

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پر خوری هیجانی و خودپنداره‌ی جنسی زنان با اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی

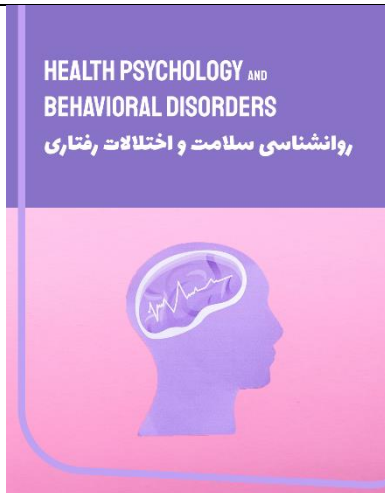
تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۵/۰۹/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۳/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۷

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۲/۱۱

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۱۰/۱۵

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

محمد رضا محمد قلی^۱، مهریار عناصری^{۱*}

۱. گروه روانشناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

dr.anasseri1969@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: محمد قلی، محمد رضا، و عناصری، مهریار. (۱۴۰۵). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پر خوری هیجانی و خودپنداره‌ی جنسی زنان با اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۴(۵)، ۱۷-۱.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر پر خوری هیجانی و خودپنداره‌ی جنسی زنان مبتلا به اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک همراه با چاقی شکمی بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک همراه با چاقی شکمی مراجعه‌کننده به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره سرای آرامش نیان تهران در سال ۱۴۰۴ بود. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۲۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفت، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس خوردن هیجانی سالزبورگ (SEES)، پرسشنامه خودپنداره جنسی (MSSCQ) و مقیاس خوردن افراطی (BES) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی تأثیر معناداری بر کاهش پر خوری هیجانی و بهبود خودپنداره جنسی زنان مبتلا به اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی داشته است. در متغیر پر خوری هیجانی مقدار F برابر با ۱۶,۳۲۱ و اندازه اثر ۰,۷۱۱ به دست آمد که نشان‌دهنده اثربخشی قابل توجه درمان بود. همچنین در متغیر خودپنداره جنسی مقدار F برابر با ۱۷,۰۳۱ و اندازه اثر ۰,۷۷۶ شد. نتایج آزمون تعقیبی توکی نیز نشان داد تفاوت میانگین‌های دو گروه در هر دو متغیر در سطح $P < 0,01$ معنادار است و گروه آزمایش نسبت به گروه گواه عملکرد بهتری نشان داد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر در کاهش پر خوری هیجانی و ارتقای خودپنداره جنسی زنان مبتلا به اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک همراه با چاقی شکمی مورد استفاده قرار گیرد. آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی در این رویکرد درمانی موجب بهبود کنترل هیجانی و نگرش مثبت‌تر نسبت به خود در شرکت‌کنندگان شد. بر این اساس، استفاده از رفتار درمانی دیالکتیکی در مراکز درمانی و مشاوره‌ای برای این گروه از بیماران توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌گان: رفتار درمانی دیالکتیکی، پر خوری هیجانی، خودپنداره جنسی، اختلال خوردن افراطی،

نشانگان متابولیک، چاقی شکمی

Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Eating and Sexual Self-Concept in Women with Binge Eating Disorder and Metabolic Syndrome with Abdominal Obesity

Submit Date:
2026-01-05

Revise Date:
2026-05-01

Accept Date:
2026-05-07

Initial Publish Date:
2026-05-26

Final Publish Date:
2026-11-22

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on emotional eating and sexual self-concept among women with binge eating disorder and metabolic syndrome accompanied by abdominal obesity. This study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of women with binge eating disorder and metabolic syndrome with abdominal obesity who referred to Saraye Aramesh Niyam Psychological Counseling Center in Tehran in 2026. Thirty participants were selected through purposive sampling and randomly assigned into experimental and control groups. The experimental group received 20 sessions of 120-minute DBT intervention, whereas the control group received no intervention. Data collection instruments included the Salzburg Emotional Eating Scale (SEES), Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ), and Binge Eating Scale (BES). Data were analyzed using multivariate and univariate analyses of covariance. The results demonstrated that DBT significantly reduced emotional eating and improved sexual self-concept among women with binge eating disorder and metabolic syndrome with abdominal obesity. For emotional eating, the ANCOVA results showed $F=16.321$ with an effect size of 0.711, indicating substantial treatment effectiveness. In addition, for sexual self-concept, $F=17.031$ and an effect size of 0.776 were obtained. Tukey post hoc test results further indicated significant differences between the experimental and control groups at $P<0.01$, favoring the experimental group in both variables. The findings suggest that Dialectical Behavior Therapy is an effective intervention for reducing emotional eating and enhancing sexual self-concept in women with binge eating disorder and metabolic syndrome associated with abdominal obesity. DBT skills, including emotional regulation, distress tolerance, and mindfulness, contributed to improved emotional control and more positive self-perceptions among participants. Therefore, the integration of DBT into psychological and clinical treatment programs for this population is recommended.

Keywords: *Dialectical Behavior Therapy, Emotional Eating, Sexual Self-Concept, Binge Eating Disorder, Metabolic Syndrome, Abdominal Obesity*

HEALTH PSYCHOLOGY
AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

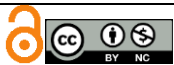


Mohammadreza Mohammadqoli¹,
Mehryar Anasseri^{1*}

1. Department of Psychology, Ash.C., Islamic Azad University, Ashtian, Iran.

*Corresponding Author's Email:
dr.anasseri1969@iau.ac.ir

How to cite: Mohammadqoli, M., & Anasseri, M. (2026). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Eating and Sexual Self-Concept in Women with Binge Eating Disorder and Metabolic Syndrome with Abdominal Obesity. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(5), 1-17.



اختلال خوردن افراطی یکی از شایع‌ترین اختلالات خوردن در جهان معاصر است که با دوره‌های مکرر مصرف حجم زیادی از غذا همراه با احساس فقدان کنترل مشخص می‌شود و به‌عنوان یک مشکل چندبعدی، پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی گسترده‌ای به همراه دارد. در سال‌های اخیر، افزایش نرخ چاقی و اختلالات مرتبط با آن، توجه پژوهشگران را به ارتباط میان اختلال خوردن افراطی، نشانگان متابولیک و مشکلات هیجانی جلب کرده است. شواهد جهانی نشان می‌دهد که چاقی و شاخص توده بدنی بالا از مهم‌ترین عوامل خطر برای بروز بیماری‌های مزمن و اختلالات روان‌شناختی هستند و بار بیماری ناشی از آنها در بسیاری از کشورها روندی صعودی دارد (Dai et al., 2020). همچنین گزارش‌های اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که شیوع چاقی و سوء‌تغذیه در سطح جهان به‌طور همزمان در حال افزایش است و این وضعیت به‌ویژه در زنان با مشکلات خوردن افراطی شدت بیشتری دارد (Chong et al., 2023). در این میان، اختلال خوردن افراطی نه‌تنها با مصرف کنترل‌نشده غذا بلکه با آشفتگی‌های هیجانی، ناتوانی در تنظیم هیجان و مشکلات شناختی نیز همراه است و همین عوامل سبب می‌شود که افراد مبتلا در چرخه‌ای معیوب از هیجان‌های منفی، پرخوری و احساس گناه گرفتار شوند (Smith & Goldschmidt, 2024).

مطالعات اخیر نشان داده‌اند که اختلال خوردن افراطی اغلب در بستری از بدن‌تنظیمی هیجانی شکل می‌گیرد و هیجان‌های منفی نظیر اضطراب، خشم، شرم و افسردگی می‌توانند محرک اصلی اپیزودهای پرخوری باشند (Meule et al., 2018). در واقع، بسیاری از افراد مبتلا از غذا به‌عنوان راهبردی ناکارآمد برای کاهش تنش‌های هیجانی استفاده می‌کنند و این رفتار در کوتاه‌مدت موجب کاهش موقتی ناراحتی روانی می‌شود، اما در بلندمدت احساس ناکامی، کاهش عزت‌نفس و تشدید مشکلات هیجانی را به همراه دارد (Bartholomay et al., 2024). پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که محدودیت غذایی افراطی، رژیم‌های ناکارآمد و تلاش‌های سخت‌گیرانه برای کنترل وزن می‌تواند به حفظ و تداوم چرخه پرخوری منجر شود و حتی احتمال بازگشت علائم را افزایش دهد (Bartholomay et al., 2024). علاوه بر این، افراد مبتلا به اختلال خوردن افراطی معمولاً در کارکردهای اجرایی نظیر کنترل تکانه، تصمیم‌گیری و انعطاف‌پذیری شناختی نیز دچار مشکل هستند و همین موضوع روند درمان را پیچیده‌تر می‌سازد (Goldschmidt et al., 2024).

یکی دیگر از ابعاد مهم مرتبط با اختلال خوردن افراطی، رابطه آن با تصویر بدنی و خودپنداره جنسی است. زنان مبتلا به این اختلال اغلب نگرش منفی نسبت به بدن و جذابیت جنسی خود دارند و در نتیجه، سطح پایین‌تری از رضایت جنسی و عزت‌نفس را تجربه می‌کنند. مشکلات مرتبط با وزن، چاقی شکمی و احساس شرم از ظاهر بدنی می‌تواند روابط عاطفی و جنسی این افراد را تحت تأثیر قرار دهد و زمینه‌ساز انزوای اجتماعی و اختلال در عملکرد بین‌فردی شود. پژوهش‌های فورنی و همکاران نشان داد که نگرانی‌های مرتبط با شکل و وزن بدن در افراد مبتلا به اختلالات خوردن با شدت بالاتر آسیب‌شناسی روانی و اختلال بیشتر در عملکرد همراه است (Forney et al., 2024). افزون بر این، زنان مبتلا به اختلال خوردن افراطی در مقایسه با افراد سالم، بیشتر در معرض احساس بی‌ارزشی، خودسرزندی و نارضایتی از بدن قرار دارند که این عوامل می‌تواند بر خودپنداره جنسی آنان تأثیر منفی بگذارد (Smith & Goldschmidt, 2024).

در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران به ارتباط میان اختلال خوردن افراطی و مشکلات متابولیک نیز افزایش یافته است. نشانگان متابولیک که شامل چاقی شکمی، افزایش فشار خون، اختلالات چربی خون و مقاومت به انسولین است، در بسیاری از افراد مبتلا به اختلال خوردن افراطی مشاهده می‌شود و می‌تواند پیامدهای جدی جسمانی و روانی به دنبال داشته باشد (Dai et al., 2020). در زنان، برخی شرایط هورمونی نظیر سندرم تخمدان پلی‌کیستیک نیز با شیوع بالاتر اختلال خوردن افراطی و پرخوری عصبی همراه گزارش شده است (Cooney et al., 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهد که اختلال خوردن افراطی صرفاً یک مشکل رفتاری نیست، بلکه پدیده‌ای پیچیده و چندعاملی است که تعامل میان عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در شکل‌گیری و تداوم آن نقش دارد. از سوی دیگر، افراد مبتلا به این اختلال اغلب به

دلیل انگ اجتماعی و باورهای نادرست پیرامون چاقی و پرخوری، کمتر برای دریافت درمان تخصصی اقدام می‌کنند و در بسیاری از موارد، علائم آنها نادیده گرفته می‌شود (Baker et al., 2023).

در چنین شرایطی، نیاز به مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای کاهش علائم پرخوری هیجانی و بهبود عملکرد روانی این افراد بیش از پیش احساس می‌شود. یکی از رویکردهای درمانی مورد توجه در سال‌های اخیر، رفتاردرمانی دیالکتیکی است که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی طراحی شد، اما به تدریج کاربرد آن در درمان اختلالات خوردن نیز گسترش یافت. این رویکرد بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، ذهن‌آگاهی و اثربخشی بین‌فردی تأکید دارد و تلاش می‌کند به افراد کمک کند تا به‌جای استفاده از رفتارهای ناسازگارانه مانند پرخوری، از راهبردهای سازگارانه‌تری برای مدیریت هیجان‌ها استفاده کنند (Ben-Porath et al., 2025). رفتاردرمانی دیالکتیکی بر این فرض استوار است که بسیاری از رفتارهای تکانشی و آسیب‌ناشی از ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها هستند و آموزش مهارت‌های هیجانی می‌تواند به کاهش این رفتارها منجر شود (Chen et al., 2017).

پژوهش‌های متعددی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی را در کاهش علائم اختلال خوردن افراطی تأیید کرده‌اند. مطالعه چن و همکاران نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند کاهش قابل‌توجهی در شدت پرخوری ایجاد کند و به بهبود تنظیم هیجان منجر شود (Chen et al., 2017). همچنین پژوهش دی‌سوزا و همکاران نشان داد که آموزش مهارت‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی در افراد مبتلا به چاقی موجب کاهش الگوهای خوردن ناسازگار و افزایش رفتارهای خوردن سازگارانه می‌شود و این اثرات حتی در پیگیری‌های چندماهه نیز پایدار باقی می‌ماند (De Souza et al., 2019). یافته‌های جدیدتر نیز حاکی از آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی می‌تواند از طریق کاهش بدتنظیمی هیجانی و الکسی‌تایمیا، علائم اختلال خوردن افراطی را کاهش دهد و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد (Zompa et al., 2025).

از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شدت از دست دادن کنترل در خوردن افراطی می‌تواند در ساعات مختلف شبانه‌روز تغییر کند و هیجان‌های منفی نقش مهمی در تشدید این وضعیت دارند (Bottera et al., 2024). این یافته‌ها اهمیت مداخلاتی را برجسته می‌کند که بتوانند مهارت‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجان را در افراد تقویت کنند. رفتاردرمانی دیالکتیکی به دلیل تمرکز بر ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی، می‌تواند در کاهش رفتارهای تکانشی مرتبط با غذا خوردن و افزایش آگاهی نسبت به هیجان‌ها مؤثر باشد (Ben-Porath et al., 2025). همچنین مرور پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که اگرچه درمان‌های موجود برای اختلال خوردن افراطی تا حدودی مؤثر هستند، اما هنوز بسیاری از بیماران به بهبودی پایدار دست نمی‌یابند و نیاز به توسعه و ارزیابی مداخلات مؤثرتر همچنان وجود دارد (Smith & Goldschmidt, 2024). افزون بر این، بسیاری از مطالعات پیشین بیشتر بر کاهش علائم خوردن افراطی تمرکز داشته‌اند و کمتر به پیامدهای روان‌شناختی مهمی مانند خودپنداره جنسی پرداخته‌اند؛ در حالی که این متغیر می‌تواند نقش مهمی در کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا داشته باشد.

با توجه به شیوع روزافزون اختلال خوردن افراطی، ارتباط آن با چاقی شکمی و نشانگان متابولیک، نقش تعیین‌کننده بدتنظیمی هیجانی در تداوم علائم، و همچنین کمبود پژوهش‌های متمرکز بر خودپنداره جنسی در این گروه از بیماران، بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پرخوری هیجانی و خودپنداره جنسی زنان مبتلا به اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر، از نوع کاربردی و مطالعه‌ای نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد که یک گروه مداخله و یک گروه گواه را شامل می‌شود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان با اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی شهر تهران

که در سال ۱۴۰۴ جهت درمان‌های روان‌شناختی به مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره سرای آرامش نیان تهران دارای مجوز از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران مراجعه نموده‌اند، تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه مورد نظر ابتدا براساس ملاک‌های ورود به پژوهش از افراد جامعه، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند (مبتنی بر هدف) گزینش و سپس به روش تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه گواه گمارش شدند. گروه آزمایش در ۲۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی شرکت کردند و در نهایت پس از ریزش، ۱۴ شرکت‌کننده درمان را با موفقیت به پایان رساندند. در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. لازم به ذکر است که جهت معادل سازی نفرت دو گروه آزمایش و گواه به تعداد ریزش گروه آزمایش به صورت تصادفی از گروه گواه نیز حذف گردید. معیارهای ورود به مداخله درمانی: رضایت آگاهانه فرد، حداقل تحصیلات؛ توانایی خواندن و نوشتن، عدم دریافت درمان دارویی برای کاهش وزن، یا با اثرات کاهنده اشتها، عدم دریافت مداخلات دارویی مرتبط با مشکلات روان‌شناختی، عدم دریافت جراحی‌های کاهش وزن (مانند جراحی بای‌پس معده، اسلیو گاسترکتومی یا سایر مداخلات جراحی مرتبط با کاهش وزن)، عدم دریافت هرگونه مشاوره یا مداخله‌ی روان‌شناختی جهت حل مسائل، مشکلات سازگاری یا سایر اختلالات روانی، همزمان با دوره‌ی زمانی پژوهش، عدم دریافت خدمات مشاوره‌ی تغذیه یا مداخلات مرتبط با اصلاح الگوی غذایی، همزمان با دوره‌ی زمانی پژوهش، عدم وجود اختلال مصرف مواد (به‌جز دسته اختلال مصرف تنباکو)، در صورتی که شرکت‌کنندگان داروهای مرتبط با شرایط فیزیولوژیک (مانند داروهای قلب، دیابت، کلیه و موارد مشابه) مصرف می‌کنند، باید اطمینان حاصل شود که تحت نظارت منظم پزشک معالج خود قرار دارند که غلظت پلاسمایی و اثربخشی دارو در حالت تثبیت قرار داشته باشد و نشانگان بیماری یا اختلال کنترل شده باشد. در صورتی که شرکت‌کنندگان داروهای مرتبط با بیماری‌های نورولوژیک و همینطور داروهای روانپزشکی مصرف می‌کنند، باید اطمینان حاصل شود که تحت نظارت منظم پزشک معالج خود قرار دارند که غلظت پلاسمایی و اثربخشی دارو در حالت تثبیت قرار داشته باشد و نشانگان بیماری یا اختلال کنترل شده باشد. شرکت‌کنندگان باید در بازه‌ی سنی ۱۸ تا ۵۰ سال باشند. عدم وجود اختلالات روانی شدید مانند اختلالات روان‌پریشی، اختلالات اضطرابی شدید (مثل اختلال پانیک، اختلال اضطراب فراگیر یا اختلال استرس پس از سانحه) یا سایر اختلالات شدید روان‌شناختی که نیاز به درمان فوری دارند، شرکت‌کنندگان باید ملاک اندازه‌ی دور کمر بیشتر از ۸۸ سانتی‌متر را برآورده نمایند و حداقل واجد دو مورد از این چهار مورد نیز باشند. ۱. تری‌گلیسرید برابر یا بیشتر از ۱۵۰ mg/dL2. کلسترول HDL کمتر از ۵۰ mg/dL3. فشار خون برابر یا بیشتر از ۱۳۰/۸۵ mmHg. قند خون ناشتا برابر یا بیشتر از ۱۰۰ mg/dL یا مصرف داروهای مرتبط با هر دو مورد از این موارد. عدم ابتلا به بیماری‌های شدید جسمانی یا عارضه‌ی پزشکی پیشرفته‌ای باشند که فراتر از نشانگان متابولیک بوده و می‌تواند بر نتایج پژوهش تأثیر معناداری بگذارد (مانند بیماری‌های قلبی حاد، دیابت کنترل‌نشده، نارسایی کلیوی یا کبدی، سرطان‌های در جریان، اختلالات جنسی واجد کانون توجه بالینی نظیر نعوظ، اختلالات عصبی-شناختی پیشرفته و...). معیارهای خروج از مداخله درمانی: عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، تغییرات عمده در وضعیت سلامتی شرکت‌کننده (مانند ابتلا به بیماری‌های شدید جسمانی یا روان‌شناختی که نیاز به درمان فوری دارد)، بروز اختلالات روان‌شناختی جدیدی مانند اختلالات روان‌پریشی، اضطراب شدید یا سایر اختلالات شدید روان‌شناختی ای که نیاز به درمان فوری دارد، پیش‌بینی آسیب روان‌شناختی به شرکت‌کنندگان، تغییر وضعیت متابولیک شرکت‌کننده به حدی که دیگر معیارهای نشانگان متابولیک را نداشته باشد (مثلاً کاهش محسوس اندازه‌ی دور کمر یا تغییرات قابل توجه در شاخص‌های متابولیک)، تغییرات عمده‌ای در سبک زندگی (مانند شروع رژیم غذایی جدید، شروع برنامه‌ی ورزشی جدید، تغییرات شغلی یا خانوادگی بزرگ) که می‌تواند نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد، شروع درمان دارویی جدید (یا حتی تغییر داروهای قدیمی) برای کاهش وزن؛ کاهش اشتها؛ درمان مشکلات روان‌شناختی، نورولوژیک و یا درمان مشکلات فیزیولوژیک با اثرات جانبی تأثیر گذار بر نتایج پژوهش، بیش از دو جلسه غیبت در جلسات درمان بود.

مقیاس خوردن هیجانی سالزبورگ (SEES): مقیاس خوردن هیجانی سالزبورگ که توسط میول، ریچنبرگر و بلچت در سال ۲۰۱۸ توسعه یافته، شامل چهار خرده مقیاس است که واکنش به هیجانات متفاوت را از نظر افزایش یا کاهش میل به غذا ارزیابی می‌کند. این چهار خرده

مقیاس عبارتند از: شادی، غم، خشم و اضطراب. در حوزه‌ی روان‌شناسی، خوردن هیجانی به الگوی رفتاری اشاره دارد که در آن افراد در واکنش به هیجانات خود، و نه به دلیل گرسنگی واقعی، به مصرف غذا می‌پردازند. این رفتار شامل افزایش یا کاهش میل به غذا در پاسخ به تجربیات هیجانی خاصی مانند خوشحالی، غمیگنی، خشم و اضطراب است. میول، ریچنبرگر و بلچت (۲۰۱۸) با طراحی مقیاس خوردن هیجانی سالزبورگ (SEES) این مفهوم را به طور دقیق‌تری بررسی کردند. در این ابزار، خوردن هیجانی نه تنها بر اساس حالات منفی بلکه بر اساس واکنش به حالات مثبت نیز اندازه‌گیری می‌شود و افزایش یا کاهش مصرف غذا در پاسخ به هیجانات مختلف از یکدیگر متمایز شده است. مقیاس خوردن هیجانی سالزبورگ (SEES) که شامل چهار زیرمقیاس برای حالات خوشحالی، غمیگنی، خشم و اضطراب است، به پژوهشگران کمک می‌کند تا تأثیر هر هیجان را بر رفتارهای خوردن بررسی کنند. مطالعات نشان داده‌اند که به عنوان مثال، افراد در مواجهه با غمیگنی و خشم بیشتر تمایل به خوردن دارند، در حالی که اضطراب معمولاً با کاهش تمایل به غذا همراه است. این تمایز در SEES به عنوان یکی از مزایای آن به حساب می‌آید، چرا که امکان ارزیابی دقیق‌تری از نقش هیجانات مثبت و منفی در رفتارهای خوردن را فراهم می‌کند (میول، ریچنبرگر و بلچت، ۲۰۱۸). تحلیل عاملی تأییدی بر روی گویه‌های SEES نشان داد که همه بارهای عاملی بالای ۰٫۶ تا ۰٫۹۶ هستند و سطح معناداری همه گویه‌ها $p < 0.001$ می‌باشد. این نتایج نشان‌دهنده روایی ساختاری بالا مقیاس است و تأیید می‌کند که خرده‌مقیاس‌های شادی، غم، خشم و اضطراب به خوبی رفتار خوردن هیجانی را ارزیابی می‌کنند (میول و همکاران، ۲۰۱۸). ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس نشان‌دهنده پایایی مناسبی است که برای کل مقیاس ۰٫۸۹۹ گزارش شده و برای هر خرده مقیاس به صورت مجزا در حد بالایی قرار دارد. برای مثال، در نسخه‌ی فارسی این مقیاس که در یک مطالعه‌ی محلی انجام شد، نتایج تحلیل‌های اعتبار و پایایی آن قابل قبول بود و نتایج مشابه نسخه‌ی اصلی به دست آمد. این نتایج نشان می‌دهد که SEES ابزاری معتبر برای سنجش رفتار خوردن هیجانی است و می‌تواند در مطالعات روان‌شناختی و بررسی‌های مربوط به خوردن هیجانی در گروه‌های مختلف جمعیتی استفاده شود. پایایی مقیاس خوردن هیجانی سالزبورگ (SEES) میول و همکاران (۲۰۱۸) در فایل داده‌ها ۰٫۹۰۹ به دست آمد. نمره‌گذاری مقیاس بر اساس امتیازی است که از پاسخ به گویه‌های مقیاس خوردن هیجانی سالزبورگ (SEES) میول و همکاران (۲۰۱۸) به دست می‌آید و هر چه این امتیاز بیشتر باشد، نشان از خوردن هیجانی بالاتر است. در این راستا، پاسخ‌دهنده به سؤالات، نمره‌ای از ۱ تا ۵ می‌دهد. نمره‌ی بیشتر در هر خرده مقیاس به معنی اهمیت داشتن آن مقیاس در افزایش خوردن احساسی می‌باشد.

پرسشنامه‌ی خودپنداره‌ی جنسی (MSSCQ): پرسشنامه‌ی خودپنداره‌ی جنس توسط ویلیام اسنل در سال ۱۹۹۵ ساخته شده و شامل ۱۰۰ سؤال است که برای اندازه‌گیری ۲۰ خرده مقیاس طراحی شده است. هر خرده مقیاس از پنج عبارت تشکیل شده و پاسخ‌دهندگان باید مشخص کنند که هر عبارت چقدر برای آنها صدق می‌کند. خرده مقیاس‌ها عبارت است از: (۱) اضطراب جنسی (۲) خودکارآمدی جنسی (۳) آگاهی جنسی (۴) انگیزه برای اجتناب از رابطه‌ی جنسی پرخطر (۵) کنترل جنسی بر اساس شانس/بخت (۶) مشغله‌ی جنسی (۷) جرأت‌مندی جنسی (۸) خوش‌بینی جنسی (۹) خودسرزنی جنسی (۱۰) خودپایشی جنسی (۱۱) انگیزه‌ی جنسی (۱۲) مدیریت مشکلات جنسی (۱۳) عزت‌نفس جنسی (۱۴) رضایت جنسی (۱۵) مهار جنسی توسط دیگران (۱۶) طرحواره‌ی جنسی (۱۷) ترس از رابطه‌ی جنسی (۱۸) پیشگیری از مشکلات جنسی (۱۹) افسردگی جنسی و (۲۰) مهار شخصی جنسی. شواهدی برای اعتبار MSSCQ از یک پژوهش حاصل می‌شود که در آن اسنل (۱۹۹۵) دریافت که در بین دانشجویان دانشگاه، زیرمقیاس‌های MSSCQ به روش‌های قابل پیش‌بینی با استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مردان و زنان مرتبط است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰٫۷۲ تا ۰٫۹۴ متغیر است که نشان‌دهنده پایایی درونی قابل قبول این مقیاس است. برای هر خرده مقیاس نیز به‌طور خاص ضریب آلفا محاسبه شده، اما برای کل پرسش‌نامه ضریب آلفای دقیق ذکر نشده است. در فایل ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ۲۰ خرده‌مقیاس پرسش‌نامه‌ی خودپنداره‌ی جنسی (MSSCQ) به صورت زیر گزارش شده است: (اضطراب جنسی: ۰٫۸۴؛ خودکارآمدی جنسی: ۰٫۸۵؛ آگاهی جنسی: ۰٫۷۸؛ انگیزه برای اجتناب از رابطه‌ی جنسی پرخطر: ۰٫۷۲؛ کنترل جنسی بر اساس شانس/بخت: ۰٫۸۸؛ مشغله‌ی جنسی: ۰٫۹۴؛ جرأت‌مندی جنسی: ۰٫۸۴؛ خوش‌بینی جنسی: ۰٫۷۸؛ خودسرزنی

جنسی: ۰,۸۴؛ خودپایشی جنسی: ۰,۸۴؛ انگیزه‌ی جنسی: ۰,۸۹؛ مدیریت مشکلات جنسی: ۰,۸۴؛ عزت‌نفس جنسی: ۰,۸۸؛ رضایت جنسی: ۰,۹۱؛ مهار جنسی توسط دیگران: ۰,۸۵؛ طرحواره‌ی جنسی: ۰,۸۷؛ نرس از رابطه‌ی جنسی: ۰,۸۵؛ پیشگیری از مشکلات جنسی: ۰,۸۵؛ افسردگی جنسی: ۰,۸۵؛ مهار شخصی جنسی: ۰,۷۶؛ بود. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای بوده و گزینه‌های پنج‌گانه به شرح زیر است: الف= اصلاً ویژگی من نیست ۲= کمی ویژگی من است ۳= تا حدودی مشخصه‌ی من است ۴= نسبتاً مشخصه‌ی من است ۵= بسیار ویژگی من است. برای هر خرده‌مقیاس، امتیازها با میانگین‌گیری از نمرات عبارات مربوطه محاسبه می‌شود. نمره‌ی بالاتر، نشان‌دهنده‌ی سطح بالاتری از ویژگی مرتبط با آن خرده‌مقیاس است. به این ترتیب، هر شرکت‌کننده ۲۰ نمره‌ی جداگانه دریافت می‌کند که هر یک نمایانگر یکی از ابعاد مفهوم خودپنداره‌ی جنسی است. سپس نمرات این ابعاد با هم جمع می‌شوند تا نمره‌ی کلی خودپنداره جنسی فرد به دست آید (اسنل، ۱۹۹۸).

مقیاس خوردن افراطی (BES): مقیاس خوردن افراطی توسط گورمالی و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شده و هم شدت و هم فراوانی اپیزودهای پرخوری را ارزیابی می‌کند، بینش‌هایی درباره‌ی رفتارها، احساسات و نگرش‌های مرتبط با BED ارائه می‌کند و به شناسایی افراد مبتلا به اختلال در غذا خوردن کمک می‌کند. BES ابزار مفیدی برای پزشکان، روانپزشکان و روان‌شناسان برای ارزیابی شدت و فراوانی رفتارهای پرخوری است و معیاری از رفتارها و احساسات و شناخت‌های مرتبط را ارائه می‌دهد. BES برای غربالگری در محیط‌های بالینی و غیربالینی سازگار است. این به غربالگری، ارزیابی پیشرفت درمان در طول زمان، و ارزیابی پاسخ‌های کلی به مداخلات کمک می‌کند. از ۱۶ مورد، ۸ مورد مربوط به تظاهرات رفتاری پرخوری و ۸ مورد مربوط به احساسات و شناخت‌ها در پاسخ به پرخوری است، هر چند اندازه‌گیری تک بعدی است. نمونه‌ای متشکل از ۱۵۰۷ نفر با تشخیص اختلال پرخوری و با میانگین سنی ۴۶ سال (محدوده‌ی ۱۸ تا ۷۰،۲، ۷۲،۲ درصد زنان)، برای تعیین صدک‌های بالینی استفاده شد (لئون و همکاران، ۲۰۱۸). نمونه‌ی مورد استفاده برای محاسبه‌ی صدک‌های جامعه‌ی هنجاری شامل ۱۰۰۸ شرکت‌کننده‌ی زن در محدوده‌ی سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، با میانگین سنی ۲۹،۲۱ سال ($SD = 11.63$) بود. این شامل ۵۵۳ دانشجوی کالج و ۴۵۵ نفر از جمعیت عمومی بود (دوارت و همکاران، ۲۰۱۵). BES با استفاده از دو نمونه از افراد دارای اضافه وزن که به دنبال درمان چاقی رفتاری بودند، ساخته شد. نمونه‌ی اول ($N = 65$) منحصراً زن بود، با میانگین سنی ۳۹،۳ سال ($SD = 8.1$)، محدوده‌ی ۲۴ تا ۵۵ و نمونه‌ی دوم ($N = 47$) که شامل ۶۸٪ زن بود، دارای میانگین سنی ۴۱،۲ سال ($SD = 11.6$)، محدوده‌ی ۲۴ تا ۶۷ بود. برای این نمونه‌ها، نمرات BES ادغام شده دارای میانگین ۲۱،۰۳ ($SD = 8.75$) بود. توسعه‌ی BES شامل چندین مرحله بود. ابتدا ویژگی‌های پرخوری بر اساس مشاهدات بالینی و معیارهای DSM شناسایی شد که منجر به تقسیم ۱۶ مورد به احساسات/شناخت‌ها و تظاهرات رفتاری شد. اظهارات منعکس‌کننده‌ی شدت‌های مختلف برای هر مشخصه توسط نویسندگان وزن داده شد و وزنه‌های نهایی از طریق بحث تعیین شد. برای مقایسه‌ی BES با یک معیار خارجی، مصاحبه‌های ساختاری که شدت پرخوری را از طریق فراوانی، مقدار غذا و تأثیر عاطفی ارزیابی می‌کرد انجام شد. مصاحبه‌کنندگان، آموزش دیده و آزمایش‌شده برای قابلیت اطمینان، از این معیار برای اطمینان از رتبه‌بندی‌های دقیق، که عموماً سازگار بودند، استفاده کردند (گورمالی و همکاران، ۱۹۸۲). تجزیه و تحلیل عاملی تأییدی (CFA) که بر روی یک نمونه جامعه شامل ۱۰۰۸ زن با میانگین سنی ۳۹،۴۸ سال ($SD = 10.05$) انجام شد، ساختار تک بعدی BES را با برازش عالی با داده‌ها تأیید کرد (دوارت و همکاران، ۲۰۱۵). تجزیه و تحلیل سازگاری درونی BES نشان داد که پاسخ‌دهندگانی که عبارات با وزن بالاتر را تأیید می‌کنند، عموماً نمرات کل بالاتری داشتند (گورمالی و همکاران، ۱۹۸۲). مقیاس، پایایی سازه‌ی بسیار خوبی با قابلیت اطمینان مرکب 0.96 (CR) و روایی همگرایی خوبی با میانگین واریانس استخراج شده 0.61 (AVE) نشان داد (دوارت و همکاران، ۲۰۱۵). BES همبستگی مثبت بالایی با نمره‌ی کل EDE-Q، به ویژه با خرده‌مقیاس‌های نگرانی شکل و وزن و همبستگی متوسطی با خرده‌مقیاس مهار دارد. علاوه بر این، مقیاس یک همبستگی مثبت قوی با خوردن احساسی و با افسردگی، استرس و اضطراب نشان می‌دهد که توسط DASS-21 اندازه‌گیری شده است. یک همبستگی مثبت متوسط بین BES و شاخص توده‌ی بدن (BMI) یافت شد (دوارت و همکاران، ۲۰۱۵). ضریب همبستگی درون طبقاتی (ICC) برای

مقیاس، زمانی که یک ماه پس از آزمایش اولیه تکرار شد، 0.83 ($p < 0.01$) بود که نشان‌دهنده‌ی ثبات و پایایی قوی است (یان و همکاران، ۲۰۲۳). مجموع نمرات در BES از ۰ تا ۴۶ متغیر است، با نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی فراوانی و شدت بیشتر علائم پرخوری همان‌طور که توسط معیارهای DSM مشخص شده است. این مقیاس افراد را بر اساس نمرات کل به دسته‌های شدت مجزا طبقه‌بندی می‌کند، به شرح زیر: پرخوری کم: نمرات ۱۷ یا کمتر، نشان‌دهنده‌ی حداقل علائم پرخوری یا عدم وجود علائم پرخوری است. پرخوری خفیف تا متوسط: نمرات بین ۱۸ تا ۲۶، نشان‌دهنده‌ی سطح متوسطی از رفتار پرخوری است. پرخوری شدید: نمرات ۲۷ یا بالاتر، نشان‌دهنده‌ی فراوانی و شدت علائم پرخوری است.

پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلالات خوردن در قالب ۲۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای طراحی و اجرا شد و بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، ذهن‌آگاهی و کاهش رفتارهای ناسازگار مرتبط با خوردن افراطی تمرکز داشت. در مرحله آشنایی پیش از درمان، مدل بدتنظیمی هیجانی مرتبط با خوردن مشکل‌ساز معرفی شد و اهداف درمان، اهداف مهارت‌آموزی و آماج‌های درمانی تبیین گردید. همچنین موافقت‌نامه بین عضو گروه، درمان‌جو و درمانگر تنظیم شد و ابزارهایی نظیر کارت روزانه و فرم تحلیل زنجیره‌ای در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. در جلسه اول، مزایا و معایب پرخوری و پاک‌سازی بررسی شد، تعهد به پرهیز از رفتارهای ناسازگار شکل گرفت و مسیر خوردن توجه‌آگاهانه مرور شد. در جلسه دوم، مفهوم پرهیز دیالکتیکی، تحلیل زنجیره‌ای و مهارت‌های تنفس دیافراگمی و توجه‌آگاهی پایه آموزش داده شد. جلسه سوم به معرفی سه حالت ذهن و مهارت ذهن خردمند اختصاص یافت. در جلسه چهارم، مهارت‌های مفهومی توجه‌آگاهی شامل مشاهده، توصیف، مشارکت و خوردن توجه‌آگاهانه آموزش داده شد. جلسه پنجم بر مهارت‌های کاربردی مانند غیرقضاوت‌گراییانه بودن، تمرکز بر یک عمل، عمل مؤثر، موج‌سواری بر میل و سرپیچی جایگزین تأکید داشت. از جلسه ششم تا دوازدهم، بخش تنظیم هیجانی اجرا شد؛ در این بخش اهداف تنظیم هیجان، رهاسازی رنج هیجانی، تشخیص هیجان‌های اولیه و ثانویه، مشاهده و توصیف هیجان‌ها، شناخت عملکرد هیجان‌ها، کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی، ایجاد تجارب مثبت و تغییر هیجان‌ها از طریق عمل متضاد آموزش داده شد و باورهای نادرست درباره هیجان‌ها مورد بررسی قرار گرفت. همچنین در این جلسات تمرین‌های خانگی متعدد و فرم‌های ثبت هیجان برای تعمیم مهارت‌ها به زندگی روزمره ارائه شد. جلسات سیزدهم تا هجدهم به آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی اختصاص داشت که شامل پذیرش واقعیت، مشاهده تنفس، لبخند ملایم، تمرینات آگاهی، پذیرش بنیادین، ذهن‌برگردانی، آمادگی روانی، سوزاندن پل‌های بازگشت به رفتار ناسازگار، مهارت‌های رهایی از بحران، حواس‌پرتی سازگارانه، خودآرام‌سازی و بهبود لحظه حال بود. در این بخش همچنین تمامی مهارت‌های تحمل پریشانی مرور و تقویت شد. در جلسه نوزدهم، مرور کلی مهارت‌های توجه‌آگاهی، تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی انجام گرفت و شرکت‌کنندگان برنامه‌ریزی آینده و مدیریت موقعیت‌های پرخطر را تمرین کردند. در نهایت، جلسه بیستم به بحث درباره برنامه‌های آینده، جمع‌بندی درمان و خداحافظی اختصاص یافت.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین واریانس و انحراف معیار) و از تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) و تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) به عنوان مدل‌های آماری پارامتریک سازگار با موضوع تحقیق استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات پرخوری هیجانی در گروه گواه برابر با ۸۷،۲۱ و انحراف معیار آن ۱،۷۶۲ بود، در حالی که در گروه آزمایش میانگین این متغیر به ۸۵،۲۷ با انحراف معیار ۱،۷۳۱ کاهش یافت که بیانگر کاهش پرخوری هیجانی در گروه دریافت‌کننده رفتاردرمانی دیالکتیکی است. همچنین میانگین کل پرخوری هیجانی در مجموع دو گروه برابر با ۸۶،۲۴ و انحراف معیار آن ۱،۹۷۹ گزارش شد. در متغیر خودپنداره جنسی نیز نتایج نشان داد که میانگین نمرات گروه گواه برابر با ۳۹،۷۹ و انحراف معیار آن ۲،۹۹۲ بود، در حالی که گروه آزمایش میانگین بالاتری معادل ۴۲،۸۶ با انحراف معیار ۲،۶۵۶ کسب کرد که نشان‌دهنده بهبود خودپنداره جنسی پس

از اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی است. میانگین کل خودپنداره جنسی در دو گروه نیز ۴۱,۳۲ با انحراف معیار ۳,۱۸۶ به دست آمد. در مجموع، یافته‌های توصیفی حاکی از آن است که شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه از وضعیت مطلوب‌تری در کاهش پرخوری هیجانی و افزایش خودپنداره جنسی برخوردار بوده‌اند.

جدول ۱. نتایج آمار توصیفی مقیاس‌های «پر خوری هیجانی» و «خودپنداره جنسی» در زنان با اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک

با چاقی شکمی

متغیرها	(الگوی درمانی)	میانگین	انحراف معیار	تعداد
مقیاس «پر خوری هیجانی» (در پس‌آزمون)	رفتاردرمانی دیالکتیکی (گروه گواه)	۸۷,۲۱	۱,۷۶۲	۱۴
	رفتاردرمانی دیالکتیکی (گروه آزمایش)	۸۵,۲۷	۱,۷۳۱	۱۴
	جمع	۸۶,۲۴	۱,۹۷۹	۲۸
مقیاس «خودپنداره جنسی» (در پس‌آزمون)	رفتاردرمانی دیالکتیکی (گروه گواه)	۳۹,۷۹	۲,۹۹۲	۱۴
	رفتاردرمانی دیالکتیکی (گروه آزمایش)	۴۲,۸۶	۲,۶۵۶	۱۴
	جمع	۴۱,۳۲	۳,۱۸۶	۲۸

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره، مفروضه‌های لازم برای استفاده از این آزمون‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که مقدار معناداری آزمون برابر با ۰,۹۴۶ است که بزرگ‌تر از ۰,۰۵ می‌باشد؛ بنابراین فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس و واریانس‌ها در متغیرهای «پر خوری هیجانی» و «خودپنداره جنسی» تأیید شد و می‌توان نتیجه گرفت که ماتریس کوواریانس گروه‌ها تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد. همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که در متغیر پر خوری هیجانی مقدار F برابر با ۳,۲۵۰ و سطح معناداری برابر با ۰,۰۸۳ و در متغیر خودپنداره جنسی مقدار F برابر با ۱,۹۱۷ و سطح معناداری برابر با ۰,۱۷۸ بود که هر دو بزرگ‌تر از ۰,۰۵ هستند؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها نیز برقرار بود. افزون بر این، جهت بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون، رابطه بین متغیرهای پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که ضرایب رگرسیون برای متغیر پر خوری هیجانی ($B=۰.۹۸۸$) و خودپنداره جنسی ($t=۱۲.۴۷۸, p<۰.۰۰۱$) و خودپنداره جنسی ($B=۰.۹۸۷, t=۱۳.۷۹۰, p<۰.۰۰۱$) معنادار بوده و شیب رگرسیون در گروه‌ها همگن است. در مجموع، نتایج آزمون‌های مفروضه نشان داد که شرایط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره در این پژوهش برقرار بوده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره مقیاس‌های «پر خوری هیجانی» و «خودپنداره جنسی» در زنان با اختلال خوردن

افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی

منبع	متغیرها	مجموع	Df	میانگین	F	P	Et a ^۲
واریانس		مربعات		مجدور			
رفتاردرمانی دیالکتیکی (گروه گواه)	مقیاس «پر خوری هیجانی»	۲۴,۲۸۰	۱	۲۴,۲۸۰	۱۶,۳۲۱	.۰۰۰	.۷۱۱
رفتاردرمانی دیالکتیکی (گروه آزمایش)	مقیاس «خودپنداره جنسی»	۵۷,۱۱۹	۱	۵۷,۱۱۹	۱۷,۰۳۱	.۰۰۰	.۷۷۶

داده‌های جدول بالا، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره مقیاس‌های «پر خوری هیجانی» و «خودپنداره جنسی» در زنان با اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی را نشان می‌دهد. رفتاردرمانی دیالکتیکی؛ در زنان با اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی در مقیاس «پر خوری هیجانی» (در گروه آزمایش)؛ با اطمینان ۹۹ درصد، اثربخشی داشته است ($P=<۰/۰۱$). رفتاردرمانی دیالکتیکی؛ در زنان با اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی در مقیاس «خودپنداره جنسی» (در گروه آزمایش)؛ با اطمینان ۹۹ درصد، اثربخشی داشته است ($P=<۰/۰۱$).

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی (تفاوت میانگین‌ها) برای مقیاس‌های «پر خوری هیجانی» و «خودپنداره جنسی» در زنان با اختلال

خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی

متغیرهای بررسی	مورد	(الگوی درمانی)	میانگین	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	استاندارد خطای میانگین	P-value	نتیجه آزمون تفاوت میانگین‌ها
مقیاس «هیجانی»	«پر خوری»	رفتاردرمانی دیالکتیکی، گروه گواه (i)	۸۷,۱۷۶	۱,۸۶۴	.۲۴۸	.۰۰۰	تفاوت موجود معنادار است
		رفتاردرمانی دیالکتیکی، گروه آزمایش (j)	۸۵,۳۱۱				
مقیاس «خودپنداره جنسی»	«خودپنداره جنسی»	رفتاردرمانی دیالکتیکی، گروه گواه (i)	۳۹,۸۹۲	-۲,۸۶۰	.۲۲۵	.۰۰۰	تفاوت موجود معنادار است
		رفتاردرمانی دیالکتیکی، گروه آزمایش (j)	۴۲,۷۵۱				

داده‌های جدول بالا، نتایج آزمون تعقیبی توکی (تفاوت میانگین‌ها) برای مقیاس‌های «پر خوری هیجانی» و «خودپنداره جنسی» در زنان با اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی، را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده؛ تفاوت میانگین مقیاس «پر خوری هیجانی» با اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی در زنان با اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی (به نفع گروه آزمایش)، با اطمینان ۹۹ درصد، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). تفاوت میانگین مقیاس «خودپنداره جنسی» با اجرای رفتاردرمانی دیالکتیکی در زنان با اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی (به نفع گروه آزمایش)، با اطمینان ۹۹ درصد، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پر خوری هیجانی و خودپنداره جنسی زنان مبتلا به اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی توانسته است به‌طور معناداری موجب کاهش پر خوری هیجانی و بهبود خودپنداره جنسی در گروه آزمایش شود. یافته‌ها نشان داد که زنان دریافت‌کننده مداخله در مقایسه با گروه گواه، کاهش چشمگیری در میانگین نمرات پر خوری هیجانی و افزایش معناداری در میانگین خودپنداره جنسی تجربه کرده‌اند. این نتایج نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند در مدیریت هیجان‌ها، کنترل تکانه‌های مرتبط با خوردن و ارتقای نگرش فرد نسبت به خود و بدنش مؤثر باشد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات پیشین همسو است و نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان اختلالات خوردن، به‌ویژه اختلال خوردن افراطی، رویکردی اثربخش محسوب می‌شود (Ben-Porath et al., 2025; Chen et al., 2017; Zompa et al., 2025).

در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش پر خوری هیجانی می‌توان بیان کرد که این رویکرد درمانی بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی تأکید دارد و تلاش می‌کند افراد را از الگوهای ناسازگار مقابله‌ای به سمت راهبردهای سازگارانه هدایت کند. افراد مبتلا به اختلال خوردن افراطی اغلب هنگام تجربه هیجان‌های منفی نظیر اضطراب، خشم، شرم یا احساس پوچی، از غذا به‌عنوان راهی برای تسکین موقت تنش روانی استفاده می‌کنند. این الگوی رفتاری در کوتاه‌مدت موجب کاهش ناراحتی هیجانی می‌شود، اما در بلندمدت احساس گناه، شرم و نارضایتی بیشتری ایجاد می‌کند و چرخه پر خوری را تداوم می‌بخشد (Meule et al., 2018). رفتاردرمانی دیالکتیکی با آموزش ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا بدون قضاوت، هیجان‌ها و تکانه‌های خود را مشاهده کنند و به‌جای واکنش فوری به میل خوردن، فاصله‌ای شناختی میان هیجان و رفتار ایجاد نمایند. این فرایند موجب افزایش کنترل فرد بر رفتارهای تکانشی و کاهش خوردن هیجانی

می‌شود. پژوهش‌چن و همکاران نیز نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به‌طور مؤثری شدت پرخوری را کاهش دهد و تنظیم هیجانی را در افراد مبتلا به اختلال خوردن افراطی بهبود بخشد (Chen et al., 2017).

همچنین یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش دی‌سوزا و همکاران همسو است که نشان داد آموزش مهارت‌های مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی در افراد مبتلا به چاقی باعث کاهش الگوهای خوردن ناسازگار و افزایش رفتارهای خوردن سازگارانه می‌شود (De Souza et al., 2019). از منظر نظری، رفتاردرمانی دیالکتیکی به افراد می‌آموزد که به‌جای اجتناب از هیجان‌ها یا سرکوب آنها، هیجان‌های خود را بپذیرند و شیوه‌های سالم‌تری برای مقابله با پریشانی روانی انتخاب کنند. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال خوردن افراطی دارای سطح بالایی از بدتنظیمی هیجانی هستند و در مدیریت هیجان‌های منفی ناتوان عمل می‌کنند. بنابراین، زمانی که مهارت‌هایی نظیر تحمل پریشانی، تنفس آگاهانه، موج‌سواری بر میل و پذیرش هیجان آموزش داده می‌شود، توانایی آنان برای مقابله با استرس افزایش یافته و نیاز به استفاده از پرخوری به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای کاهش می‌یابد. پژوهش زومپا و همکاران نیز نشان داد که کاهش بدتنظیمی هیجانی و الکسی‌تایمیا از مهم‌ترین سازوکارهای اثرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهبود علائم اختلال خوردن افراطی است (Zompa et al., 2025).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب بهبود خودپنداره جنسی زنان مبتلا به اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک شده است. این یافته از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا زنان مبتلا به اختلال خوردن افراطی معمولاً نگرش منفی نسبت به بدن، جذابیت ظاهری و توانمندی جنسی خود دارند و همین موضوع می‌تواند کیفیت روابط عاطفی و رضایت از زندگی آنان را کاهش دهد. چاقی شکمی، نارضایتی از تصویر بدن و احساس شرم ناشی از اضافه‌وزن اغلب موجب کاهش عزت‌نفس و شکل‌گیری خودپنداره منفی می‌شود (Forney et al., 2024). رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق تقویت پذیرش خود، کاهش خودسرزنشی و افزایش آگاهی هیجانی، به افراد کمک می‌کند تا نگرش واقع‌بینانه‌تر و مهربانانه‌تری نسبت به بدن و هویت خود پیدا کنند. مهارت‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش در این رویکرد باعث می‌شود فرد کمتر درگیر ارزیابی‌های منفی از بدن خود شود و بتواند بدون قضاوت، ویژگی‌های جسمانی و هیجانی خویش را بپذیرد. در نتیجه، احساس کفایت و ارزشمندی در فرد افزایش یافته و خودپنداره جنسی بهبود پیدا می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعاتی که بر نقش تصویر بدنی و نگرانی از وزن در اختلالات خوردن تأکید کرده‌اند نیز همخوانی دارد. پژوهش فورنی و همکاران نشان داد که نگرانی افراطی نسبت به شکل و وزن بدن در افراد مبتلا به اختلالات خوردن با شدت بیشتر آسیب‌شناسی روانی همراه است (Forney et al., 2024). همچنین اسمیت و گلدشمیت بیان کردند که افراد مبتلا به اختلال خوردن افراطی در بسیاری از موارد دچار احساس شرم، خودسرزنشی و نارضایتی شدید از بدن هستند و این وضعیت می‌تواند بر روابط عاطفی و جنسی آنان تأثیر منفی بگذارد (Smith & Goldschmidt, 2024). بنابراین، مداخله‌ای که بتواند همزمان بر تنظیم هیجان و پذیرش خود تمرکز کند، احتمالاً تأثیر چشمگیری بر خودپنداره جنسی خواهد داشت. رفتاردرمانی دیالکتیکی با تأکید بر پذیرش بنیادین، ذهن‌آگاهی و ایجاد تجارب مثبت، شرایطی را فراهم می‌کند که فرد بتواند رابطه سالم‌تری با بدن و هیجان‌های خود برقرار کند.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان با نتایج مطالعات مربوط به نقش عوامل زیستی و متابولیک در اختلال خوردن افراطی نیز تبیین کرد. پژوهش کونی و همکاران نشان داد که زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک شیوع بیشتری از اختلال خوردن افراطی و پرخوری عصبی را تجربه می‌کنند (Cooney et al., 2024). همچنین پژوهش دای و همکاران نشان داد که افزایش شاخص توده بدنی و چاقی با بار گسترده بیماری‌های جسمانی و روانی همراه است (Dai et al., 2020). در چنین شرایطی، زنان مبتلا به نشانگان متابولیک و چاقی شکمی نه‌تنها با مشکلات جسمانی، بلکه با فشار روانی، انگ اجتماعی و کاهش عزت‌نفس نیز مواجه هستند. رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند با کاهش هیجان‌های منفی و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، بخشی از فشار روانی ناشی از این شرایط را کاهش دهد و به بهبود عملکرد روانی افراد کمک کند.

همچنین پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که شدت از دست دادن کنترل در خوردن افراطی در ساعات عصر و شب افزایش می‌یابد و این وضعیت اغلب با هیجان‌های منفی و خستگی روانی همراه است (Bottera et al., 2024). این یافته اهمیت آموزش مهارت‌های تحمل‌پریشانی و مدیریت هیجان را برجسته می‌کند. در پژوهش حاضر، آموزش مهارت‌هایی مانند تنفس دیافراگمی، مشاهده بدون قضاوت، موج‌سواری بر میل و خودآرام‌سازی احتمالاً موجب شد که شرکت‌کنندگان بتوانند هنگام تجربه میل شدید به خوردن، واکنش‌های سازگارانه‌تری نشان دهند. علاوه بر این، آموزش پذیرش هیجان‌ها و کاهش اجتناب هیجانی باعث شد که افراد کمتر برای فرار از احساسات ناخوشایند به پرخوری روی آورند. به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر برای کاهش پرخوری هیجانی و بهبود خودپنداره جنسی در زنان مبتلا به اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی مورد استفاده قرار گیرد. این درمان با هدف قرار دادن بدتنظیمی هیجانی، کاهش رفتارهای تکانشی و تقویت پذیرش خود، نه‌تنها علائم خوردن افراطی را کاهش می‌دهد، بلکه می‌تواند کیفیت زندگی، احساس ارزشمندی و سلامت روان افراد را نیز ارتقا بخشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند اشاره کرد که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش دهد. همچنین پژوهش تنها بر زنان مبتلا به اختلال خوردن افراطی و نشانگان متابولیک با چاقی شکمی در شهر تهران انجام شد و امکان تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های جمعیتی یا مردان با احتیاط همراه است. محدودیت دیگر، استفاده از ابزارهای خودگزارشی بود که احتمال سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد. افزون بر این، عدم اجرای مرحله پیگیری طولانی‌مدت سبب شد پایداری اثرات درمان در گذر زمان مورد بررسی قرار نگیرد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر و در جمعیت‌های متنوع‌تر انجام شود تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با سایر رویکردهای درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا درمان‌های تلفیقی می‌تواند به شناسایی مداخلات مؤثرتر کمک کند. اجرای مطالعات طولی همراه با دوره‌های پیگیری نیز برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمان ضروری به نظر می‌رسد. افزون بر این، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی متغیرهایی نظیر تصویر بدنی، کیفیت روابط زناشویی، تنظیم هیجان و عزت‌نفس نیز به‌عنوان متغیرهای میانجی یا تعدیل‌کننده مورد بررسی قرار گیرند.

با توجه به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش پرخوری هیجانی و بهبود خودپنداره جنسی، پیشنهاد می‌شود این رویکرد در مراکز مشاوره، کلینیک‌های درمان چاقی و مراکز روان‌درمانی به‌عنوان بخشی از برنامه‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی می‌تواند در برنامه‌های پیشگیرانه برای زنان در معرض اختلال خوردن افراطی گنجانده شود. برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای متخصصان سلامت روان و تیم‌های درمانی نیز می‌تواند به ارتقای کیفیت خدمات درمانی در این حوزه کمک کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Binge-eating disorder (BED) is recognized as one of the most prevalent eating disorders and is characterized by recurrent episodes of excessive food consumption accompanied by a subjective sense of loss of control. Unlike compensatory behaviors observed in bulimia nervosa, individuals with BED frequently experience shame, guilt, emotional distress, and impaired psychosocial functioning after binge-eating episodes. Recent evidence suggests that BED is strongly associated with obesity, metabolic syndrome, emotional dysregulation, and disturbances in self-perception (Smith & Goldschmidt, 2024). The global increase in obesity and metabolic complications has intensified scientific attention toward psychological mechanisms underlying maladaptive eating behaviors. Epidemiological investigations indicate that obesity and elevated body mass index contribute substantially to the burden of chronic physical and psychological diseases worldwide (Dai et al., 2020). In addition, worldwide trends demonstrate a simultaneous increase in obesity and malnutrition across populations, particularly among women experiencing eating-related disturbances (Chong et al., 2023). Emotional eating has been identified as a central mechanism in the maintenance of binge-eating behaviors. Individuals with BED frequently consume food in response to negative emotional states such as anxiety, sadness, anger, and shame rather than physiological hunger (Meule et al., 2018). Emotional dysregulation plays a crucial role in the onset and persistence of binge-eating symptoms because eating becomes an avoidant coping strategy used to reduce psychological distress. However, this temporary emotional relief is often followed by self-criticism and emotional discomfort, thereby reinforcing the binge-eating cycle. Research has further demonstrated that restrictive dietary practices and rigid attempts to control body weight may paradoxically maintain binge-eating pathology (Bartholomay et al., 2024). Moreover, impairments in executive functioning, emotional awareness, and impulse control are common among individuals with BED and may negatively affect treatment outcomes (Goldschmidt et al., 2024).

Another important psychological domain associated with BED is sexual self-concept. Women with binge-eating symptoms frequently report dissatisfaction with body image, reduced self-esteem, impaired interpersonal relationships, and negative attitudes toward their physical attractiveness and sexual identity. Concerns regarding body shape and weight are significantly associated with greater eating pathology and poorer psychological functioning (Forney et al., 2024). These difficulties are particularly prominent among women with abdominal obesity and metabolic syndrome, as social stigma and internalized shame related to

body appearance may intensify emotional distress and negatively influence self-worth. In addition, women experiencing obesity-related conditions such as polycystic ovary syndrome demonstrate higher rates of binge-eating disorder and bulimia nervosa compared to the general population (Cooney et al., 2024). Such findings suggest that BED is a multidimensional disorder involving complex interactions among emotional, biological, behavioral, and social factors.

Although several psychological interventions have been developed for BED, a considerable proportion of patients continue to experience persistent symptoms despite receiving treatment (Smith & Goldschmidt, 2024). Therefore, identifying therapeutic approaches capable of targeting emotional dysregulation and maladaptive coping remains essential. Dialectical Behavior Therapy (DBT) has emerged as a promising intervention for eating disorders because of its emphasis on mindfulness, emotional regulation, distress tolerance, and interpersonal effectiveness (Ben-Porath et al., 2025). DBT conceptualizes maladaptive eating behaviors as dysfunctional attempts to regulate overwhelming emotional experiences. Through the acquisition of adaptive coping skills, individuals learn to tolerate distress and regulate emotions without relying on impulsive behaviors such as binge eating.

Previous studies have supported the effectiveness of DBT for reducing binge-eating symptoms and improving emotional functioning. Chen and colleagues demonstrated that DBT significantly reduced binge-eating severity and improved emotional regulation among individuals with BED (Chen et al., 2017). Similarly, De Souza and colleagues reported that DBT-based skills training reduced problematic eating behaviors and enhanced adaptive eating patterns among individuals with obesity (De Souza et al., 2019). More recent evidence also suggests that group DBT may reduce binge-eating symptoms through improvements in emotional dysregulation and alexithymia (Zompa et al., 2025). Furthermore, studies examining the temporal patterns of binge eating indicate that episodes of loss-of-control eating frequently intensify during evening hours and are closely linked to negative emotional states (Bottera et al., 2024). These findings underscore the importance of interventions targeting emotional regulation and distress tolerance skills. Despite growing evidence regarding the effectiveness of DBT for binge-eating symptoms, limited research has specifically examined its impact on sexual self-concept among women with BED and metabolic syndrome. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on emotional eating and sexual self-concept among women with binge-eating disorder and metabolic syndrome with abdominal obesity.

Methods and Materials

The present study employed a quasi-experimental design using a pretest-posttest format with a control group. The statistical population consisted of women diagnosed with binge-eating disorder and metabolic syndrome with abdominal obesity who referred to Saraye Aramesh Niyan Psychological Counseling Center in Tehran during 2026. Thirty participants were selected using purposive sampling based on the inclusion criteria and were randomly assigned into an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. Following participant attrition, 14 participants in the experimental group completed the treatment process successfully, and the same number was retained in the control group to maintain group equivalence.

The inclusion criteria included informed consent, age range between 18 and 50 years, abdominal obesity with waist circumference above 88 centimeters, and the presence of at least two metabolic syndrome indicators such as elevated triglycerides, reduced HDL cholesterol, hypertension, or elevated fasting blood glucose. Participants were required not to receive simultaneous psychological or nutritional interventions during the study period. Individuals with severe psychiatric disorders, substance abuse, uncontrolled medical conditions, or major neurological disorders were excluded from participation.

The experimental group received Dialectical Behavior Therapy in 20 sessions of 120 minutes each. The intervention protocol included mindfulness skills, emotional regulation training, distress tolerance techniques,

crisis management skills, acceptance strategies, and behavioral exercises designed to reduce emotional eating and improve adaptive coping. The control group did not receive any intervention during the study period.

Data collection was conducted using the Salzburg Emotional Eating Scale (SEES), the Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ), and the Binge Eating Scale (BES). The SEES assessed emotional eating responses associated with emotions such as sadness, anxiety, anger, and happiness. The MSSCQ measured dimensions of sexual self-concept, including sexual self-esteem, sexual anxiety, sexual satisfaction, and sexual assertiveness. The BES was used to evaluate the severity of binge-eating symptoms and associated cognitions and behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics, multivariate analysis of covariance (MANCOVA), and univariate analysis of covariance (ANCOVA).

Findings

Descriptive statistics indicated that in the posttest phase, the mean score of emotional eating in the control group was 87.21 with a standard deviation of 1.762, whereas the experimental group obtained a lower mean score of 85.27 with a standard deviation of 1.731. Regarding sexual self-concept, the control group demonstrated a mean score of 39.79 with a standard deviation of 2.992, while the experimental group obtained a higher mean score of 42.86 with a standard deviation of 2.656. These descriptive findings suggested that participants receiving DBT demonstrated lower emotional eating and improved sexual self-concept compared to the control group.

Prior to conducting covariance analyses, statistical assumptions were examined. Results of Box's M test indicated that the covariance matrices were homogeneous, as the significance level was greater than 0.05. Levene's test further demonstrated homogeneity of variances for emotional eating and sexual self-concept variables. Regression slope analyses confirmed the assumption of homogeneity of regression slopes, indicating that covariance analysis could be appropriately performed.

Results of ANCOVA demonstrated that Dialectical Behavior Therapy had a statistically significant effect on emotional eating among women with binge-eating disorder and metabolic syndrome with abdominal obesity. The obtained F value for emotional eating was 16.321 with an effect size of 0.711, indicating a substantial reduction in emotional eating among participants in the experimental group. Furthermore, DBT significantly improved sexual self-concept, with an F value of 17.031 and an effect size of 0.776. Post hoc Tukey analyses confirmed that the differences between the experimental and control groups were statistically significant at the 0.01 level for both variables.

Discussion and Conclusion

The findings of the present study demonstrated that Dialectical Behavior Therapy significantly reduced emotional eating and improved sexual self-concept among women with binge-eating disorder and metabolic syndrome with abdominal obesity. These findings suggest that DBT effectively addresses emotional dysregulation, impulsive eating behaviors, and negative self-perceptions associated with binge eating. Through mindfulness training, emotional regulation strategies, and distress tolerance skills, participants learned to identify and manage emotional experiences without relying on maladaptive eating behaviors as a coping mechanism.

The reduction in emotional eating observed in the experimental group may be explained by the emphasis of DBT on increasing awareness of emotional states and decreasing experiential avoidance. Individuals with binge-eating disorder frequently use food consumption as a strategy for escaping negative emotional experiences. DBT helps individuals tolerate distress, regulate emotions, and respond to emotional triggers in more adaptive ways. As a result, participants become less dependent on binge eating as a method of emotional relief.

The improvement in sexual self-concept may also be attributed to enhanced emotional acceptance and reduced self-criticism following treatment. Women with binge-eating disorder and abdominal obesity often experience

body dissatisfaction, shame, and negative self-evaluations that impair interpersonal and sexual functioning. DBT encourages self-acceptance and nonjudgmental awareness, enabling individuals to develop healthier attitudes toward their bodies and personal identities. Increased emotional stability and reduced shame may therefore contribute to more positive sexual self-perceptions and improved psychological well-being.

Overall, the findings indicate that Dialectical Behavior Therapy represents an effective psychological intervention for women with binge-eating disorder and metabolic syndrome with abdominal obesity. By targeting emotional dysregulation and maladaptive coping patterns, DBT not only reduces emotional eating behaviors but also enhances self-perception and emotional functioning. These findings highlight the importance of integrating emotion-focused therapeutic approaches into clinical interventions designed for individuals experiencing binge-eating pathology and obesity-related psychological difficulties.

فهرست منابع

References

- Baker, J. H., Temes, E., Bohon, C., Derenne, J. L., Duvall, A., & Steinberg, D. M. (2023). Enhanced family-based treatment for an adolescent with binge-eating disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.12.001>
- Bartholomay, J., Schaefer, L. M., Forester, G., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Crow, S. J., Engel, S. G., & Wonderlich, S. A. (2024). Evaluating dietary restriction as a maintaining factor in binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 57(5), 1172-1180. <https://doi.org/10.1002/eat.24094>
- Ben-Porath, D., Duthu, F., Luo, T., Gonidakis, F., Compte, E. J., & Wisniewski, L. (2025). Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Dialectical Behavior Therapy for Eating Disorders*, 5-25.
- Bottera, A. R., Dougherty, E. N., Forester, G., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., & Wonderlich, S. A. (2024). Changes in evening-shifted loss of control eating severity following treatment for binge-eating disorder. *Psychological medicine*, 54(9), 2181-2188. <https://doi.org/10.1017/S003329172400028X>
- Chen, E. Y., Cacioppo, J., Fettich, K., Gallop, R., McCloskey, M. S., Olino, T., & Zeffiro, T. A. (2017). An adaptive randomized trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge-eating. *Psychological medicine*, 47(4), 703-717. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002543>
- Chong, B., Jayabaskaran, J., Kong, G., Chan, Y. H., Chin, Y. H., & Goh, R. (2023). Trends and predictions of malnutrition and obesity in 204 countries and territories: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101850>
- Cooney, L. G., Gyorfı, K., Sanneh, A., Bui, L. M., Mousa, A., Tay, C. T., Teede, H., Stener-Victorin, E., & Brennan, L. (2024). Increased prevalence of binge eating disorder and bulimia nervosa in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 109(12), 3293-3305. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae462>
- Dai, H., Alsalhe, T. A., Chalghaf, N., Ricco, M., Bragazzi, N. L., & Wu, J. (2020). The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990-2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. *PLOS Medicine*, 17. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003198>
- De Souza, L. A. S., Cancian, A. C. M., de Castro, T. G., & da Silva Oliveira, M. (2019). Problematic and adaptive eating in people with obesity after a DBT-based skills training intervention: 3- and 8-month follow-up and mediation analysis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0116-5>
- Forney, K. J., Rezeppa, T. L., Hill, N. G., Bodell, L. P., & Brown, T. A. (2024). Examining the placement of atypical anorexia nervosa in the eating disorder diagnostic hierarchy relative to bulimia nervosa and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 57(4), 839-847. <https://doi.org/10.1002/eat.24122>
- Goldschmidt, A. B., Jeong, K., Yu, L., Egbert, A. H., Schmidt, R., & Hilbert, A. (2024). Executive functioning and treatment outcome among adolescents undergoing cognitive-behavioral therapy for binge-eating disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14031>
- Meule, A., Reichenberger, J., & Blechert, J. (2018). Development and preliminary validation of the Salzburg Emotional Eating Scale. *Frontiers in psychology*, 9, 88. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00088>
- Smith, K. E., & Goldschmidt, A. B. (2024). Treatment of binge-eating disorder across the lifespan: An updated review of the literature and considerations for future research. *Current Obesity Reports*, 13(2), 195-202. <https://doi.org/10.1007/s13679-024-00553-4>

Zompa, L., Cassioli, E., Rossi, E., Cordasco, V. Z., Caiati, L., Lucarelli, S., Giunti, I., Lazzeretti, L., D'Anna, G., Dei, S., Cardamone, G., Ricca, V., Rotella, F., & Castellini, G. (2025). Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: Emotion dysregulation and alexithymia as mediators of symptom improvement. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu17122003>