بر فرآیندهای جسمی این بیماران نیز می‌تواند مؤثر باشد (۲۰). یافته‌های حاصل از پژوهش کنونی را می‌توان این‌چنین تبیین کرد که شرکت در دوره آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، بازسازی شناخت‌ها و باورهای فرد پراشتهای، تقویت باورهای مثبت و امیدبخش در بیماران و کاهش میزان استرس را به همراه خواهد داشت، این موضوع موجب احساس کارآمدی و کاهش هیجانات منفی در بیماران

References

1. Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Lippincott: Williams & Wilkins. 2001; 5(2): 250-6.
2. Apple R, Agras W. *Overcoming your eating disorder*. 2nd ed. US Company: Academic Press. 2008;1(1):20-9.
3. de Zwaan M, Friederich HC. [Binge eating disorder (German)]. *Ther Umsch*. 2006; 63(8): 529-33.
4. El-Giamal N, de Zwaan M, Bailer U, Strnad A, Schüssler P, Kasper S. Milnacipran in the treatment of bulimia nervosa: a report of 16 cases. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2003; 13(2): 73-9.
5. Czaja J, Rief W, Hilbert A. Emotion regulation and binge eating in children. *Int J Eat Disord*. 2009;42(4):356-62.
6. Bekker MH, Boselie KA. Gender and stress: in gender role stress? A re-examination of the relationship between feminine gender role stress and disorders. *Stress & Health*. 2002; 18(9):141-9.
7. Young EA, Clopton JR, Bleckley MK. Perfectionism, low self-esteem, and family factors as predictors of bulimic behavior. *Eat Behav*. 2004; 5(4): 273-83.
8. Schapman-Williams AM, Lock J, Couturier J. Cognitive-behavioral therapy for adolescents with binge eating syndromes: a case series. *Int J Eat Disord*. 2006; 39(3): 252-5.
9. Wichianson JR, Bughi SA, Unger JB, Spruijt-Metz D, Nguyen-Rodriguez ST. Perceived stress, coping and night-eating in college students. *Stress and Health*. 2009; 25(3): 235-40.
10. McComb JJ, Clopton JR. The effects of movement, relaxation, and education on the stress levels of women with subclinical levels of bulimia. *Eat Behav*. 2003; 4(1): 79-88.
11. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory*. 2nd ed. San Antonio: Psychological Corporation. 2000; 328-35.
12. Lovibond PF, Lovibond SH. *Manual for depression anxiety stress scales*. 1th ed. Sydney: Psychology Foundation. 1995; 186-6.
13. 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.
14. Ashton K, Drerup M, Windover A, Heinberg L. Brief, four-session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis*. 2009; 5(2): 257-62.
15. Thomas J, Khan S, Abdulrahman AA. Eating attitudes and body image concerns among female university students in the United Arab Emirates. *Appetite*. 2010; 54(3): 595-8.
16. Duchesne M, Appolinario JC, Rangé BP, Fandiño J, Moya T, Freitas SR. The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007; 29(1): 23-5.
17. Sanlier N, Ogretir AD. The relationship between stress and eating behaviors among Turkish adolescents. *World Applied Sciences Journal*. 2008; 4(2): 233-7.
18. Ball K, Lee C. Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women. *Int J Eat Disord*. 2002; 31(1): 71-81.
19. Mussap AJ. The relationship between feminine gender role stress and disordered eating symptomatology in women. *Stress and Health*. 2007; 23: 343-8.
20. Stober M. Stressful life events associated with bulimia and anorexia nervosa: Empirical findings and theoretical speculations. *Int J Eat Disord*. 1984; 3: 3-16.
21. Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behav Res Ther*. 2004; 42(11): 1325-39.
22. Wolff GE, Clark MM. Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder: a clinical study. *Eat Behav*. 2001; 2(2): 97-104.
23. Houman F, Mehrabi zاده Honarmand M, Khajeddin N, Zargar Y. [The effects of cognitive behavior group therapy on binge eating disorder and in women of Ahvaz overeating anonymous (Persian)]. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2011; 10(4): 417-25.
24. Shelley-Ummenhofer J, MacMillan PD. Cognitive-behavioural treatment for women who binge eat. *Can J Diet Pract Res*. 2007; 68(3): 139-42.