مهسا سلیمانی ۱

ترانه خداویردی ۲

عزیزرضا قاسم زاده ۳*

۱- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی

۳- مربی، دانشگاه علمی کاربردی سازمان بهزیستی تهران

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران، میدان تجریش، مقصود بیگ، جنب مدرسه همت، مرکز آموزش سازمان بهزیستی تهران، صندوق پستی: ۱۹۶۱۹۱۵۳۱۱

تلفن: ۰۹۳۳۱۳۳۲۸۵۳

نشانی الکترونیکی:

A.ghasemzadeh@irimc.org

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۲، شماره ۱، بهار ۱۳۹۳: ۹-۱۸

• **مقاله تحقیقی کد مقاله: ۰۱**

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش میزان پرخوری و افسردگی بیماران زن مبتلا به اختلال پرخوری افراطی

چکیده

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

زمینه: نگرانی درباره افزایش میزان شیوع اضافه وزن از شواهدی بر می‌خیزد که نشان می‌دهد، وزن اضافی یک اثر نامطلوب بر سلامت و طول عمر دارد. بیماری‌های مربوط به اضافه وزن و چاقی شامل فشار خون بالا، دیس لیپیدی، دیابت نوع ۲، بیماری سرخک تابی قلب، سکته، ورم استخوان- مفصل، بیماری های تنفسی، انواع معینی از سرطان و اختلالات خلق می‌باشد.

روش کار: به این منظور، درقالب یک طرح نیمه آزمایشی ۱۶ آزمودنی زن با تشخیص اختلال پرخوری افراطی که به کلینیک مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در شهر تهران مراجعه کرده بودند و نمره افسردگیشان بالاتر از ۱۸بود، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از جمعیت نمونه ۸ نفر در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی (گروه آزمایش) و ۸ نفر در گروه کنترل جای رفتند و گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه آموزش قرار گرفت. جهت اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون از چک لیست ارزیابی اختلالات خوردن براساسIV-DSM، مقیاس افسردگی بک (II-BDI) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از جداول و نمودارها و تحلیل کواریانس یک طرفه مورد بررسی قرارگرفت.

یافته‌ها: تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که نمرات اختلال خوردن گروه آزمایش در پس آزمون تحت تأثیر اثرات متغیر مستقل (رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی) قرار گرفته است ۵۴/۶۵۴= P،F =value- ۰.۰۱> و میانگین و انحراف معیار نمره کل اختلال خوردن و افسردگی در مرحله پیش آزمون گروه آزمایش از ۴/۲۵، ۱/۹۸ و ۲۹/۶۲، ۴/۶۸ به ۰/۷۵، ۰/۷۰ و ۱۵/۱۲، ۵/۹۱ در مرحله پس آزمون، کاهش یافت، ولی میانگین فوق در گروه کنترل از ۳/۲۵، ۱/۸۳ و ۳۰/۶۲، ۶/۸۴ در پیش آزمون به ۲/۸۷، ۱/۱۲ و ۲۹/۷۵، ۵/۸۲ در پس آزمون تغییر داشته که این تغییر در گروه کنترل معنادار نبوده است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی درکاهش میزان پرخوری و افسردگی بیماران زن مبتلا به اختلال پرخوری افراطی مؤثر می‌باشد.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، اختلال پرخوری افراطی، افسردگی، زنان

مقدمه

از دیدگاه بالینی، افسردگی[۱] نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین اضطرابی یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود (بلاکبورن و کوتروکس[۲]، ۱۹۹۰؛ به نقل از سلیمانی، ۱۳۹۰). سقوط غیر قابل توجیه تنود حیاتی که این حالت در قلمرو بدنی با خستگی دائم آشکار می‌شود، در قلمرو شناختی به صورت پراکندگی دقت و مشکل کوشش فکری و در قلمرو عاطفی به شکل حالتی مالیخولیایی[۳] که با هشیاری فرد نسبت به ناتوانمندی واکنش همراه است متجلی می‌شود (لافون[۴]، ۱۹۷۳؛ به نقل از سلیمانی، ۱۳۹۰). ویژگی اصلی افسردگی، یک دوره زمانی حداقل ۲ هفته ای است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه فعالیت‌ها وجود دارد. همچنین در کنار این نشانه‌ها در فرد، نشانه

---

۱ - Depression .

۲ - Blackbur, Cottraux .

۳ - Melancholia .

٤ - Lafoon .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

های دیگری مثل احساس بی‌ارزشی، کاهش انرژی، اشکال در تفکر یا تصمیم‌گیری، تغییر در اشتها، تغییر وزن و پرخوری افراطی دیده می‌شود (هوکسما[۵]، ۲۰۰۸، بر گرفته از سلیمانی، ۱۳۹۰).

اختلال پرخوری افراطی[۶] برای نخستین بار درسال ۱۹۹۰ به عنوان یک اختلال خوردن مطرح شد. این اختلال آنچنان که به وسیله استانکارد[۷] (۲۰۰۲) بازبینی شده، به طور عینی با مصرف مقدار زیادی غذا در مدت زمانی کوتاه (مثلاً کمتر از دو ساعت)، مدتی که فرد به طور ذهنی فقدان کنترل را تجربه می‌کند، مشخص می‌شود که چنین وهله‌هایی از پرخوری حداقل دو بار در هفته اتفاق بیفتد. مطالعات همه‌گیر شناسی دریافته‌اند که اختلالات خوردن و علائم مربوط به آن در اکثر کشورها در میان زنان جوان دیده می‌شود به طوری که گفته شده در ایالات متحده آمریکا و در کشورهای اروپایی میزان شیو ع این اختلالات به گونه‌ای است که ۰/۵ تا ۱٪ مربوط به بی‌اشتهایی عصبی، ۱ تا ۳ ٪ مربوط به پراشتهایی عصبی (فایربورن[۸] و همکاران ۱۹۹۸) و ۲ تا ۵ ٪ از این جمعیت را اختلال پرخوری افراطی تشکیل می‌دهد (یانووسکی[۹] و سبرینگ[۱۰]، ۱۹۹۸). افراد دارای پرخوری افراطی نه تنها خود از این مسأله رنج می‌برند، بلکه تخریب‌های متأثر از این اختلال در روابط بین فردی، اجتماعی، حرفه‌ای و حتی سبک زندگی این افراد، مشکلاتی ایجاد می‌کند. طبق شواهد موجود افراد دارای پرخوری افراطی در سطح زیر آستانه اختلال، از آزمودنی‌هایی که تمام معیارها را دارند به طور معناداری متفاوت نیستند. آنها عموماً در معرض خطر یکسان برای آشفتگی روانپزشکی، پایین بودن عزت نفس، سازگاری اجتماعی مختل و نگرانی بیش از حد در مورد شکل و وزن بدنشان قراردارند (کرو[۱۱] وهمکاران، ۲۰۰۲؛ استریگل- مور[۱۲] و همکاران، ۱۹۹۸، ۲۰۰۰؛ ویلسون[۱۳] و همکاران، ۱۹۹۳).

در حال حاضر درمان‌های موجود سبب بهتر شدن علائم اختلالات پرخوری افراطی روانی و پراشتهایی عصبی می‌شوند. این رویکردهای درمانی از این قرارند: درمان شناختی- رفتاری (CBT)[۱۴] (فایربورن و همکاران ۱۹۹۸، مارکوس، ۱۹۹۷، ویلسون و همکاران، ۱۹۹۳) که بر نرمال‌سازی الگوهای نامناسب اختلالات خوردن و بیش ارزش‌گذاری در عقاید مربوط به وزن و بدن متمرکز است. درمان بین فردی (IPT)[۱۵] (ویلفلی[۱۶] و همکاران، ۲۰۰۰) که هدف آن حل مشکلات

۵- Hooeksema.

۶- binge eating disorder .

۷- Stunkard.

۸- Fairburn .

۹- Yanovski .

۱۰- Sebring .

۱۱- Crow .

۱۲- Striegel-Moore .

۱۳- Wilson .

۱۴- cognitive behavioral treatment .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

بین فردی است که موجب ابقا و نگه داشتن اختلالات خوردن می‌شود و درمان رفتاری کاهش وزن (BWL)[۱۷] (مارکوس، ۱۹۹۷) که بر کاهش الگوهای آشفته و بی‌نظم خوردن و مصرف بیش از اندازه کالری در مراجعین چاق دارای اختلال پرخوری افراطی روانی تأکید دارد.

از آنجا که هیچ یک از رویکردهای درمانی تاکنون بر مبنای مدل تنظیم هیجانی[۱۸] قرار نگرفته‌اند و با توجه به اینکه در اختلالات خوردن هیجانات نقش کلیدی دارند، رفتار درمانی دیالکتیکی[۱۹] رویکرد جدیدی است که بر مبنای تنظیم هیجانات در درمان اختلالات خوردن توسط لینهان[۲۰] (۱۹۹۳) شکل گرفته است که فراگیرترین و تجربی‌ترین رویکرد درمانی در تنظیم عواطف برای افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تاکنون بوده است (انجمن روانپزشکی آمریکا[۲۱]، ۲۰۰۱). از میان متخصصین این امر تلچ[۲۲] (۱۹۹۷) تشخیص داد که مفهوم‌سازی رفتار درمانی دیالکتیکی از آسیب زدن به خود به عنوان یک رفتار وسیله‌ای برای تنظیم عواطف منفی (اگر چه ناسازگارانه) در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی[۲۳] می‌تواند یک مدل مفید را برای فهم عملکرد (اگر چه ناسازگارانه) در پرخوری افراطی و یا رفتارهای پاکسازی و تخلیه به عنوان رفتارهای تنظیم‌کننده هیجانات به ویژه منفی در بیماران دارای اختلال خوردن فراهم می‌کند (سافر[۲۴] و همکاران، ۲۰۰۲). از این رو تلچ پکیج درمانی مربوط به اختلالات خوردن به ویژه پرخوری افراطی و پراشتهایی عصبی را از روی نسخه اصلی پکیج درمانی مربوط به رفتاردرمانی دیالکتیکی زیر نظر لینهان تدوین نموده است (تلچ، ۱۹۹۷). رفتار درمانی دیالکتیکی به طور اخص برای آموزش مهارت‌های تنظیم عواطف سازگارانه طراحی شده و جهت هدف قرار دادن رفتارهایی که نتیجه بی‌نظمی هیجانی است یک تئوری مورد قبول را برای به کارگیری رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان پرخوری افراطی و پراشتهایی عصبی به وجود آورده است (تلچ و همکاران، ۲۰۰۰؛ ویزر[۲۵] و تلچ، ۱۹۹۹) در نتیجه نظر به اینکه عواطف و هیجانات ارتباط تنگاتنگی با اختلالات خوردن به ویژه پرخوری افراطی دارند و با توجه به اینکه رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجانات متمرکز است به نظر می‌رسد که این

---

۱۵ - inter personal treatment .

۱۶ - Wilfley .

۱۷ - behavioral weight loss treatment .

۱۸ - emotional regulation model .

۱۹ - dialectical behaviour therapy .

۲۰ - Linehan .

۲۱ - America psychiatric association .

۲۲ - Wiser .

۲۳ - borderline personality disorder .

۲۴ - Safer .

۲۵ - Wiser .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

رویکرد درمانی در درمان اختلال پرخوری افراطی مؤثر باشد. در نتیجه محقق بر آن شد تا در این پژوهش به تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش افسردگی و میزان پرخوری زنان مبتلا به این اختلال بپردازد.

روش کار

طرح پژوهش حاضر یک طرح شبه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل است. در این طرح، هر دو گروه آزمایش و کنترل دو بار مورد سنجش قرار گرفتند. اولین سنجش با اجرای پیش آزمون قبل از اجرای برنامه آموزشی، دومین سنجش در جلسه‌ی آخر (دهم)، به عنوان پس آزمون انجام شد.

نخست از میان زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیه دکتر کرمانی، شهر تهران در سال ۱۳۹۱، افرادی که مبتلا به اختلال پرخوری افراطی بودند توسط انجام مصاحبه بالینی براساس چک لیست ارزیابی اختلال‌های خوردن (ED) انتخاب شدند و پس از پاسخگویی به مقیاس افسردگی بک، ۱۶ نفر از آنهایی که ملاک ورود[۲۶] (نمره افسردگی بالای ۱۹ و حداقل دوبار پرخوری در هفته به مدت شش ماه متوالی) را کسب کرده بودند به عنوان آزمودنی انتخاب شده و میزان افسردگی هر آزمودنی نیز به عنوان خط پایه ثبت گردید. سپس افراد گروه‌های آزمایش و کنترل به تصادف از بین این ۱۶ نفر انتخاب شدند و به تعداد مساوی در هر گروه (۸ نفر) قرارگرفتند. در ضمن، بعد از تشخیص اختلال پرخوری افراطی تعداد دفعات پرخوری برای هر فرد، پیش از مداخله درمانی ثبت گردید. پس از آن، گروه کنترل، در انتظار ماندند و الگوی مداخله درمانی که شامل رفتار درمانی دیالکتیکی (مهارت‌آموزی) به شیوه گروهی بود، در مورد گروه آزمایش به اجرا گذاشته شد و سپس در پایان مداخلات درمانی، باردیگر، آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل توسط آزمون‌های ارزیابی اختلال خوردن و افسردگی بررسی شده و مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. لازم به ذکر است که افراد مورد بررسی با رضایت و اطلاع کامل از طرح مایل به همکاری شدند. به دلیل کمبود افراد مذکر، افراد مونث مورد بررسی قرار گرفتند، تمامی افراد دو گروه در زمان این پژوهش به طور مشابه تحت درمان رژیمی دکتر کرمانی قرار داشتند و هیچکدام برنامه دیگری را جهت کاهش پرخوری و افسردگی دنبال نمی‌کردند (ملاک‌های خروج[۲۷])؛ و در جریان آموزش هیچگونه ریزشی در افراد دیده نشد. همچنین هدف از این پژوهش کاهش دفعات پرخوری و افسردگی بود و جهت این کار از بسته آموزشی مدل تنظیم هیجانی در رفتار درمانی دیالکتیکی با تکیه بر هیجانات استفاده گردید و از آنجا که مؤلفه‌های مورد بررسی مؤلفه‌های روانشناختی هستند، سنجش شاخص توده بدنی[۲۸]، تغییر وزن، آموزش الگوهای غذایی سالم و فعالیت بدنی از اهداف این پژوهش نبودند و با توجه به هدف اولیه این بررسی افرادی مورد گزینش قرار گرفتند که به نوعی با مشکل پرخوری مواجه بودند و لزوماً چاق نبودند.

روش و ساختار جلسات درمانی

---

۲۶ - Inclusion criteria .

۲۷ - Exclusion criteria .

۲۸ - Body mass index (BMI) .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

مداخله درمانی، در طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته که در هفته یک بار برگزار می‌شد، 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 می‌شد که چکیده مباحث آموزش داده شده در هر هفته از پژوهش در ذیل عنوان شده است:

جلسه اول شامل ایجاد رابطه درمانی مناسب و فهم کلی مراجع درمورد مشکلات مربوط به خوردن و آماده کردن مراجع در مورد به کارگیری منطق درمان DBT (معرفی مدل تنظیم هیجانی در DBT) با هدف کاهش در میزان تسلیم شدن در برابر اشتغالات ذهنی درباره غذا و رفتارهای مرتبط با پرخوری و متوقف کردن پرخوری بود. جلسه دوم ضمن آشنا کردن 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. جلسه سوم شامل بحث در مورد بخش‌های موجود در مهارت‌های ذهن آگاهی (مهارت‌های چیستی و مهارت‌های چگونگی) از طریق آموزش مهارت‌های چیستی مشاهده، مشاهده و مشارکت بود. جلسه چهارم توضیح مبسوطی در مورد سطوح متفاوت ذهنی، ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن سلیم داده شد و مهارت‌های چگونگی آموزش داده شد که شامل غیر قضاوتی بودن، ذهن آگاهی بر یک موضوع در یک لحظه و کارایی (انجام آن چه کارا و مؤثر است). جلسه پنجم شامل آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی و معرفی نظریه هیجان‌ها بود. جلسه ششم مهارت‌های تنظیم هیجان آموزش داده شد. جلسه هفتم در برگیرنده 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. جلسه هشتم شامل معرفی و توضیح هر یک از راهبردهای گذر از بحران، پرت کردن حواس، تسکین خود، بهبود لحظه یعنی جایگزین کردن وقایع مثبت به جای وقایع منفی و تأکید بر نقاط مخالف و موافق بود در جلسه نهم 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. جلسه دهم شامل مرور مهارت‌های ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل رنج، برنامه‌ریزی برای آینده و به کارگیری مستمر مهارت‌های آموخته شده، بازخوردگیری از دوره آموزشی و اجرای پس آزمون بود.

ابزارهای بکارگرفته شده

چک لیست ارزیابی اختلال‌های خوردن (ED)

مصاحبه بالینی است که اختلال‌های مربوط به خوردن را ارزیابی می‌کند. این چک لیست، طبق معیارهای تشخیصی و پژوهشی DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) برای تشخیص اختلال پراشتهایی عصبی و اختلال پرخوری افراطی و همین طور معیارهای موقتی ارائه شده توسط بیرکت وت[۲۹] و همکاران (۱۹۹۹) برای اختلال خوردن شبانه تنظیم شده و برای ردیابی نشانه‌های ED در بیماران چاق و جدا ساختن آنها، مورد استفاده قرارگرفت (سلیمانی و همکاران، ۲۰۱۲).

پرسشنامه افسردگی بک[۳۰] (BDI-SF)

---

۲۹. Birketvedt -

۳۰. Beck depression inventory- short form -

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

در این پژوهش به منظور غربالگری نوجوانان افسرده در جامعه‌ی مورد نظر از آزمون افسردگی بک (فرم کوتاه) استفاده شد. همچنین از این آزمون در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نیز استفاده شد. این آزمون مشتمل بر ۱۳ گروه سؤال و هر گروه نیز شامل ۴ سؤال است و پاسخ‌ها بین ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده‌اند. نتایج حاکی از آن است که فرم کوتاه افسردگی بک، یک ابزار پایا برای تعیین و شناسایی افسردگی متوسط و شدید است (دیاموند[۳۱] و همکاران، ۲۰۰۲).

روش آماری

در این تحقیق نخست اختلاف نمره‌های پس آزمون و پیش آزمون آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و کنترل و محاسبه میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها انجام گرفته و سپس به وسیله تحلیل کوواریانس یک طرفه، بوسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ دو گروه با یکدیگر مورد مقایسه قرار می‌گیرند.

یافته‌ها

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول فوق می‌توان نتیجه گرفت زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها در سطح معناداری ۹۹٪ اطمینان معنادار می‌باشد F = ۵۴/۶۵.

بنابراین فرض پژوهشی مبنی بر اینکه افرادی که تحت رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی قرار گرفته‌اند نسبت به افراد لیست انتظار، دفعات پرخوری کمتری را نشان می‌دهند تأیید می‌گردد.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول فوق تفاوت بین گروه‌ها در سطح معناداری ۹۹٪ اطمینان معنادار می‌باشد F =۴۰/۰۴. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت افرادی که تحت رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی قرار گرفته‌اند نسبت به افراد لیست انتظار، افسردگی کمتری را نشان می‌دهند.

بر اساس یافته‌های جدول (۳) میانگین دفعات پرخوری و افسردگی در مرحله‌ی پیش آزمون گروه آزمایش از ۴/۲۵ و ۲۹/۶۲ به ۰/۷۵ و ۱۵/۱۲ در مرحله‌ی پس آزمون، کاهش یافته است. این اعداد نشان‌دهنده این هستند که میانگین دفعات پرخوری و افسردگی گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره (۲) می‌توان نتیجه گرفت تفاوت بین گروه‌ها در سطح معناداری ۹۹٪ اطمینان معنادار می‌باشد. بنابراین فرض صفر پژوهش رد و فرض پژوهشی پذیرفته می‌شود. در تبیین این فرض می‌توان گفت مدل تنظیم عاطفه[۳۲]، بر مبنای تعداد زیادی از مقالات که ارتباط بین عاطفه منفی و اختلالات خوردن را بیان می‌کند شکل گرفته است (بیومونت[۳۳]، ۱۹۹۴). در واقع مدل تنظیم عاطفه، پرخوری افراطی و دیگر انواع آسیب شناسی خوردن را (برگرداندن اجباری غذا و یا خوردن محدودکننده) به عنوان یک تلاش رفتاری برای تحت تأثیر قرار دادن، تغییر و یا کنترل سطوح هیجانی دردناک

---

۳۱ - Diamond .

۳۲ - affect regulation .

۳۳ - Beumont .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

درنظر می‌گیرد (وان هانسویجیکد و همکاران[۳۴]، ۲۰۰۳؛ ویزروتلچ، ۱۹۹۹). به نظر می‌رسد که وهله‌های پرخوری در هر دو اختلال پرخوری افراطی خوردن و پراشتهایی عصبی به عنوان وسیله‌ای برای ایجاد تقویت منفی یا اجتناب موقت از این هیجانات، عمل می‌کند (آرنو و همکاران، ۱۹۹۵؛ سیگنیس[۳۵] وهمکاران، ۲۰۰۷؛ استیکنی، میلتنبرو ولف[۳۶]، ۱۹۹۹؛ برگرفته از سلیمانی، ۱۳۹۰).

شواهد تحقیقاتی نیز نقش هیجانات (به ویژه هیجانات منفی) و تأثیر تنظیم عواطف در پرخوری افراطی روشن می‌کنند. برای مثال، در یک مطالعه روشن شده است که بیشترین فراخوان‌های انگیزشی پرخوری افراطی، نگرانی و خلق منفی است (پولیوی و هرمن، ۱۹۹۳). علاوه بر این، خورندگان پرخور دارای اضافه وزن، برانگیزنده‌های بیشتری را در پاسخ به هیجانات منفی نسبت به کسانی که پرخور نیستند، صرف‌نظر از میزان اضافه وزن گزارش می‌کنند (الدرگ[۳۷] و آگراس، ۱۹۹۶).

مطالعات دیگر نیز نتایج مشابهی را در مورد نقش خلق منفی در برانگیزی پرخوری نشان می‌دهند و عنوان می‌کند که یک دلیل بالقوه در پاسخدهی به پرخوری افراد به هنگام هیجانات و خلق منفی، اینست که چنین افرادی موقعیت‌ها را بیش از آنکه استرس‌زا باشند تعبیر می‌کنند و این شاید به دلیل وجود نقص درسیستم تنظیم هیجاناتشان باشد (کوا[۳۸]، توریز[۳۹] وهیل[۴۰]، ۲۰۰۱؛ برگرفته از سلیمانی، ۱۳۹۰). چنین نتایجی توسط ویتسیر[۴۱] و همکاران (۲۰۰۷) در مورد نقش هیجانات در پرخوری افراطی مورد حمایت واقع شده است به گونه‌ای که آنها گزارش داده‌اند که مشکل این افراد در احساس و تعیین سطوح هیجانات، به همراه محدودیت در به کارگیری استراتژی‌های تنظیم هیجانی است که با پرخوری افراطی ورای تأثیرات جنس، محدودیت غذا و بیش ارزش‌گذاری در وزن و بدن است (سلیمانی، ۱۳۹۰).

بنابراین رفتار درمانی دیالکتیکی به طور اخص برای آموزش مهارت‌های تنظیم عواطف سازگارانه طراحی شده و برای هدف قرار دادن رفتارهایی که نتیجه بی نظمی هیجانی است یک تئوری مورد قبول برای به کارگیری رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان پرخوری افراطی و پراشتهایی عصبی به وجود آورده است (تلچ و همکاران، ۲۰۰۰؛ ویزر و تلچ، ۱۹۹۹). در نتیجه نظر به اینکه عواطف و هیجانات ارتباط تنگاتنگی با اختلالات خوردن به ویژه پرخوری افراطی دارند و با توجه به اینکه رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجانات متمرکز است و از آنجا که افراد مبتلا به پرخوری افراطی در مدیریت سطوح هیجانی خود مشکل دارند در این پژوهش و در بخش مهارت آموزی تنظیم هیجان بر این مورد تمرکز شده و انواع مهارت‌های مربوط به تنظیم هیجانات به آزمودنی‌ها آموزش داده شد و حتی در

---

۳٤ - Van Hanswijckde .

۳٥ - Signyth .

۳٦ - Miltenber, Stickney, Wolff.

۳۷ - Elderg .

۳۸ - Chua .

۳۹ - Touryz .

٤۰ - Hill .

٤۱ - Witseer .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

طول دوره درمانی، درمانگر شاهد تأثیر بسزای این مهارت‌ها نه تنها در مورد پرخوری افراطی بلکه در دیگر مواردی که هیجانات نقش تعیین‌کننده‌ای در موقعیت داشتند بود و پس از خاتمه درمان کاهش چشمگیر تعداد دفعات پرخوری آزمودنی‌ها تأییدکننده چنین تأثیری بود. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج تحقیقاتی که در ادامه ذکر شده است، همسو بوده و یافته‌های این پژوهش را تأیید می‌کنند.

در مطالعه موردی که سافر و لاک[۴۲] (۲۰۰۷) به منظور مطالعه اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر اختلال پرخوری افراطی نوجوانی که دارای این تشخیص بود، انجام دادند، بیمار در ابتدای درمان و در خط پایه در طول ۲۸ روز، ۲۰ وهله پرخوری را گزارش داد این در حالی بود که بعد از ۲۰ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیکی در پایان درمان این تعداد به ۴ وهله و پس از ۳ ماه گذشت زمان از پایان درمان به ۱ وهله پرخوری کاهش یافته بود. در مطالعه‌ای که توسط کروگر[۴۳] و همکارانش (۲۰۱۰) در مورد بررسی تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری در درمان اختلالات خوردن زنان دارای اختلال شخصیت مرزی و بی‌اشتهایی عصبی یا پراشتهایی عصبی که در پاسخ به درمان‌های گذشته شکست خورده بودند صورت گرفت، در پیگیری درمان میزان بهبودی پر اشتهایی عصبی ۵۴٪ و بهبودی بی‌اشتهایی عصبی ۳۳٪ بود. همچنین برای زنان دارای پراشتهایی عصبی میزان دفعات پرخوری در پس آزمون مانند پیگیری بعد از درمان کاهش یافته بود و خود گزارش‌دهی در مورد شکایات مربوط به خوردن و آسیب‌شناسی روانی کلی، همانند رتبه‌بندی عملکرد روانی- اجتماعی کلی به طور معناداری در پس آزمون و پیگیری بعد از درمان بهبود یافت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که رفتار درمانی دیالکتیکی در کنار درمان شناختی رفتاری علاوه بر کاهش علائم آسیب‌شناختی روانی کلی، میزان دفعات پرخوری در افراد دارای پراشتهایی عصبی را نیز کاهش خواهد داد.

در پژوهشی که توسط سافر و جو[۴۴] (۲۰۱۰) درخصوص مقایسه نتایج رفتار درمانی دیالکتیکی با گروه درمانی مقایسه فعال (ACGT)[۴۵] بر روی ۱۰۱ آزمودنی دارای اختلال پرخوری افراطی انجام شد، نتایج نشان دادند که اولاً رفتار درمانی دیالکتیکی میزان کناره‌گیری کمتری از درمان را ۴٪ نسبت به ACGT ۳/۳۲٪ نشان داده و مدل‌ها گویای این بودند که مقاومت در برابر پرخوری در پس آزمون و کاهش در میزان پرخوری در رفتار درمانی دیالکتیکی ۶۴٪ و برای ACGT ۳۶٪ بود. این پژوهش نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیکی علاوه بر میزان کناره‌گیری کمتر آزمودنی‌ها از درمان، کارآمدی بیشتری را نیز نسبت به ACGT نشان می‌دهد (سلیمانی، ۱۳۹۰).

در خصوص اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر افسردگی با توجه به تحلیل داده‌ها براساس تحلیل کوواریانس می‌توان نتیجه گرفت تفاوت بین گروه‌ها در سطح معناداری ۹۹٪ اطمینان معنادار می‌باشد. بنابراین فرض صفر پژوهش رد و فرض پژوهشی پذیرفته می‌شود. در تبیین این فرض می‌توان گفت تحقیقات نشان داده‌اند که میزان همایندی اختلالات روانشناختی، با شدت میزان پرخوری افراطی بیشتر مرتبط است، تا با اضافه وزن (تلچ[۴۶] و همکاران، ۲۰۰۱؛ یانووسکی و همکاران، ۱۹۹۳). در یک مطالعه فایربورن و همکاران (۱۹۹۸) با هدف تعیین عوامل خطر برای پرخوری افراطی، افراد دارای پرخوری افراطی را با گروه کنترل که سالم بودند مقایسه کردند. یافته‌های آنها نشان دادکه افراد دارای پرخوری افراطی، با قرار گرفتن در معرض عوامل خطر احتمال بیشتری وجود دارد که به

---

۴۲ - **. Lack**

۴۳ - . Kröger

۴۴ - Jo. .

۴۵ - . active comparison group therapy

۴۶ - Telch. .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

اختلال روانپزشکی و چاقی مبتلا شوند. این افراد همچنین دارای اختلال‌های همایند بیشتری به ویژه اختلال‌های خلقی و شخصیت هستند (میشل[۴۷] و همکاران، ۲۰۰۸؛ یانووسکی و همکاران، ۱۹۹۳). به نظر می‌رسد که تأثیرات اختلالات خوردن فقط به مسائل و مشکلات جسمی مربوط نبوده بلکه ساختار روانی و ذهنی فرد را نیز درگیر خود می‌کند که این مسأله می‌تواند تا حد مشکلات در سطح شخصیتی فرد پیشروی داشته باشد و زمینه‌ساز بسیاری از اختلالات به ویژه اختلالات خلقی و افسردگی شود.

در مورد ارتباط متقابل بین علائم روانشناختی و اختلالات خوردن باید گفت که با افزایش میزان علائم روانپزشکی، افراد دارای اختلال پرخوری افراطی سطوح بالاتری از علائم اختلالات خوردن را گزارش می‌دهند. برای مثال، افراد دارای پرخوری افراطی نگرانی بیشتری را در مورد وزن و شکل بدنی خود گزارش دارند (الدرگ[۴۸] و آگراس، ۱۹۹۶) بیشتر از بازگشت مجدد وزن می‌ترسند، دل مشغولی بیشتری با غذا و وزن دارند و نارضایتی بیشتری از وضعیت بدنیشان دارند (ویلسون و همکاران، ۱۹۹۳).

محققان دیگر در مطالعه تأثیر پرخوری افراطی بر کیفیت زندگی دریافتند که میزان آشفتگی روانی به طور کلی در میان افراد چاق دارای اختلال پرخوری افراطی در مقایسه با افراد چاق بدون این اختلال به طور معناداری بالاتر است (ریگر[۴۹] و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر نیز افرادی که به عنوان آزمودنی در نظر گرفته شدند از درصد بالای آشفتگی روانی به خصوص افسردگی رنج می‌بردند و به گزارش خودشان با افزایش حالات خلقی منفی در وجودشان احتمال بیشتری وجود داشت که دست به پرخوری بزنند. در پژوهش حاضر با آموزش مهارت‌های مربوط به ذهن آگاهی به مراجعین کمک می‌شد تا هر لحظه نسبت به حالات هیجانی، عاطفی و خلقی خود آگاهی داشته و به محض این که احساس کردند افکاری به ذهنشان می‌آید که سبب راه‌اندازی هیجانات و حالات خلقی منفی می شود ذهن آگاهی خود را از موضوع افزایش دهند تا پیش از شدت گرفتن این حالات و افزایش احتمال پرخوری به دنبالش با به کارگیری مهارت‌های تنظیم هیجان و مهارت‌های تحمل رنج به کنترل و جهت‌دهی مناسب این حالات بپردازند و در خاتمه درمان نیز کاهش بسیار زیاد نمرات افسردگی این افراد نشان دهنده تأثیر این مهارت آموزی‌ها در بهبود افسردگی این افراد است.

در تحقیقی در مقایسه با یک گروه نمونه از افرادی که چاق بودند اما اختلال پرخوری افراطی نداشتند، افرادی که از اختلال پرخوری افراطی رنج می برند، ۳ برابر بیشتر احتمال داشت که افسردگی عمده را با میزان شیوع بین ۳۲ تا ۹۱٪ در طول زندگیشان تجربه کنند (بولیک[۵۰] و همکاران، ۲۰۰۲؛ هادسون و همکاران، ۲۰۰۶؛ مارکوس و همکاران، ۱۹۹۷، ۱۹۹۰؛ موسل و همکاران، ۱۹۹۵؛ اسپکر[۵۱] و همکاران، ۱۹۹۴؛ اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۳؛ ویلفلی و همکاران، ۲۰۰۰؛ یانووسکی و همکاران، ۱۹۹۳). تحقیقاتی که در ادامه به آنها اشاره خواهد شد ارتباط بین حالات خلقی منفی به ویژه افسردگی را با شدت میزان پرخوری نشان می‌دهند که همگام با نتایج پژوهش حاضر بوده و تأییدکننده آن می‌باشند. تحقیقات طولی که افراد جوان را در بر داشتند، تأیید کرده‌اند که افسردگی و عاطفه منفی پیش بین خطر زیاد برای اختلال‌های خوردن بعدی هستند (جانسون و همکاران، ۲۰۰۱). علاوه بر این شواهدی وجود دارد مبنی بر این که عاطفه منفی

---

۴۷ - Mischel .

۴۸ - Elderly .

۴۹ - Rieger .

۵۰ - Bulik .

۵۱ - Specker .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

ممکن است موجب نگهداری و حفظ پرخوری شود. بیماران اغلب می‌گویند وقتی که احساس می‌کنند تحت فشار قرار دارند، دلتنگ هستند یا احساس بدی نسبت به خود دارند، به پرخوری می‌پردازند. آنها همچنین گزارش می‌دهند که خوردن در کوتاه مدت، احساس آرامش به آنها می‌دهد. این گزارش‌ها با مدل‌های تنظیم عاطفه که پرخوری را فرار از احساس‌های منفی می‌دانند، بسیار هماهنگ هستند (سلیمانی،۱۳۹۰).

ونگر[۵۲] و همکارانش (۲۰۰۲) ۲۵ آزمودنی زنی را که وهله‌های پرخوری افراطی را گزارش می‌دادند مورد مطالعه قرار دادند. شرکت‌کنندگان، سطح خلق و متغیرهای مرتبط و همینطور وهله‌های پرخوری افراطی را ثبت می‌کردند. خلق منفی شرکت‌کنندگان در روزهایی که پرخوری افراطی داشتند نسبت به روزهایی که پرخوری نداشتند افزایش می‌یافت. وقتی گزارش ثبت شده در مورد خلق، بلافاصله بعد از پرخوری افراطی مورد آزمایش قرار می‌گرفت، آزمودنی‌ها خلق منفی شان را به طور معناداری بالاتر از آن میزانی که قبل از وهله پرخوری داشتند، نمره‌گذاری می‌کردند (سلیمانی،۱۳۹۰).

نشانه شناسی افسردگی ممکن است آمادگی افراد را برای بازگشت و عود پرخوری افراطی فراهم کند و پرخوری افراطی به عنوان وسیله‌ای برای تنظیم عاطفه مورد استفاده قرار گیرد (موسل و همکاران، ۱۹۹۶). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد BED عموماً پیش از ایجاد علائم عاطفی واقع می‌شوند (موسل و همکاران، ۱۹۹۶)، پیشنهادی مبنی بر اینکه افسردگی ممکن است معلول این اختلال باشد. به هر حال، توالی قرار گرفتن پرخوری افراطی در آغاز و همایندی اختلالات روانپزشکی، همچنین علت‌شناسی همایندی، مطالعات بیشتری را می‌طلبد زیرا افسردگی همایند از سطح بهنجاری که انتظار می‌رود در بیماران BED بیشتر است و این میزان ممکن است روند درمان را دچار پیچیدگی کند. اما با این وجود، ویلفلی و همکارانش (۲۰۰۰) تأثیری از همایندی اختلالات محور I بر نتایج درمان در بیماران BED که در درمان شناختی- رفتاری (CBT) یا درمان بین فردی (IPT) شرکت کرده بودند، پیدا نکردند.

در نتیجه‌گیری نهایی می‌توان گفت همانگونه مشاهده شد این پژوهش ارتباط بین انواع آسیب‌شناسی روانی را با اختلال پرخوری افراطی تشریح می‌کند باید گفت که این اختلال با افسردگی ارتباطی تنگاتنگ داشته و روابط علت و معلولی بین آن‌ها برقراراست و رفتار درمانی دیالکتیکی با تمرکز بر مدل تنظیم هیجانی در کاهش میزان پرخوری و افسردگی بیماران زن مبتلا به اختلال پرخوری افراطی مؤثر است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر به پژوهشگران و متخصصین توصیه می‌شود این پژوهش را به صورت مقایسه درمان فردی و گروهی و ترکیب این دو درمان و به صورت مقایسه درمان دارویی و درمان روانشناختی و ترکیب این دو، در گروه‌هایی با تعداد اعضای بیشتر و در فضاهای مختلف از جمله کلینیک‌ها و مراکز مشاوره، بیمارستان‌ها و ... تکرار نمایند؛ و ابزارهای متنوع تشخیصی و ارزیابی اختلالات خوردن به ویژه اختلال پرخوری افراطی را ساخته و هنجاریابی کنند.

جدول ۱- نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون دفعات پرخوری پس از تعدیل پیش آزمون

منابع واریانس / شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری
پیش آزمون	۶/۸۹	۱	۶/۸۹	۱۶/۳۴	۰/۰۰۱
گروه ها	۲۳/۰۴	۱	۲۳/۰۴	۵۴/۶۵	۰/۰۰۰
خطا	۵/۴۸	۱۳	۰/۴۲		
مجموع	۸۳/۰۰	۱۶			

۵۲ - Wenger .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

جدول ۱- نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون دفعات پرخوری پس از تعدیل پیش آزمون

منابع واریانس / شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری
پیش آزمون	۶/۸۹	۱	۶/۸۹	۱۶/۳۴	۰/۰۰۱
گروه ها	۲۳/۰۴	۱	۲۳/۰۴	۵۴/۶۵	۰/۰۰۰
خطا	۵/۴۸	۱۳	۰/۴۲		
مجموع	۸۳/۰۰	۱۶			
P–value = <0/001					

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون افسردگی پس از تعدیل پیش آزمون

منابع واریانس / شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری
پیش آزمون	۲۳۲/۴۳	۱	۲۳۲/۴۳	۱۲/۰۸	۰/۰۰۴
گروه ها	۷۶۹/۸۳	۱	۷۶۹/۸۳	۰۴/۰۴	۰/۰۰۰
خطا	۲۴۹/۴۹	۱۳	۱۹/۲۲		
مجموع	۹۳۹۳/۰۰	۱۶			
P–value = <0/001					

جدول ۳- توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون میزان پرخوری و افسردگی افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه

گروه	متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
	پیش آزمون دفعات پرخوری	۸	۲	۷	۴/۲۵	۱/۹۸
آزمایش	پس آزمون دفعات پرخوری	۸	۰	۲	۰/۷۵	۰/۷۰
	پیش آزمون افسردگی	۸	۲۳	۳۶	۲۹/۶۲	۴/۶۸
	پس آزمون افسردگی	۸	۷	۲۰	۱۵/۱۲	۵/۹۱
کنترل	پیش آزمون دفعات پرخوری	۸	۱	۷	۳/۲۵	۱/۸۳
	پس آزمون دفعات پرخوری	۸	۱	۵	۲/۸۷	۱/۱۲
	پیش آزمون افسردگی	۸	۲۲	۴۳	۳۰/۶۲	۶/۸۴

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

	پس آزمون افسردگی	۸	۲۳	۴۱	۹۲/۷۵	۵/۸۲

مراجع

1- America Psychiatric Association Psychiatric Dictionary: Based on the DSM-IV. Translated by M. Firoozbakht and Khashayarbeigy. Tehran: Abjad Publication. 1996 [Persian].

2- Beumont PJV, Garner D, & Touyz SW. Comments on the proposed criteria for eating disorders in DSM-IV. European Eating Disorders Review 1994; 2: 63-75.

3- Birketvedt GS, Florholmen J, Sundsfjord,J, Dinges D, Østerud B, & Stunkard A. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night eating syndrome. JAMA 1999; 282(7): 657-63.

4- Bulik CM, Sullivan PF, & Kendler KS. Medical and psychiatry morbidity in obese women with and without binge eating . Int Eat Disord 2002; 32,72-8.

5- Crow SJ, Agras WS, Halmi K, Mitchell JE, & Kraemer HC. Full syndromal vs subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: A multicenter study. International J Eat disord 2002; 32(3): 309-18.

6- Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, & Isaacs L. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41(10): 1190-1196.

7- Eldrdge KL, & Agras WS. Weight and shape over concern and emotional eating in binge eating disorder. Int J Eat Disord 1996; 19(1): 73-82.

8- Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, & O'Conner ME. Risk factors binge eating disorder: A community based case-control study. Arch Gen psychiatry 1998; 55, 425-432.

9- Hudson JI, Lalonde JK, Berry JM, Pindyck LJ, Bulik CM, Crow SJ, et al. Binge eating disorder as a distict familial phenotype in obese individuals .Arch Gen psychiatry 2006; 63: 313-319.

10- Johnson JG, Spitzer RL, Williams JBW. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynecology patients. Psychol Med 2001; 31: 1455-66.

11- Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Schunert T, Reinecker H. Dialectical behavior therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments .An open trial with a 15-month follow-up. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 2010; Available from: www.elsevier.com/locate/jbtep

12- Linehan MM. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press. 1993.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

13- Marcus MD. Adapting treatment for patient with binge eating disorder. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel, Hand book of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press. 1997.

14- Mitchell JE, Devlin MJ, de Zwaan M, Crow SJ, & Peterson CB. Binge-eating disorder: clinical foundations and treatment. New York: The Guilford Press. 2008.

15- Mussell MP, Mitchell JE, de Zwaan M, Crosby RD, Seim HC, Crow SJ. Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: a descriptive study. Int J Obes Relat Metab Disord 1996; 20: 324-331.

16- Rieger E, Wilfley DE, Stein RI, Marino V, & Crow S. A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. Int J Eat Disord 2005; 37(3): 234-240.

17- Safer DL, Lively TJ, Telch CF, & Agras WS. Predictors of relapse following successful dialectical behavior therapy for binge eating disorder. Int J Eat Disord 2002; 32(2), 155-163. 163.

18- Soleimani M, Ghasemzadeh AR, Fallah Ebrahimnezhad M. Effects of dialectical behaviour therapy on increasing self-esteem in women with binge eating disorder. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2011; 46, 1091–95.

19- Soleimani M. Efficacy of group dialectical behavior therapy on reducing binge eating and depression and increases self-esteem of women with binge eating disorder extreme. MA thesis. Faculty of Education and Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran; 2011.[Persian].

20- Specker S, de Zwaan M, Raymond NC & Mitchell JE. Psychopathology in subgroup of obese women with and without binge eating disorder. Compr Psychiatry 1994; 35, 185-190.

21- Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorders: Its further validation in a multisite study. Int J Eat Disord 1993; 13: 137-153.

22- Striegel-Moore RH, Dohm FA, Pike KM, Wilfley DE, & Fairburn CG. Recurrent binge eating in black American women. Arch Fam Med 2000;9(1):83-7.

23- Striegel-Moore RH, Wilson GT, Wilfley DE, Elder KA, & Brownell KD. Binge eating in an obese community sample. Int J Eat Disord 1998; 23: 27-37.

24- Telch CF. Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder, Int J Eat Disord 1997; 22(1): 77-81

25- Telch CF, Agras, WF, & linehane MM. Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. Behavior therapy 2011; 31: 569-82.

26- Van Hanswijck de Jonge P, Van Furth EF, Lacey J, & Waller G. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. Psychol Med 2003; 33(7): 1311-7.

27- Wilfley DE, Friedman MA, Dounchis JZ, Stein RI, Welch RR, Ball SA. Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. J Consult Clin Psychol 2000; 68: 641-649.

28- Wilson GT, Nonas CA, & Rosenblum GD. assessment of binge eating in obese patients. Int J Eat Disord 1993; 13: 25-33.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

29- Wiser S, Telch CF. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. J clin psychol 1999; 55(6): 755-68.

30- Yanovski SZ, & Sebring NG. Recorder food intake of obese woman with binge eating disorder before and after weight loss, Int J Eat Disord 1994; 15: 135-50.

31- Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, & Spitzer RL. Association of binge eating and psychiatric co morbidity in the obese. Am J Psychiatry 1993; 150(12): 1472–9.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]