



The effectiveness of dialectical behavior therapy on self-blame and mental rumination in binge-eating patients

Monica Vakili¹, Zahra Bagherzadeh Golmakani², Mustafa Bolghan-Abadi³

1. Ph.D Candidate in Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: monicavakili2018@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: z.bagherzadeh@iau-neyshabur.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. E-mail: Mu.BolghanAbadi@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 07 February 2024

Received in revised form 05 March 2024

Accepted 08 April 2024

Published Online 22 October 2024

Keywords:

dialectical behavior therapy, self-blame, rumination, overeating

ABSTRACT

Background: Binge-eating disorder (BED) is a serious mental health condition characterized by recurrent episodes of consuming large quantities of food in a short period, accompanied by feelings of loss of control. Individuals with BED often experience negative emotional states such as self-blame and mental rumination, which can exacerbate their binge-eating behaviors. Dialectical Behavior Therapy (DBT) is an evidence-based treatment approach that focuses on developing skills to manage emotions, improve interpersonal relationships, and regulate behaviors and in this population has not been studied.

Aims: The aim of the present study was to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy on self-blame and mental rumination of patients with binge-eating disorder.

Methods: The current research was a semi-experimental with a pretest, posttest, and 3-month follow-up design and a control group. The statistical population included all obese and overweight women aged 18 to 45 suffering from overeating in Karaj, who had regular visits to Overeaters Anonymous Association in Karaj between July 2022 and May 2023. A convenience method was used to select the sample (n=40) from among the statistical population, who volunteered to participate in the intervention and met the inclusion criteria. The subjects were assigned equally in two experimental (20 patients) and one wait-list control (20 patients). After the pretest, the subjects of the experimental group received the dialectical behavior therapy intervention in 2-hour weekly sessions for 9 sessions. Then the posttest stage and three months later follow-up was carried out. The tools used in this research were the levels of self-criticism scale (Thompson & Zuroff, 2004), the mental rumination (Nolen-Hoeksema and Maro, 1991) and the overeating questionnaire (Gormali *et al.*, 1982). The data obtained from this research were analyzed using SPSS-27 software using mixed ANOVA.

Results: The results showed that dialectical behavior therapy has a significant effect in reducing self-blame and mental rumination in binge eating patients and this effect has been stable after three months.

Conclusion: In conclusion, this study adds to the evidence supporting Dialectical Behavior Therapy (DBT) for treating binge-eating disorder. It shows that DBT reduces self-blame and mental rumination, and these improvements last at least three months. DBT's focus on addressing cognitive distortions and improving emotion regulation skills offers hope for long-term recovery.

Citation: Vakili, M., Bagherzadeh Golmakani, Z., & Bolghan-Abadi, M. (2024). The effectiveness of dialectical behavior therapy on self-blame and mental rumination in binge-eating patients. *Journal of Psychological Science*, 23(140), 199-217. [10.52547/JPS.23.140.199](https://doi.org/10.52547/JPS.23.140.199)

Journal of Psychological Science, Vol. 23, No. 140, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.140.199](https://doi.org/10.52547/JPS.23.140.199)



✉ **Corresponding Author:** Zahra Bagherzadeh Golmakani, Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

E-mail: z.bagherzadeh@iau-neyshabur.ac.ir, Tel: (+98) 9352161801

Extended Abstract

Introduction

Eating disturbances result in significant disruptions in eating habits and body mass (Aschmidt et al., 2016). Studies show that both binge eating issues and eating disorders can have grave consequences like excessive weight, diabetes, and related health problems including hypertension (Mitchell, 2016; Wingston, 2020).

Feelings of self-condemnation are a frequent reaction to adverse situations and are often linked with sentiments like remorse, embarrassment, and self-repugnance. These feelings might propel behaviors harmful to oneself connected with eating problems, leading to a cycle of adverse emotions and disordered actions (Lord, 2015).

Recent research by Palmieri et al. (2021) and Rickersby et al. (2022) has established a correlation between psychological distress and the seriousness of eating problems across both clinical and non-clinical psychological settings. Moreover, individuals experiencing neurotic anorexia and binge eating disorder display higher levels of self-reproach compared to those not suffering from eating issues (Newman & Smoldy, 2021).

Given the persistent impact of self-blame and mental distress on individuals with binge eating disorder, cognitive-behavioral therapies aimed at modifying lifestyle are essential. Over the past two decades, psychologists have shown interest in understanding the nature of binge eating and have employed various effective techniques to reduce and treat this disorder (Van Eden et al., 2021). These approaches have been instrumental in improving the quality of life for those affected by eating disorders (Zhu et al., 2020).

Current treatments like cognitive-behavioral therapy emphasize normalizing inappropriate eating patterns and reevaluating beliefs related to weight and body (Schaffel et al., 2021). Interpersonal therapy aims to address interpersonal problems that perpetuate eating disorders (Tersher et al., 2020). Additionally, weight reduction behavioral therapy specifically targets disordered eating patterns and excessive calorie consumption in overweight individuals with eating disorders, leading to improved psychological

symptoms and neurotic tendencies (Soleimani et al., 1393). Considering the positive aspects of dialectical treatment approaches, researchers have recommended dialectical psychological interventions to enhance self-control over eating behaviors in affected individuals (Rozuko-Somalia et al., 2021).

In light of the above discussions, the present study seeks to answer the question: Does dialectical behavioral therapy effectively impact self-blame and mental binge eating in individuals with binge eating disorder?

Method

The recent investigation utilized a quasi-experimental framework involving initial and final assessments, alongside a comparison group and a follow-up segment spanning three months. The sample comprised overweight and obese females aged 18 to 45, diagnosed with binge eating disorder, and attending the Anonymous Binge Eaters Association in Karaj between 1401 and 1402. Forty eligible individuals were randomly distributed into two groups—control and dialectical behavioral therapy intervention—each consisting of 20 participants.

Data collection tools included:

A. Binge Eating Scale (Gormally et al., 1982).

B. The levels of self-criticism scale (Thompson & Zuroff, 2004).

C. Mindful Eating Scale (Nolen-Hoeksema & Maru, 1991).

In this study, the intervention group received dialectical behavioral therapy over nine sessions, each lasting 120 minutes and conducted once a week. The waitlist control group was also included in the study. Data analysis was performed using mixed analysis of variance (within-group and between-group).

Results

In this section, descriptive tables of means and standard deviations for the variables of self-blame and mindful eating, as well as the Shapiro-Wilk index, were presented to examine the normal distribution of data in the two research groups during the pretest, posttest, and follow-up assessments (see Table 1).

As shown in Table 2, the mean values of the self-blame and mindful eating variables decrease with each successive measurement. However, in the control group, there are no significant changes in scores across the three assessment stages. To examine these differences, appropriate statistical methods

based on the data conditions should be employed. The results in Table 2 illustrate the outcomes of repeated measures analysis of variance (ANOVA) for investigating the main effects of group and time on the self-blame and mindful eating variabl.

Table 1. Mean, Standard Deviation, and Shapiro-Wilk Index for Research Variables at the Pretest, Posttest, and Follow-Up

Variable	Group	Pretest		Posttest		Follow-up	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Self-Blame	DBT	81.4	2.58	71.9	3.4	95	3.3
	Control	78.4	3.23	81.5	2.87	80.55	2.81
Rumination	DBT	80.15	2.41	68.9	4.8	68.05	4.77
	Control	80.2	4.44	81.1	3.08	81.3	3.48

Table 2. Repeated Measures Analysis Results for Explaining the Effect of the Independent Variable on Self-Blame and Mindful Eating

Source	SS	df	MS	F	P	Effect size	Observed power
Group	209.42	1.51	209.42	21.84	<0.001	0.36	1.00
Time	770.13	1	770.13	57.51	<0.001	0.60	1.00
Group×Time	648.53	1.51	648.53	67.61	<0.001	0.64	1.00
Group	380.91	1.46	380.91	32.23	<0.001	0.36	1.00
Time	2167.5	1	2167.5	94.87	<0.001	0.71	1.00
Group×Time	735.5	1.46	735.5	45.54	<0.001	0.54	1.00

Table 2 presents the results of repeated measures analysis for the self-blame and mindful eating variables. The content of the table indicates that the main effects of group, time, and the interaction of time and group are significant for both self-blame and

mindful eating ($p < 0.001$). To examine pairwise differences in means between self-blame and mindful eating across the three assessment stages, a Bonferroni post hoc test was used, as shown in Table 3.

Table 3. Bonferroni Post Hoc Test Results

Group	Variable	Baseline Mean	Compared Stage Mean	Mean Differences	Standard Error	p
DBT	Self-Blame	Pretest	Posttest	9.5	0.94	<0.001
			Follow-Up	9.45	0.92	<0.001
		Posttest	Follow-Up	-0.05	0.35	1.00
	Rumination	Pretest	Posttest	11.25	1.2	<0.001
			Follow-Up	12.1	1.24	<0.001
		Posttest	Follow-Up	0.85	0.57	0.462
Control	Self-Blame	Pretest	Posttest	-3.1	0.93	0.051
			Follow-Up	-2.15	1.06	0.168
		Posttest	Follow-Up	0.95	0.72	0.601
	Rumination	Pretest	Posttest	-0.90	1.08	1.00
			Follow-Up	-1.1	1.39	1.00
		Posttest	Follow-Up	-0.2	0.83	1.00

As shown in Table 3, in both self-blame and mindful eating variables, there are significant differences between pretest and posttest, pretest with follow-up, and posttest with follow-up ($p < 0.001$). Considering the differences in means, scores have decreased from pretest to posttest. Additionally, there is no significant difference between the mean scores at the posttest and follow-up ($p > 0.05$). Based on the mean differences, scores have decreased from the pretest to the follow-

up. Therefore, it can be concluded that dialectical behavioral therapy is effective in reducing self-blame and mindful eating in individuals with binge eating disorder.

Conclusion

The current investigation sought to explore how dialectical behavioral therapy influences feelings of self-criticism and mindful consumption among those

diagnosed with binge eating disorder. The findings illustrated that this therapy effectively mitigated self-blame and promoted mindful eating habits in female binge eating disorder patients. Additionally, subsequent assessments revealed that the positive effects of dialectical behavioral therapy endured over an extended period. These outcomes are consistent with prior studies that have delved into similar topics (Ben-Porath et al., 2020; Badrkhan et al., 1401, 1402; Hassanzadeh & Mansouri, 1401; Rahmani Moghadam et al., 1402; Roohee et al., 1402; Reilly et al., 2020; Kenny et al., 2020; Zarabi et al., 1400; Taheri Daghighian et al., 1398; Komedi & Burton, 2023; Lamers et al., 2020; Noshkia et al., 1399; Vogel, 2023).

In elucidating these findings, it can be stated that the core focus of dialectical behavior therapy (DBT) revolves around learning, teaching, applying, and generalizing specific adaptive coping skills. This intervention enhances patients' resilience against challenges and obstacles, imbuing life with renewed vibrancy. Within this treatment, interpersonally effective skills, mindfulness skills, and distress tolerance skills are imparted. For instance, the mindfulness skill, which is also a distinctive feature of DBT, leads to reduced avoidance and decreased emotional turmoil related to self-care. By grappling with these challenges, individuals gain insight into their worth, self-compliance, and self-belief. Consequently, these fosters increased engagement with life and, consequently, an amelioration of self-blame. Dialectical behavior therapy is a solution-focused therapeutic approach that assists individuals in identifying unhealthy behaviors and replacing them with healthier ones.

Consequently, the study highlights the importance of dialectical behavior therapy (DBT) in effectively treating self-blame and cognitive mindless eating behaviors among females diagnosed with binge eating disorders. The amelioration of these symptoms

suggests DBT's potential for sustained enhancements in psychological wellness and long-term recovery among individuals struggling with eating disorders. Further exploration into the mechanisms driving DBT's effectiveness within this demographic can offer valuable insights and guide the development of tailored therapeutic interventions.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This research was approved by the Ethics Committee of the Islamic Azad University, Neyshabur Branch, with the ethics identifier IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1402.001. The article draws from the doctoral dissertation of the first author. The ethical considerations of this study included obtaining informed consent from participants, ensuring confidentiality of participant information, and ensuring no harm to participants during their involvement in the research.

Funding: This research was conducted as part of a doctoral dissertation and received no financial support.

Authors' contribution: In this research, which is based on a doctoral dissertation, the first author served as the executor, the second author as the supervisor, and the third author as the consultant.

Conflict of Interest: The authors also declare that there are no conflicts of interest in the results of this research.

Acknowledgments: We extend our gratitude to all participants who contributed to this research and to everyone who assisted us throughout the study.



اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به پرخوری

مونیکا وکیلی^۱، زهرا باقرزاده گلکمانی^۲، مصطفی بلقان آبادی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۱۸

بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۱۵

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۲۰

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

کلیدواژه‌ها:

رفتاردرمانی دیالکتیک،

خودسرزنشگری،

نشخوار ذهنی،

پرخوری

زمینه: اختلال پرخوری (BED) یک وضعیت سلامت روانی جدی است که با دوره‌های مکرر مصرف مقادیر زیاد غذا در یک دوره کوتاه، همراه با احساس از دست دادن کنترل مشخص می‌شود. افراد مبتلا به BED اغلب حالت‌های عاطفی منفی مانند سرزنش خود و نشخوار فکری را تجربه می‌کنند که می‌تواند رفتارهای پرخوری آن‌ها را تشدید کند. رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) یک رویکرد درمانی مبتنی بر شواهد است که بر توسعه مهارت‌های مدیریت احساسات، بهبود روابط بین فردی و تنظیم رفتارها تمرکز دارد و در جامعه حاضر مورد مطالعه قرار نگرفته است.

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به پرخوری بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان چاق و دارای اضافه وزن ۱۸ تا ۴۵ ساله مبتلا به پرخوری شهر کرج که در فاصله تیر ماه ۱۴۰۱ تا اردیبهشت ۱۴۰۲ به انجمن پرخوران گمنام شهر کرج مراجعه داشته‌اند. انتخاب حجم نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ نفر از میان زنانی که داوطلب شرکت در مداخله بودند و با رعایت معیارهای ورود به پژوهش و کسب نمره بالای پرسشنامه پرخوری به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) گمارده شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی، پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیک با استفاده از کتاب رفتاردرمانی دیالکتیکی برای پرخوری و پراشتهایی روانی راهنمای عملی برای متخصصین بالینی نوشته‌شده ساغر و همکاران (۱۳۹۹/۲۰۰۹) طی ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی دریافت کردند. سپس مرحله پس‌آزمون و بعد از ۳ ماه مرحله پیگیری انجام گردید. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه سطوح خودانتقادی (تامسون و زوروف، ۲۰۰۴)، پرسشنامه پرخوری (گورمالی و همکاران، ۱۹۸۲) و نشخوار ذهنی (نالن هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) بود. داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-27 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی مبتلایان به پرخوری تأثیر معناداری دارد و این تأثیر بعد از گذشت سه ماه ثابت بوده است.

نتیجه‌گیری: این مطالعه به شواهد حمایت از رفتاردرمانی دیالکتیکی برای درمان اختلال پرخوری اضافه می‌کند و نشان می‌دهد که این درمان سرزنش خود و نشخوار فکری را کاهش می‌دهد و این پیشرفت‌ها حداقل سه ماه طول می‌کشد. تمرکز این درمان بر پرداختن به تحریف‌های شناختی و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان آمیدی را برای بهبودی طولانی‌مدت ایجاد می‌کند.

استاد: وکیلی، مونیکا؛ باقرزاده گلکمانی، زهرا؛ و بلقان آبادی، مصطفی (۱۴۰۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به پرخوری. مجله

علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۰، ۱۹۹-۲۱۷.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۰، ۱۴۰۳. DOI: [10.52547/JPS.23.140.199](https://doi.org/10.52547/JPS.23.140.199)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: زهرا باقرزاده گلکمانی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. رایانامه: z.bagherzadeh@iau-neyshabur.ac.ir

تلفن: ۰۳۵۲۱۶۱۸۰۱

مقدمه

اختلالات خوردن^۱ شرایط رفتاری جدی است که با اختلالات شدید و مداوم در رفتارهای خوردن مشخص می‌شود و بر عملکردهای فیزیکی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۴). اختلالات خوردن در نوجوانان و حتی بیشتر در بزرگسالان جوان شایع و شدید است. آن‌ها ممکن است منجر به عوارض روانی و جسمی متعدد شوند و احتمالاً بر کیفیت زندگی و حتی مرگ و میر تأثیر می‌گذارند (پاسولد و همکاران، ۲۰۱۴؛ کراول و همکاران، ۲۰۱۵). افراد دچار اختلال پرخوری رفتارهای خوردن پرخوری تکرارشونده دارند که در خلال آن‌ها میزان زیادی از غذا را طی مدت کوتاهی می‌خورند. برخلاف پراشتهایی عصبی این بیماران پس از حمله پرخوری به رفتارهای جبرانی مانند مصرف میلیون‌ها دست نمی‌زنند. دوره‌های پرخوری اغلب در خفا و خلوت فرد اتفاق می‌افتند عموماً شامل غذاهایی با محتوای کالری بالا هستند و در خلال پرخوری فرد احساس می‌کند نمی‌تواند رفتار خوردن خود را کنترل کند. اختلال پرخوری شایع‌ترین اختلال خوردن است. این اختلال تقریباً در ۲/۵ درصد بیمارانی که به دلیل چاقی به دنبال مراقبت پزشکی برمی‌آیند و در ۵۰ تا ۷۵ درصد افراد دچار چاقی شدید (شاخص توده بدنی بیشتر از ۴۰ درصد) دیده می‌شود. این اختلال در زنان (۴ درصد) شایع‌تر از مردان (۲ درصد) است (بولاند، و روئیز، ۲۰۲۰). مطالعات نشان می‌دهد که پرخوری عصبی و اختلال خوردن می‌تواند منجر به عوارض جدی مانند چاقی، دیابت و بیماری‌های مرتبط مانند فشار خون بالا شوند (میتچل، ۲۰۱۶؛ وینگستون، ۲۰۲۰).

سرزنش خود^۲ یک واکنش رایج به رویدادهای منفی است و اغلب با احساسات دیگری مانند گناه، شرم و انزجار از خود همراه است. این احساسات ممکن است منجر به رفتارهای خودتخریبی مرتبط با اختلالات خوردن و در نتیجه منجر به سرزنش بیشتر خود شود که نتیجه آن چرخه‌ای از احساسات منفی و رفتارهای اختلال خوردن است (لورد، ۲۰۱۵). خودسرزنشگری به دلیل مشترک بودن در پاسخ به استرس و نقش آن در احساسات، باید با استفاده از دیدگاه روانشناسی در مورد استرس و مقابله مورد بررسی قرار گیرد (دورنالاس و سارس، ۲۰۱۸). از آنجایی که این

شرایط مزمن در طول سالیان متمادی ادامه می‌یابند و اغلب ناپایدار هستند، تأثیر مخربی بر بهزیستی روانی دارند (جتی و همکاران، ۲۰۲۰). لاریسون و پریتچارد (۲۰۱۹) در بررسی اثرات شرم درونی و خودسرزنشگری بر اختلال در غذا خوردن در مردان به این نتیجه رسیدند که مردانی که سطوح بالاتری از خودسرزنشگری و شرم درونی شده را گزارش کردند، سطوح بالاتری از علائم اختلال خوردن را گزارش کردند. از دیگر پژوهش‌های مرتبط با اختلالات خوردن و عوامل روانشناختی، پالمیری و همکاران (۲۰۲۱) و ریکربی و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که نشخوار ذهنی با شدت آسیب‌شناسی روانی اختلالات خوردن در روانشناسی بالینی و غیربالینی مرتبط است. همچنین افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی بیش از افراد بدون اختلالات خوردن، نشخوار می‌کنند (نومان و اسموالدی، ۲۰۲۱). نشخوار ذهنی همچنین با شروع رفتارهای غذایی نامنظم، از جمله پرخوری، رفتارهای جبرانی و محدودیت غذایی، در نمونه‌های دختران نوجوان مرتبط است (کورناکا و همکاران، ۲۰۲۱). نشخوار ذهنی یک فرآیند شناختی است که شامل افکار تکراری در مورد تجربیات و احساسات منفی است و با آسیب‌شناسی روانی همراه است. نشخوار ذهنی در اختلالات خلقی و اضطراب نقش دارد، و تحقیقات فزاینده‌ای در مورد نشخوار ذهنی در رابطه با آسیب‌شناسی روانی اختلال خوردن وجود دارد (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۸). نشخوار ذهنی به فرآیند شناختی اشاره دارد که در آن شخص به طور مکرر و منفعلانه بر معنا، علل و پیامدهای احساسات منفی تمرکز می‌کند (نولن هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸). شاید مهمتر از همه، فرآیندهای نشخوارکننده یک چرخه مخرب و تقویت‌کننده را نشان می‌دهند که در آن تأثیر منفی و نشخوار ذهنی به طور متقابل یکدیگر را در طول زمان تشدید می‌کنند (واتکینز و روبرتز، ۲۰۲۰). یعنی نشخوار ذهنی منجر به حالت‌های خلقی منفی می‌شود که به نوبه خود منجر به افزایش شناخت‌های سازگار با خلق و افکار تکراری (یعنی نشخوار ذهنی) می‌شود که خلق و خوی منفی را بیشتر تشدید می‌کند. علاوه بر این، نشخوار ذهنی به‌عنوان شکلی از تنظیم هیجان ناسازگار تعریف شده است (یاووز گولر و کاواجا، ۲۰۲۱).

2. self-blame

1. eating disorders

به طور کلی، پاسخ نشخوارکننده به عنوان شکل ناسازگارتر نشخوار ذهنی^۱ مطرح شده است، زیرا با افزایش خطر ابتلا به افسردگی مرتبط است (بین و همکاران، ۲۰۲۱). در حالی که نشخوار ذهنی به طور گسترده در شروع، حفظ و تشدید علائم افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته است، در چندین نوع آسیب شناسی روانی دیگر نقش دارد (وندربلیند و همکاران، ۲۰۲۲). به طور خاص، تحقیقات فزاینده‌ای وجود دارد که نشخوار ذهنی را در زمینه اضطراب و مصرف مواد، و اخیراً در اختلالات خوردن بررسی می‌کنند (جای و همکاران، ۲۰۲۲). به عنوان نمونه در مطالعه نائومان و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی تأثیر پذیرش هیجانی و نشخوار ذهنی بر نارضایتی بدنی ناشی از رسانه در بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی نشان دادند که نشخوار ذهنی منجر به افزایش قابل توجهی از نارضایتی بدن در افراد با اختلال خوردن شد.

متأسفانه، مزمن بودن ماهیت اختلال پرخوری عصبی، نداشتن پیش‌آگهی مناسب و درمان قطعی و درگیر ساختن فرد در زندگی روزمره باعث ایجاد مشکلات روانی متعددی در این افراد می‌گردد (فان ایدن و همکاران و همکاران، ۲۰۲۱). باتوجه به تأثیر تداوم‌دهنده‌ی نشخوار ذهنی و خودسرزنشگری در حالات خلقی منفی افراد مبتلا به پرخوری، نیاز به درمان‌های شناختی-رفتاری در جهت اصلاح سبک زندگی احساس می‌شود. در دو دهه گذشته علاقه به درک ماهیت پرخوری و گسترش روش‌های مؤثر بر آن در بین روان‌شناسان فزونی یافته (فان ایدن و همکاران، ۲۰۲۱) و به منظور کاهش و درمان این اختلال، روش‌ها و فنون متعددی مورد استفاده قرار گرفته است (ژو و همکاران، ۲۰۲۰).

در حال حاضر درمان‌های موجود همچون درمان شناختی-رفتاری که بر نرمال‌سازی الگوهای نامناسب اختلالات خوردن و بیش‌ارزش‌گذاری در عقاید مربوط به وزن و بدن متمرکز است (شافل و همکاران، ۲۰۲۱)، و درمان بین‌فردی که هدف آن حل مشکلات بین‌فردی است که موجب ابقا و نگهداشتن اختلالات خوردن می‌شود (ترشر و همکاران، ۲۰۲۰) و درمان رفتاری کاهش وزن که بر کاهش الگوهای آشفته و بی‌نظم خوردن و مصرف بیش از اندازه کالری در مراجعین چاق دارای اختلال پرخوری تأکید دارد، سبب بهتر شدن علائم اختلالات پرخوری افراطی روانی و

^۱. rumination

پراشتهایی عصبی می‌شوند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۳). باتوجه به جنبه‌های مثبت رویکرد درمان دیالکتیکی، پژوهشگران مداخله‌های مبتنی بر روان‌درمانی دیالکتیکی^۲ را برای افزایش خودکنترلی بر رفتار خوردن این افراد پیشنهاد کرده‌اند (روزوکو-سومالیا و همکاران، ۲۰۲۱). این درمان، یک رویکرد شناختی-رفتاری است که لینهان آن را به عنوان یک درمان برای افراد اقدام‌کننده به رفتارهای خود تخریب‌گر تشخیص داده است. این رویکرد، مداخله‌های مربوط به درمان شناختی-رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر هستند با آموزه‌ها و فنون شرقی که مبتنی بر اصل پذیرش هستند درهم آمیخته است و بر این اساس چهار مؤلفه‌ی مداخله‌ای را مطرح می‌کند. الف- تحمل پریشانی (به عنوان مؤلفه پذیرش)، ب- هشیاری فراگیر بنیادین، ج- تنظیم هیجانی و د- کارآمدی بین‌فردی (به عنوان مؤلفه تغییر) (لینهان، ۲۰۲۰). شواهد نشان می‌دهد که این رویکرد در درمان اختلالات خوردن به ویژه پرخوری موفقیت‌آمیز بوده و نتایج امیدوارکننده‌ای به همراه داشته است (شیراساوا و همکاران، ۲۰۱۵). رفتاردرمانی دیالکتیکی ترکیبی از روش‌های مربوط به درمان‌های حمایتی، شناختی و رفتاری است. جهت‌گیری نظری این درمان مبتنی بر نظریه‌های رفتاری و نظریه‌های مداخله در بحران مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی می‌باشد (لینهان، ۲۰۲۰). تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب تغییر مثبت تصویر تن در افراد دارای پرخوری می‌گردد (بن-پوراس و همکاران، ۲۰۲۰؛ ریلی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین ریلی و همکاران (۲۰۲۰) با مرور تحقیقات پیشین نشان دادند که این رویکرد بر کاهش رفتارهای پرخوری در نوجوانان نیز مؤثر بوده است. این درمان در کاهش شکایات بدنی و سواس مرگ زنان در دوران کرونا نیز اثرگذار بوده است (بدرخانی و همکاران، ۱۴۰۱؛ بدرخانی و همکاران، ۱۴۰۲). رئیسی و همکاران (۱۴۰۰) نشان دادند که تاب‌آوری زنان مطلقه نیز با استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی افزایش می‌یابد. شواهد حاکی از این است که رفتاردرمانی دیالکتیک نشخوار ذهنی معلولین (رحمانی مقدم و همکاران، ۱۴۰۲)، بهبود تنظیم هیجانی (نوش‌کیا و همکاران، ۱۳۹۹)، کاهش اضطراب (طاهری داغیان و همکاران، ۱۳۹۸)، و کاهش سواس فکری (محسنی و یزدخواستی، ۱۳۹۷). سلیمانی و همکاران (۱۳۹۳) نیز در مطالعه‌ی خود به

^۲. dialectical therapy

در پژوهش، عدم دریافت روان‌درمانی و دارو درمانی قبل از ورود به پژوهش) و معیارهای خروج (غیبت بیش از دو جلسه، در حین درمان، درمان دیگری شروع کرده باشد، مخدوش کردن پرسشنامه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، پاسخ ندادن به حداقل ده درصد از سوالات). سپس از میان آن‌ها، ۴۰ نفر از افرادی که معیارهای ورود را داشتند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی به نسبت مساوی در دو گروه گواه و رفتاردرمانی دیالکتیکی (۲۰ نفر در هر گروه) گمارش شدند.

(ب) ابزار

مقیاس پرخوری: مقیاس پرخوری را گورمالی و همکاران (۱۹۸۲) به منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی کردند. این مقیاس از ۱۴ سؤال چهارگزینه‌ای و دو سؤال سه‌گزینه‌ای تشکیل شده است. سوالات ۱-۲-۳-۴-۵-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴ و ۱۵ به صورت چهارگزینه‌ای بوده و به آن‌ها نمره ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. سوالات ۶ و ۱۶ سه‌گزینه‌ای هستند و نمرات ۰، ۱ و ۲ به آن‌ها اختصاص می‌یابد و چند سؤال به شکل متفاوت نمره‌گذاری می‌شوند. سؤال ۳ با نمرات ۰، ۱ و ۳ و سؤال ۴ با نمرات ۰، ۱ و ۲ و سؤال ۷ با نمرات ۰، ۲، ۳ و ۴. نمره کلی از صفر تا ۴۶ متغیر است. در این مقیاس نمرات ۱۷ و پایین‌تر از ۱۷ عدم پرخوری، نمرات ۱۸ تا ۲۶ پرخوری متوسط و نمرات ۲۷ به بالا پرخوری شدید را نشان می‌دهد. این مقیاس نمره‌گذاری معکوس ندارد. گورمالی و همکاران (۱۹۸۲) پایایی این مقیاس را به شیوه همسانی درونی سوالات با استفاده از روش آلفای کرونباخ قبل از درمان ۰/۹۴ و پس از درمان ۰/۹۲ محاسبه نمودند. فرم ایرانی این مقیاس توسط مولودی و همکاران (۱۳۸۹)، در ارتباط با ۶۰ شرکت‌کننده اجرا شد که حساسیت آن ۰/۸۵ و اعتبار آزمون-بازآزمون آن ۰/۷۲ محاسبه گردید. در تحقیق حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از شیوه همسانی درونی سوالات و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. پرسشنامه سطوح خودانتقادی تامسون و زوروف (۲۰۰۴): این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است که توسط تامسون و زوروف در سال ۲۰۰۴ ساخته شد. این پرسشنامه ۲۲ ماده دارد که در یک پیوستار هفت درجه‌ای به شیوه لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده خودانتقادی بیشتر است. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی است. پایایی این مقیاس برای خرده مقیاس

این نتیجه رسیدند که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش میزان پرخوری و افسردگی بیماران زن مبتلا به اختلال پرخوری افراطی مؤثر می‌باشد.

اختلال پرخوری و مسائل روان‌شناختی مرتبط مانند سرزنش خود و نشخوار فکری در فرهنگ‌ها از جمله ایران رایج است (سالاریان کالجی و همکاران، ۲۰۲۱؛ الهی دوست و همکاران، ۱۴۰۱). با این حال، عوامل فرهنگی ممکن است بر بروز و بیان این رفتارها و همچنین رفتارهای کمک‌جویی و ترجیحات درمانی افراد تأثیر بگذارد (اکل و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، انجام تحقیقات در مورد اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور خاص در یک بافت ایرانی، امکان توسعه مداخلات حساس فرهنگی متناسب با نیازها و ترجیحات بیماران پرخوری ایرانی را فراهم می‌کند. باتوجه‌به اینکه مشکلات افراد مبتلا به پرخوری، آن‌ها را با فشارها و مشکلات زیادی در زندگی شخصی مواجه می‌سازد و کیفیت زندگی آن‌ها را تهدید می‌کند و همچنین از آنجایی که مطالعات اندکی در زمینه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به پرخوری انجام شده است که خود می‌تواند نشانگر خلأ پژوهشی در این زمینه باشد، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به پرخوری مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان چاق و دارای اضافه‌وزن ۱۸ تا ۴۵ ساله مبتلا به پرخوری شهر کرج که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ به انجمن پرخوران گمنام شهر کرج مراجعه منظم داشتند. از میان جامعه آماری برای انتخاب حجم نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس (با توجه عدم دسترسی به تمام افراد پرخور شهر کرج) و با رعایت معیارهای ورود به پژوهش (جنس زن، تشخیص اختلال پرخوری، داشتن اضافه‌وزن (شاخص توده بدنی بالای ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع) یا چاقی (شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع)، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل مدرک دیپلم، توانایی فهم و درک مطالب به زبان فارسی، تمایل به شرکت

ج) روش اجرا

در این پژوهش ابتدا از بین زنان مراجعه کننده به انجمن پرخوران گمنام با توجه به اینکه دسترسی به تمام زنان پر خور نداشتیم، تعداد ۴۰ نفر از افرادی که معیارهای ورود را داشتند به صورت دردسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه به طور مساوی جایگزین شدند. سپس قبل از اجرای مداخله، پرسشنامه‌ها در اختیارشان قرار گرفت و به عنوان پیش‌آزمون آن‌ها را پر کردند. سپس بلافاصله پس از مداخله به عنوان پس‌آزمون پرسشنامه دوباره پر شد و بعد از گذشت سه ماه از مداخله برای مرتبه سوم پرسشنامه‌ها در اختیار دو گروه قرار گرفت و به عنوان پیگیری پر شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط (درون گروهی و بین گروهی) انجام شد.

پروتکل رفتار درمانی دیالکتیک: در این مطالعه برای درمان رفتار درمانی دیالکتیک با استفاده از کتاب رفتار درمانی دیالکتیکی برای پرخوری و پراشتهایی روانی راهنمای عملی برای متخصصین بالینی نوشته سافر و همکاران (۱۳۹۹/۲۰۰۹) اقتباس شده است. این مداخله در طی ۹ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای که در هفته یک‌بار برگزار می‌شود، اجرا گردید. روند اجرای هر جلسه درمانی به این صورت بود که زمان ابتدایی هر جلسه به مرور تکالیف خانگی هفته قبل اختصاص داشته و در زمان دوم جلسه مهارت جدیدی به اعضا آموخته شد که چکیده مباحث آموزش داده شده در هر هفته از پژوهش در ذیل عنوان شده است. لازم به ذکر است که این درمان توسط محقق و در مرکز روان‌درمانی البرز در شهر کرج انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان گروه رفتار درمانی دیالکتیک و گروه گواه به ترتیب برابر با ۳۰/۶ و ۲۹/۱۵ سال بود. همچنین میانگین مدت ابتلاء گروه رفتار درمانی دیالکتیک و گروه گواه به ترتیب برابر با ۳/۱۵ و ۳/۵۵ سال بود. شاخص توده بدنی شرکت کنندگان گروه رفتار درمانی دیالکتیک و گروه گواه به ترتیب برابر با ۲۲/۴۲ و ۳۳/۷۵ بود. در نهایت نیز سطح تحصیلات افراد شرکت کننده در گروه رفتار درمانی دیالکتیک نیز ۱۲ نفر (۶۰ درصد) لیسانس بود، ۵ نفر فوق دیپلم (۲۵ درصد)، و ۳ نفر (۱۵ درصد) نیز دارای تحصیلات دیپلم بودند. در گروه کنترل نیز سطح تحصیلات ۱۴ نفر (۷۰ درصد) از شرکت کنندگان لیسانس بود و ۶ نفر (۳۰ درصد) نیز دارای تحصیلات دیپلم بودند.

خودانتقادی ۰/۸۴ و خرده مقیاس خودانتقادی درونی شده ۰/۸۸ به دست آمد. روایی همگرایی این مقیاس با خرده مقیاس نوروزگرایی به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۵۴ برای خرده مقیاس‌های خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی محاسبه شد. همچنین روایی واگرایی این پرسشنامه با مقیاس ارزش خود به ترتیب برای خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی ۰/۶۶- و ۰/۵۲- به دست آمد (تامسون و زوروف، ۲۰۰۴). این مقیاس برای نخستین بار در ایران توسط موسوی و قربانی (۱۳۸۵) ترجمه و اعتباریابی شد. روایی این مقیاس به شیوه روایی همگرا با استفاده از همبستگی این ابزار با مقیاس مشکلات بین فردی مثبت و معنادار ارزیابی شد. همچنین پایایی این مقیاس برای نمره کل با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی سؤالات با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

مقیاس نشخوار ذهنی نالن هوکسما و مارو (۱۹۹۱): نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزمای تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. نحوه نمره گذاری: پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت و ۳ مؤلفه بروز دادن (بازتاب): ۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰ و ۲۱؛ -در فکر فرو رفتن: ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵ و ۱۶؛ افسردگی: ۱ تا ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۲ دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه بندی کنند (نالن- هوکسما و مارو، ۱۹۹۱). کمترین نمره این پرسش‌نامه ۲۲ و بالاترین نمره ۸۸ است. نمره کل نشخوار ذهنی از طریق جمع ماده‌ها محاسبه می‌شود. این پرسش‌نامه در ایران توسط منصوری و دیگران (۱۳۸۹) مورد بررسی قرار گرفته و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. آلفای کرونباخ در پژوهش منصوری و دیگران (۱۳۸۹) ۰/۹۰ به دست آمد. اعتبار پیش بین مقیاس پاسخ‌های نشخواری می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی با کنترل متغیرهایی مانند سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا پیش‌بینی کند (منصوری و دیگران، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با استفاده از شیوه همسانی درونی سؤالات و ضریب آلفای کرانباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

بررسی توزیع نرمال داده‌ها در دو گروه پژوهش در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارزیابی در جدول ۲ نشان داده شده‌اند.

در ادامه در این بخش، جداول توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی و شاخص شایپرویلک جهت

جدول ۱. عناوین جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک

ردیف	اهداف	محتوا	تکلیف
۱	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب باهدف پر کردن صحیح پرسش‌نامه‌ها و ایجاد اعتماد	اجرای پیش‌آزمون. ایجاد رابطه درمانی مناسب و فهم کلی مراجع در مورد مشکلات مربوط به خوردن و آماده کردن مراجع در مورد به‌کارگیری منطق درمان DBT (معرفی مدل تنظیم هیجانی در DBT) باهدف کاهش در میزان تسلیم‌شدن در برابر اشتغالات ذهنی درباره غذا و رفتارهای مرتبط با پر خوری و متوقف کردن پر خوری بود.	پر کردن پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون
۲	یادگیری مهارت‌های ذهن آگاهی	ضمن آشناکردن مراجعین با چارچوب کلی درمان در مورد هر یک از مهارت‌های ذهن آگاهی و تحمل رنج که در جلسات بعد آموزش داده می‌شدند توضیح داده شد.	انجام تکنیک‌های ذهن آگاهی در منزل
۳	یادگیری مهارت‌های چستی	شامل بحث در مورد بخش‌های موجود در مهارت‌های ذهن آگاهی (مهارت‌های چستی و مهارت‌های چگونگی) از طریق آموزش مهارت‌های چستی مشاهده، مشاهده و مشارکت بود.	تمرین مهارت‌های چستی در منزل
۴	آموزش سطوح ذهن	توضیح مبسوطی در مورد سطوح متفاوت ذهنی، ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن سلیم داده شد و مهارت‌های غیر قضاوتی بودن، ذهن آگاهی بر یک موضوع در یک لحظه و کارایی (انجام آن چه کارا و مؤثر است).	تمرین قضاوت‌نکردن در مورد خود در منزل
۵	یادگیری مهارت تنظیم هیجان	شامل آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی و معرفی نظریه هیجان‌ها بود. مهارت‌های تنظیم هیجان آموزش داده شد.	تمرین تنظیم هیجان
۶	آموزش تحمل رنج و مهارت‌های مقابله	در برگرفته معرفی و توضیح در مورد مهارت‌های تحمل رنج یا مهارت‌هایی بودند که به فرد کمک می‌کنند در شرایط بحرانی با هیجان‌ات خود به شیوه مناسب مقابله کند.	تمرین تحمل رنج در منزل
۷	آموزش مهارت‌های رفتاری مثبت	شامل معرفی و توضیح هر یک از راهبردهای گذر از بحران، پرت کردن حواس، تسکین خود، بهبود لحظه یعنی جایگزین کردن وقایع مثبت به‌جای وقایع منفی و تأکید بر نقاط مخالف و موافق بود.	تمرین مهارت‌های رفتاری در منزل
۸	آموزش مفهوم پذیرش و راهبرد پذیرش	به معرفی و توضیح راهبردهای پذیرش مانند پذیرش (پذیرش کامل از عمق درون)، معطوف کردن ذهن به سمت پذیرش و میل و رغبت در برابر لجاجت پرداخته شد.	تمرین پذیرش در منزل
۹	مرور کلی مهارت‌های آموخته شده و خاتمه درمان	شامل مرور مهارت‌های ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل رنج، برنامه‌ریزی برای آینده و به‌کارگیری مستمر مهارت‌های آموخته شده، بازخوردگیری از دوره آموزشی و اجرای پس‌آزمون بود	پر کردن پرسشنامه‌های پس‌آزمون

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد و شاخص شایپرویلک متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
خودسرزنشگری	۲/۵۸ ± ۸۱/۴	۳/۴ ± ۷۱/۹	۳/۳۷۱ ± ۹۵
میانگین ± انحراف استاندارد	۳/۲۳ ± ۷۸/۴	۲/۸۷ ± ۸۱/۵	۲/۸۱ ± ۸۰/۵۵
نشخوار ذهنی	۲/۴۱ ± ۸۰/۱۵	۴/۸ ± ۶۸/۹	۴/۷۷ ± ۶۸/۰۵
خودسرزنشگری	۴/۴۴ ± ۸۰/۲	۳/۰۸ ± ۸۱/۱	۳/۴۸ ± ۸۱/۳
شایپرویلک (سطح معنی داری)	۰/۹۳ (۰/۲۰۲)	۰/۹۲ (۰/۱۲۵)	۰/۹۶ (۰/۴۸۵)
نشخوار ذهنی	۰/۹۶ (۰/۵۵۹)	۰/۹۲ (۰/۰۸۵)	۰/۹۱ (۰/۰۸۱)
	۰/۹۵ (۰/۳۵۳)	۰/۹۷ (۰/۸۲۰)	۰/۹۴ (۰/۲۱۴)
	۰/۹۵ (۰/۴۲۲)	۰/۹۱ (۰/۰۷۳)	۰/۹۴ (۰/۲۶۵)

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، هر چه نوبت اندازه‌گیری بیشتر می‌شود میانگین متغیرهای خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی کاهش می‌یابد. اما در گروه گواه نمرات تغییر زیادی در سه مرحله ارزیابی در گروه ندارند. برای بررسی تفاوت‌ها باید از روش آماری مناسب براساس شرایط داده‌ها استفاده کرد. در ادامه همان‌طور که در جدول ۲ مندرج است، مقدار آماره آزمون شایپرو و ویلک در تمام گروه‌ها و در تمام مراحل ارزیابی برای توزیع تمام سطوح متغیرهای خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی معنادار نیست ($p > 0/05$)، لذا می‌توان گفت توزیع متغیرها نرمال هستند. یک مفروضه بسیار مهم برای آنکه هر نسبت F در طرح‌هایی با اندازه‌گیری مکرر دارای توزیع مرکزی F باشد، مفروضه تقارن مرکب ماتریس کواریانس

مقدار آماره آزمون شایپرو و ویلک در تمام گروه‌ها و در تمام مراحل ارزیابی برای توزیع تمام سطوح متغیرهای خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی معنادار نیست ($p > 0/05$)، لذا می‌توان گفت توزیع متغیرها نرمال هستند. یک مفروضه بسیار مهم برای آنکه هر نسبت F در طرح‌هایی با اندازه‌گیری مکرر دارای توزیع مرکزی F باشد، مفروضه تقارن مرکب ماتریس کواریانس

طبق نتایج حاصل از جدول ۳ و توضیحات قسمت قبل مفروضه تساوی کواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری برای داده‌های هر دو متغیر برقرار نیست، چرا که سطح معنی‌داری برای آماره ماچلی از ۰/۰۵ کوچک‌تر است. از این‌رو، برای اصلاح درجات آزادی از اصلاح اسپلیون با استفاده از آزمون گرین‌هاوس-گایزر استفاده شد.

در ادامه جهت بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. نتایج جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای بررسی اثرات اصلی گروه و زمان در متغیر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی را نشان می‌دهد.

است. همگنی واریانس مفروضه‌ای بود که بررسی شد و دلالت بر برابری عناصر قطری ماتریس واریانس- کواریانس داشت. مفروضه تساوی کواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری شامل مفهوم گسترده‌تری است. مفروضه تساوی کواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری نرمال بودن چندمتغیره را بررسی می‌کند. برای بررسی این مفروضه در داده‌های این پژوهش از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد که نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون مفروضه‌های برابری ماتریس‌های واریانس کواریانس و برابری ماتریس کواریانس خطاها

متغیرها	W ماچلی	تخمین λ^2	df	p
خودسرزنشگری	۰/۶۸	۱۴/۳۷	۲	<۰/۰۰۱
نشخوار ذهنی	۰/۶۳	۱۶/۸۸	۲	<۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی

متغیرها	منابع تغییرات	میانگین مجزورات	F	درجات آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
خودسرزنشگری	اثر زمان	۲۰۹/۴۲	۲۱/۸۴	۱/۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱/۰۰
	اثر گروه	۷۷۰/۱۳	۵۷/۵۱	۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
	اثر تعاملی زمان و گروه	۶۴۸/۵۳	۶۷/۶۱	۱/۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
نشخوار ذهنی	اثر زمان	۳۸۰/۹۱	۳۲/۲۳	۱/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱/۰۰
	اثر گروه	۲۱۶۷/۵	۹۴/۸۷	۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
	اثر تعاملی زمان و گروه	۷۳۵/۵	۴۵/۵۴	۱/۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، در هر دو متغیر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش یافته است. همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات میانگین از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش یافته است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی افراد مبتلا به پرخوری اثربخش است.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثر اصلی گروه، اثر اصلی زمان، و اثر تعاملی زمان و گروه بر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$). بدین معنی که بین دو گروه تفاوت معناداری در میزان خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی وجود دارد، همچنین مقدار این متغیرها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت داشته است و برای بررسی دقیق دوجه دوی نتایج از آزمون اندازه‌گیری مکرر یک عاملی و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. برای بررسی دو به دوی تفاوت میانگین خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی در سه مرحله ارزیابی از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر یک عاملی و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی

متغیر	گروه	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودسرزنشگری	رفتاردرمانی دیالکتیک	پیش آزمون	پس آزمون	۹/۵	۰/۹۴	<۰/۰۰۱
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	۹/۴۵	۰/۹۲	<۰/۰۰۱
		پس آزمون	پس آزمون	-۰/۰۵	۰/۳۵	۱/۰۰
نشخوار ذهنی	رفتاردرمانی دیالکتیک	پیش آزمون	پس آزمون	۱۱/۲۵	۱/۲	<۰/۰۰۱
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	۱۲/۱	۱/۲۴	<۰/۰۰۱
		پس آزمون	پس آزمون	۰/۸۵	۰/۵۷	۰/۴۶۲
خودسرزنشگری	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۱	۰/۹۳	۰/۰۵۱
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۱۵	۱/۰۶	۰/۱۶۸
		پس آزمون	پس آزمون	۰/۹۵	۰/۷۲	۰/۶۰۱
نشخوار ذهنی	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۹	۱/۰۸	۱/۰۰
	گواه	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۱	۱/۳۹	۱/۰۰
		پس آزمون	پس آزمون	-۰/۲	۰/۸۳	۱/۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خودسرزنشگری و نشخوار فکری افراد مبتلا به پرخوری انجام شد. نتایج یافته‌ها نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش خودسرزنشگری و نشخوار فکری زنان مبتلا به پرخوری اثربخش بود. همچنین نتایج مرحله پیگیری نشان داد که اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در طی زمان پایدار بوده است. این نتایج به نتایج پژوهش‌های پیشین همخوان بود (بن-پوراس و همکاران، ۲۰۲۰؛ بدرخانی و همکاران، ۱۴۰۱، ۱۴۰۲؛ حسن‌زاده و منصور، ۱۴۰۱؛ رحمانی مقدم و همکاران، ۱۴۰۲؛ روحی و همکاران، ۱۴۰۲؛ ریلی و همکاران، ۲۰۲۰؛ کنی و همکاران، ۲۰۲۰؛ ضرابی و همکاران، ۱۴۰۰؛ طاهری داغیان و همکاران، ۱۳۹۸؛ کم‌دی و برتون، ۲۰۲۳؛ لمرز و همکاران، ۲۰۲۰؛ نوش‌کیا و همکاران، ۱۳۹۹؛ ووگل، ۲۰۲۳).

بدرخانی و همکاران (۱۴۰۱) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی را در کاهش وسواس مرگ در بین زنان در طول همه‌گیری کرونا مقایسه کردند و هر دو روش درمانی را در بهبود سلامت روان مؤثر یافتند. آن‌ها همچنین در تحقیقی دیگر (۱۴۰۲) مقایسه مشابهی را با تمرکز بر کاهش شکایات روان‌تنی در بین زنان در طول همه‌گیری کرونا انجام دادند که هر دو درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود بهزیستی روانی مؤثر بودند. بن-پوراس و همکاران (۲۰۲۰) به‌روزرسانی و

بررسی مدل‌های درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی را که برای بزرگسالان مبتلا به اختلالات خوردن تطبیق داده شده است، ارائه کردند و بینش‌هایی را درباره کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیکی در این جمعیت خاص ارائه کردند. ووگل (۲۰۲۳) مکانیسم‌های درمانی در رفتاردرمانی دیالکتیکی را برای درمان پرخوری، به‌ویژه تمرکز بر ذهن‌آگاهی و شفقت به خود به‌عنوان مؤلفه‌های کلیدی بررسی کرد. طاهری داغیان و همکاران (۱۳۹۸) به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب و نشخوار فکری در بیماران افسرده پرداختند و کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیکی را در پرداختن به بیماری‌های همراه در افسردگی روشن کردند. روحی و همکاران (۱۴۰۲) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را با رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی خودشناسی منسجم، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مقایسه کردند و بینشی در مورد رویکردهای درمانی برای این جمعیت بیمار خاص ارائه کردند. ریلی و همکاران (۲۰۲۰) جهت‌گیری‌های آینده استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی را برای درمان اختلالات خوردن نوجوانان پیشنهاد کرد و پتانسیل رفتاردرمانی دیالکتیکی را در رسیدگی به اختلالات خوردن در بین نوجوانان برجسته کرد. رئیس و همکاران (۱۴۰۰) اثر درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر تاب‌آوری زنان مطلقه مقایسه کردند و بینشی در مورد کاربرد این درمان‌ها در افزایش تاب‌آوری در این جمعیت شناختی ارائه کردند. رحمانی مقدم و همکاران (۱۴۰۲) نشان دادند که آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک بر نشخوار ذهنی در معلولین جسمی حرکتی اثربخش است.

همچنین نوش کیا و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی دیگر به این نتیجه رسیدند که آموزش رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش نشخوار ذهنی و بهبود تنظیم شناختی هیجان شرکت کنندگان گروه آزمایش مؤثر می‌باشد. امینی و شریعتمدار (۱۳۹۷) نیز نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیک تأثیر مثبت معناداری در کاهش فاجعه‌سازی و نشخوار ذهنی مادران کودکان کم‌توان ذهنی دارد. همچنین محسنی و یزدخواستی (۱۳۹۷) نیز نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیک منجر به کاهش نشخوار ذهنی در بیماران مبتلا به وسواس فکری می‌شود.

در مجموع پژوهش‌های پیشین و نتیجه پژوهش حاضر به درک اثر بخشی و کاربرد رفتار درمانی دیالکتیک در جمعیت‌ها و زمینه‌های مختلف، از سلامت روان در طول دوران بحران نظیر همه‌گیری کوید-۱۹ تا شرایط بالینی خاص مانند اختلالات خوردن و افسردگی کمک می‌کنند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین گفت که بدنه اصلی تمرکز رفتار درمانی دیالکتیک حول یادگیری و آموزش و به‌کارگیری و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاص است. این مداخله با افزایش تاب‌آوری در مقابل مشکلات و موانع به زندگی بیماران، رنگ و بوی دوباره می‌بخشد. در این درمان مهارت‌های کارآمد بین‌فردی، مهارت‌های ذهن‌آگاهی، مهارت‌های تحمل‌پریشانی (رنج) آموزش داده می‌شود (کیان و همکاران، ۲۰۲۲). برای نمونه مهارت ذهن‌آگاهی که از مهارت‌های خاص رفتار درمانی دیالکتیک نیز است، منجر به کاهش اجتناب فرد و کاهش غلیان هیجان‌ات مرتبط با سلامت در او می‌شود و با مشکلاتی روبرو می‌شود، این مهم منجر به پی‌بردن به شایستگی خود، خود‌پروی و باور به خویش‌شن شده که همین موضوع منجر به افزایش تعاملات و ارتباط با زندگی و به تبع آن بهبود خودسرزنشگری می‌گردد (روحی و همکاران، ۱۴۰۲).

پذیرش بدون قضاوت در جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی منجر می‌شود افراد از درگیری بیش از اندازه با هیجان‌ات منفی خود و همچنین نشخوار ذهنی دست بکشند و به شکل واقعی هیجان‌ات خود را تجربه نمایند. گوارینو و همکاران (۲۰۲۰) عنوان کردند می‌توان از رفتار درمانی دیالکتیکی در کنار سایر روش‌های درمانی برای کاهش نشخوار ذهنی در بیماران استفاده کرد؛ بنابراین می‌توان گفت که رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند با بازسازی افکار و تغییر افکار منفی منجر به کاهش نشخوار ذهنی گردند. تمرینات ذهن‌آگاهی منجر شد تا افراد با چرخش توجهی خود و فاصله‌گیری از

افکار منفی به ارزیابی این افکار و نشخوارها بپردازند و این افکار را به‌عنوان افکاری که لزوماً واقعی نیستند، ببینند و درصدد کاهش آن‌ها برآیند و بنابراین، توانستند نشخوار ذهنی را در خود کاهش دهند. آنان یاد گرفتند در برخورد با نشخوار ذهنی، افکار خود را بپذیرند و با توجه برگردانی از هجوم افکار منفی جلوگیری کنند. با بودن در لحظه‌ی حال و عدم قضاوت خویش و پذیرش حالات خود از میزان نشخوار ذهنی خویش بکاهند. همچنین با آموزش چالش با تفکرات و باورهای منفی و مخرب میزان نشخوار ذهنی را کمتر کرد.

در نتیجه، یافته‌ها بر اهمیت رفتار درمانی دیالکتیکی به‌عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر برای پرداختن به سرزنش خود و نشخوار فکری در بیماران زن پرخوری تأکید می‌کند. کاهش این علائم نشان‌دهنده پتانسیل رفتار درمانی دیالکتیکی برای ارتقای بهبودی طولانی‌مدت و بهبود رفاه روانی در افرادی است که با اختلال پرخوری دست‌وپنجه نرم می‌کنند. تحقیقات بیشتر که مکانیسم‌های مؤثر بر اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را در این جمعیت بررسی می‌کند، می‌تواند بینش‌های بیشتری را ارائه دهد و رویکردهای درمانی مناسب را ارائه دهد.

محدودیت‌های خارج از کنترل پژوهشگر عبارت بود از: انتخاب غیرتصادفی در دسترس. محدودیت‌های قابل کنترل پژوهشگر نیز عبارت بودند از: در نظر نگرفتن متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی با استفاده از حمایت‌های مالی بتوانند محدودیت‌های تحقیق حاضر را رفع کرده و نتایج باثبات‌تری را گزارش کنند. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه و سایر مطالعات پیشین در خصوص تأثیرات درمان‌های موج سوم، پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم جهت بالابردن سطح آگاهی‌های لازم روان‌شناسان و درمانگران در این راستا انجام گیرد. برای پیشرفت بیشتر دانش در این زمینه، همچنین در اینجا چند پیشنهاد برای تحقیقات آینده وجود دارد: بررسی پیگیری طولانی‌مدت، مقایسه با سایر درمان‌ها، بررسی میانجی‌ها و تعدیل‌کنندگان در اثر بخشی این درمان، و توجه به ملاحظات فرهنگی.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور با شناسه اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1402.001 مصوب گردید. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر عبارت بودند از: اخذ رضایتنامه شرکت در پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات شرکت کنندگان، و نداشتن آسیب برای شرکت کنندگان جهت مشارکت در پژوهش. **حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی به انجام رسیده است.

نقش هر یک از نویسندگان: در این پژوهش که برگرفته از رساله دکتر است، نویسنده اول مجری، نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور هستند.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مراجعانی که در این پژوهش شرکت کردند و تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌گردد.



منابع

الهی دوست سعیده، انصاری پور محمد، ربانی علی، و حاجتی محبوبه. (۱۴۰۱). مروری بر عوامل رفتاری مؤثر بر چاقی و راهکارهای کنترل آن‌ها. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰ (۳)، ۴۶۸-۴۸۲.

<https://doi.org/10.52547/rbs.20.3.468>

امینی، آرزو، و شریعتمدار، آسیه. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر فاجعه سازی و نشخوار فکری در مادران کودکان کم توان ذهنی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۹ (۳۴)، ۱۷۱-۱۹۰.

<https://doi.org/10.22054/qccpc.2018.30478.1777>

بدرخانی محمد، زنگنه مطلق فیروزه، و پیرانی ذبیح. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی بر سواس مرگ زنان در دوره کرونا. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۶)، ۱۶۶۲-۱۶۴۹.

<https://doi.org/10.52547/jps.21.116.1649>

بدرخانی محمد، زنگنه مطلق فیروزه، و پیرانی ذبیح. (۱۴۰۲). مقایسه اثر درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی بر شکایات روان تنی زنان در دوره کرونا. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۴)، ۷۷۷-۷۹۰.

<https://doi.org/10.5195/cajgh.2020.419>

بولاند، رابرت، مارسیا، ال. وردوین، و روئیز، پدرو. (۱۴۰۰). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک (جلد ۱). (ویرایش دوازدهم). (ترجمه ف. رضاعی، ف. هداوندخانی، پ. جمشیدیان، ع. ح. اسفندزاد). انتشارات ارجمند.

حسن زاده محمدرضا، و منصوری احمد. (۱۴۰۱). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر نشخوار خشم و پرخاشگری در مردان مبتلا به اختلال پر خوری. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰ (۱)، ۸-۱.

<https://doi.org/10.52547/rbs.20.1.1>

روحي مژگان، منطري توکلی، علیرضا، و تجربه کار، مهشید. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودشناسی انسجامی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناختی*، ۱۰ (۲)، ۱۳۱-۱۴۶.

<https://doi.org/10.32598/shenakht.10.2.131>

رئیس‌ی حسین، رسولی محسن، و کسای عبدالرحیم. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر تاب‌آوری زنان مطلقه تحت پوشش نهادهای کمیته امداد امام خمینی و سازمان بهزیستی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۲)، ۸۶۰-۸۴۹.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-1153-en.html>

سافر، دی. ال. تلچ، سی. اف.، و چن، ای. وی. (۱۳۹۸). *رفتاردرمانی دیالکتیکی برای پر خوری و پراشتهایی روانی*. (ترجمه پ. پورمحمد، م. محمودعلیلو). انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹). سلیمانی، مهسا، خداوردی، ترانه، و قاسم زاده، عزیز رضا. (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش میزان پر خوری و افسردگی بیماران زن مبتلا به اختلال پر خوری افراطی. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۳۲ (۹)، ۱-۱۸.

<http://jmciri.ir/article-1-1684-fa.html>

ضرابی شراره، طباطبایی نژاد فاطمه سادات، و لطیفی زهره. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پر خوری عصبی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹ (۲)، ۳۶۹-۳۸۰.

<https://doi.org/10.52547/rbs.19.2.369>

طاهری داغیان، علی، قاسمی مطلق، مهدی، و مهدیان، حسین. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر اضطراب و نشخوار فکری بیماران افسرده. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲ (۴۰۱)، ۲۶۴-۲۷۴.

<https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14535>

محسنی، اعظم، و یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش سوگیری توجه و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال سواس فکری شهر اصفهان. *سلامت جامعه*، ۱۱ (۲)، ۴۸-۵۷.

<https://doi.org/10.22123/chj.2018.85433>

منصوری، احمد، فرنام، علیرضا، بخشی پورودسری، عباس، و محمودعلیلو، مجید. (۱۳۸۹). مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال سواس-اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار. *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۱۷ (۳)، ۱۸۹-۱۹۵.

https://jsums.medsab.ac.ir/article_55.html?lang=fa

منصوری، احمد، فرنام، علیرضا، بخشی پور رودسری، عباس، و محمودعلیلو، مجید. (۱۳۸۹). مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال سواس اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار. *مجله علوم پزشکی دانشگاه سبزوار*، ۳ (۵۷)، ۲۶-۲۹.

https://jsums.medsab.ac.ir/article_55.html

مولودی، رضا، دژکام، محمود، موتابی، فرشته، و امیدوار، نسرين. (۱۳۸۹). مقایسه طر حواره های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پر خوری و فاقد اختلال پر خوری. *نشریه بین‌المللی علوم رفتاری*، ۴ (۲)، ۱۰۹-۱۱۴.

https://www.behavsci.ir/article_67675.html

نوش کیا، مهرناز، رسولی، محسن، و زارع بهرام آبادی، مهدی. (۱۳۹۹). تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم شناختی هیجان و کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه تعالی مشاوره و روان‌درمانی، ۹(۳۴)، ۶۹-۸۳.

<https://doi.org/20.1001.1.25382799.1399.9.34.6.5>

References

American Psychiatric Association. (2024, March 4). *What are Eating Disorders?* Retrieved from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>

Acle, A., Cook, B. J., Siegfried, N., & Beasley, T. (2021). Cultural considerations in the treatment of eating disorders among racial/ethnic minorities: A systematic review. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 52(5), 468-488. <https://doi.org/10.1177/00220221211017664>

Amini, A., & Shariatmadar, A. (2017). Effectiveness of group dialectic behavior therapy on catastrophizing and rumination in mothers of mentally retarded children. *Counseling and Psychotherapy Culture*, 9(34), 171-190. (Persian). <https://doi.org/10.22054/qccpc.2018.30478.1777>

Badrkhani, M., Zanganeh Motlag, F., & Pirani, Z. (2022). Comparison the efficacy of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on death obsession of women in corona pandemic. *Journal of Psychological Science*, 21(116), 1649-1662. (Persian). <https://doi.org/10.52547/jps.21.116.1649>

Badrkhani, M., Zanganeh Motlagh, Firoozeh., & Pirani, Z. (2023). Comparison the efficacy of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on psychosomatic complaints of women in corona pandemic. *Journal of Psychological Science*, 22(124), 777-790. (Persian). <https://doi.org/10.52547/jps.22.124.777>

Bean, C. A., Heggeness, L. F., & Ciesla, J. A. (2021). Ruminative inertia, emotion regulation, and depression: A daily-diary study. *Behavior Therapy*, 52(6), 1477-1488. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.04.004>

Ben-Porath, D., Duthu, F., Luo, T., Gonidakis, F., Compte, E. J., & Wisniewski, L. (2020). Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*, 28(2), 101-121. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1723371>

Boland, R.J., and Ruiz, P. (2021). *Kaplan and Sadock 2020 Digest of Psychiatry (Volume 1)*. (12th edition). (Translated by F. Rezaei, F. Hadavandkhani, P. Jamshidian, A. H. Esfandzad). Arjmand publications. (Persian).

Cai, J. X., Wong, D., Lee, D. J., & Chan, W. W. (2022). Eating and psychiatric disorders are independent risk factors for rumination syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 56(3), 228-233. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001510>

Crowell, M. D., Murphy, T. B., Levy, R. L., Langer, S. L., Kunin-Batson, A., Seburg, E. M., ... & Sherwood, N. E. (2015). Eating behaviors and quality of life in pre-adolescents at risk for obesity with and without abdominal pain. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 60(2), 217. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000585>

Dornelas, E.A., & Sears SF. (2018). Living with heart despite recurrent challenges: Psychological care for adults with advanced cardiac disease. *American Psychologist*, 73(8), 1007-1018. <https://doi.org/10.1037/amp0000318>

Elahedost, s., ansaripour, m., rabbani, a., & hojati, m. (2022). A Review of Behavioral Factors Affecting Obesity and Control Them. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 20(3), 468-482. (Persian). <https://doi.org/10.52547/rbs.20.3.468>

Gormally, J. I. M., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 47-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)

Guarino, D. (2020). *Implementing a dialectical behavior therapy group intervention in a primary care setting: a feasibility and acceptability study*. [Doctoral dissertation, Rutgers University-Graduate School of Applied and Professional Psychology]. Published in Rutgers University Community Repository. <https://doi.org/doi:10.7282/t3-ka8k-2e62>

Jannati, Y., Nia, H. S., Froelicher, E. S., Goudarzian, A. H., & Yaghoobzadeh, A. (2020). Self-blame Attributions of Patients: a Systematic Review Study. *Central Asian Journal of Global Health*, 9(1), e419. (Persian). <https://doi.org/10.5195/cajgh.2020.419>

Hassanzadeh, M. R., & Mansouri, A. (2022). Effectiveness of Schema Therapy on Anger Rumination and Aggression in Men with Binge Eating Disorder. *Journal of Research in*

- Behavioural Sciences*, 20(1), 1-8. (Persian).
<https://doi.org/10.52547/rbs.20.1.1>
- Kamody, R. C., & Burton, E. T. (2023). The use of dialectical behavior therapy in childhood and adolescent eating disorders. In *Handbook of Lifespan Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 193-203). Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85757-4.00039-0>
- Kenny, T. E., Carter, J. C., & Safer, D. L. (2020). Dialectical behavior therapy guided self-help for binge-eating disorder. *Eating disorders*, 28(2), 202-211.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1678982>
- Kornacka, M., Czepczor-Bernat, K., Napieralski, P., & Brytek-Matera, A. (2021). Rumination, mood, and maladaptive eating behaviors in overweight and healthy populations. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 273-285. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00857-z>
- Lammers, M. W., Vroling, M. S., Crosby, R. D., & Strien, T. (2020). Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *Journal of eating disorders*, 8(27), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s40337-020-00299-z>
- Larison, B., & Pritchard, M. (2019). The effects of internalized shame and self-blame on disordered eating and drive for muscularity in collegiate men. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(4), 653-660.
<https://doi.org/10.1007/s40519-019-00700-0>
- Linehan, M. M. (2020). *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. Guilford Publications.
- Lord, V. (2015). Defining eating disorder recovery: A qualitative approach. California State University, Long Beach.
<https://www.proquest.com/openview/7f1ed71d2ef9dfdfbd8c418db9fcff8b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Mansouri, A., Farnam, A., Bakhshipour Roodsari, A., & Mahmoud Alilou, M. (2010). Comparison of rumination in patients with major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder, and normal individuals. *Journal of Medical Sciences of Sabzevar University*, 3(57), 26-29.
https://jsums.medsab.ac.ir/article_55.html
- Mansoori, A., Farnam, A., Bakshi Pourrodsari, A., & Mahmoud Alilou, M. (2010) The Comparison of Rumination in Patients with Major Depression Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Normal Individuals. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 17(3), 189-195. (Persian).
https://jsums.medsab.ac.ir/article_55.html?lang=fa
- Mitchell, J. E. (2016). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 319-323. <https://doi.org/10.1002/eat.22452>
- Mohseni, A., & Yazdakhasi, F. (2017). The effectiveness of dialectical behavior therapy on reducing attention bias and rumination in patients with obsessive compulsive disorder in Isfahan city. *Community Health*, 11(2), 48-57. (Persian).
<https://doi.org/10.22123/chj.2018.85433>
- Moloodi R., (2010). Comparison of early maladaptive schema in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *International Journal of Behavioral Sciences*, 4(2), 109-114.
https://www.behavsci.ir/article_67675.html
- Naumann, E., & Svaldi, J. (2021). Influence of suppression and reappraisal on eating-related symptoms and ruminative thinking in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 141, 103851.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103851>
- Naumann, E., Tuschen-Caffier, B., Voderholzer, U., Schäfer, J., & Svaldi, J. (2016). Effects of emotional acceptance and rumination on media-induced body dissatisfaction in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of psychiatric research*, 82, 119-125.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.07.021>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26158958/>
- Nolen-Hoeksema S, Morrow J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), pp.115-121.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Noushkia, M., Rasouli, M., & Zare Bahramabadi, M. (2019). The effect of group counseling based on dialectical behavior therapy on cognitive regulation of emotion and reducing rumination in patients with generalized anxiety disorder. *Quarterly Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*, 9(34), 69-83. (Persian).
<https://doi.org/20.1001.1.25382799.1399.9.34.6.5>

- Palmieri, S., Mansueto, G., Scaini, S., Caselli, G., Sapuppo, W., Spada, M. M., ... & Ruggiero, G. M. (2021). Repetitive negative thinking and eating disorders: a meta-analysis of the role of worry and rumination. *Journal of clinical medicine*, 10(11), 2448. <https://doi.org/10.3390/jcm10112448>
- Pasold, T. L., McCracken, A., & Ward-Begnoche, W. L. (2014). Binge eating in obese adolescents: Emotional and behavioral characteristics and impact on health-related quality of life. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(2), 299-312. <https://doi.org/10.1177/1359104513488605>
- Qian, T. Y., Wang, J. J., Zhang, J. J., & Hulland, J. (2022). Fulfilling the basic psychological needs of esports fans: A self-determination theory approach. *Communication & sport*, 10(2), 216-240. <https://doi.org/10.1177/2167479520943875>
- Raesi, H., Rasouli, M., & kasae, A. (2021). Comparison of the effect of group therapy based on of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on resilience of divorce woman under the auspices of the imam khomeini relief committee and behzisti organization. *Journal of Psychological Science*, 20(102), 849-860. (Persian). <http://psychologicalscience.ir/article-1-1153-en.html>
- Reilly, E. E., Orloff, N. C., Luo, T., Berner, L. A., Brown, T. A., Claudat, K., ... & Anderson, L. K. (2020). Dialectical behavioral therapy for the treatment of adolescent eating disorders: a review of existing work and proposed future directions. *Eating disorders*, 28(2), 122-141. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1743098>
- Rickerby, N., Krug, I., Fuller-Tyszkiewicz, M., Forte, E., Davenport, R., Chayadi, E., & Kiropoulos, L. (2022). Rumination across depression, anxiety, and eating disorders in adults: A meta-analytic review. *Clinical psychology: Science and practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cps0000110>
- Rouhi M., Manzari Tavakoli, A., and Tajrobekar, M. (2023). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy with dialectical behavior therapy on coherent self-knowledge, emotion regulation and quality of life of hemodialysis patients. *Journal of Psychology and Cognitive Psychiatry*, 10 (2), 131-146. (Persian). <https://doi.org/10.32598/shenakht.10.2.131>
- Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, Ş., & Sjögren, J. M. (2021). Dialectical behaviour therapy improves emotion dysregulation mainly in binge eating disorder and bulimia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Journal of personalized medicine*, 11(9), 931. <https://doi.org/10.3390/jpm11090931>
- Safar, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. O. (2018). *Dialectical behavior therapy for overeating and anorexia nervosa*. (Translated by P. Pourmohamed, M. Mahmoud Alilou). Arjmand Publications (date of publication in the original language, 2009). (Persian).
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Guilford Press.
- Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2021). CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14, 86-113. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., ... & Zipfel, S. (2016). Eating disorders: the big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 313-315. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X)
- Seidel, M., Petermann, J., Diestel, S., Ritschel, F., Boehm, I., King, J. A., et al. (2016). A naturalistic examination of negative affect and disorder-related rumination in anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 1207-1216. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0844-3>
- Shirasawa, T., Ochiai, H., Nanri, H., Nishimura, R., Ohtsu, T., Hoshino, H., ... & Kokaze, A. (2015). The relationship between distorted body image and lifestyle among Japanese adolescents: a population-based study. *Archives of public health*, 73(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13690-015-0082-z>
- Smith, K. E., Mason, T. B., & Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 61, 9-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.004>
- Soleimani, M., Khodaverdi, T., & Ghasemzadeh, A. (2013). Effectiveness of dialectical behavior therapy on reducing the rate of overeating and depression in female patients with binge eating disorder. *Scientific Journal of the Medical System Organization of the Islamic Republic of Iran*, 32(1), 9-18. (Persian). <http://jmciri.ir/article-1-1684-fa.html>
- Taheri Dagian, A., Ghasemi Mutlaq, M., and Mahdian, H. (2018). Investigating the effectiveness of dialectical behavior therapy on anxiety and rumination in depressed patients. *Journal of the Faculty of*

- Medicine of Mashhad University of Medical Sciences*, 62(4.1), 264-274. (Persian).
<https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14535>
- Treasure, J., Willmott, D., Ambwani, S., Cardi, V., Clark Bryan, D., Rowlands, K., & Schmidt, U. (2020). Cognitive interpersonal model for anorexia nervosa revisited: The perpetuating factors that contribute to the development of the severe and enduring illness. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3), 630.
<https://doi.org/10.3390/jcm9030630>
- Salarian Kaleji, Z. S., Poursharifi, H., Dolatshahi, B., & Momeni, F. (2021). The Link Between External and Internal Body-Image Shame and Binge Eating in Men and Women: The Mediating Role of Self-criticism. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(4), e114288.
<https://doi.org/10.5812/ijpbs.114288>.
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and individual differences*, 36(2), 419-430.
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(1), 247-259.
<https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 515-524.
[10.1097/YCO.0000000000000739](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739)
- Vanderlind, W. M., Everaert, J., & Joormann, J. (2022). Positive emotion in daily life: Emotion regulation and depression. *Emotion*, 22(7), 1614-1624.
<https://doi.org/10.1037/emo0000944>.
- Vogel, E. (2023). *Exploring Treatment Mechanisms in Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Binge Eating: Mindfulness and Self-Compassion*. [Doctoral dissertation] Palo Alto Universit. Published in ProQuest. No. 29392752.
- Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
- Winston, A. P. (2020). Eating disorders and diabetes. *Current Diabetes Reports*, 20, 1-6.
<https://doi.org/10.1007/s11892-020-01320-0>
- Yavuz Güler, Ç., & Karaca, T. (2021). The role of differentiation of self in predicting rumination and emotion regulation difficulties. *Contemporary Family Therapy*, 43(2), 113-123.
<https://doi.org/10.1007/s10591-020-09559-1>
- Zarabi, S., Tabatabaei Nejad, F. S., & Latifi, Z. (2021). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Self-Healing Therapy on the Distress Tolerance of Women with Bulimia Nervosa. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 19(2), 369-380. (Persian).
<https://doi.org/10.52547/rbs.19.2.369>
- Zhu, J., Yang, Y., Touyz, S., Park, R., & Hay, P. (2020). Psychological treatments for people with severe and enduring anorexia nervosa: a mini review. *Frontiers in psychiatry*, 11, e206.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00206>