

بررسی اثربخشی بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال پرخوری

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۲۲

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۹/۲۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته بر کاهش دشواری در تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال پرخوری بود. این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل زنان مراجعه‌کننده به مراکز رژیم‌درمانی و مشاوره روان‌شناختی شهر قزوین در سال ۲۰۲۳ بود که از میان آنان ۴۴ نفر به صورت هدفمند انتخاب و پس از ریزش نمونه، به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله (۱۸ نفر) و کنترل (۱۹ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه تشخیصی اختلال‌های خوردن (۲۰۰۰) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (۲۰۰۴) بود. گروه مداخله در ۱۲ جلسه هفتگی ۱۸۰ دقیقه‌ای در بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته شرکت کرد، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در تمامی ابعاد دشواری در تنظیم هیجان و نمره کل وجود دارد ($p < 0.05$). گروه مداخله کاهش قابل توجهی در میانگین نمرات عدم پذیرش، رفتار هدفمند، کنترل تکانه، آگاهی هیجانی، راهبردها و شفافیت هیجانی نشان داد، در حالی که گروه کنترل تغییر معناداری نداشت. همچنین اثر مداخله در مرحله پیگیری دو ماهه پایدار باقی ماند. یافته‌ها نشان می‌دهد که بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر و پایدار در بهبود تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال پرخوری مورد استفاده قرار گیرد و نقش مهمی در کاهش نشانه‌های این اختلال ایفا کند.

کلیدواژه‌گان: اختلال پرخوری، بسته خودیاری، تجارب زیسته، تنظیم هیجان، مداخله روان‌شناختی

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



مهسا مغنی یزدی^۱، شیرین کوشکی^{۲*}، فاطمه گلشنی^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد

اسلامی، تهران، ایران

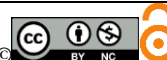
۲. گروه روانشناسی بالینی و تربیتی، واحد تهران مرکزی،

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول:

Shi.kooshki@iauctp.ac.ir

شیوه استناددهی: مغنی یزدی، مه‌سا، کوشکی، شیرین، و گلشنی، فاطمه. (۱۴۰۵). بررسی اثربخشی بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال پرخوری. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۴(۴)، ۱-۱۴.



The Effectiveness of a Lived-Experience–Based Self-Help Package on Difficulties in Emotion Regulation among Women with Binge Eating Disorder

Submit Date:
2025-12-15

Revise Date:
2026-04-11

Accept Date:
2026-04-23

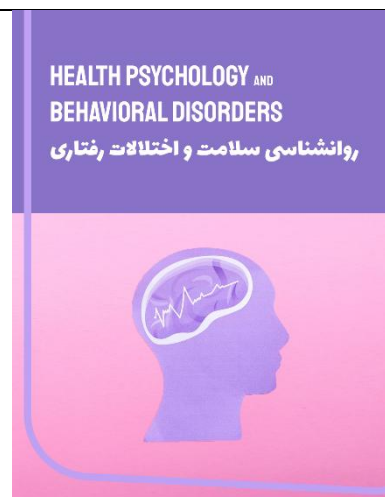
Initial Publish Date:
2026-05-12

Final Publish Date:
2026-09-23

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of a lived-experience–based self-help package in reducing difficulties in emotion regulation among women with binge eating disorder. This quasi-experimental study employed a pretest–posttest control group design with a two-month follow-up. The statistical population consisted of women attending diet therapy and psychological counseling centers in Qazvin in 2023. A total of 44 participants were selected through purposive sampling, and after attrition, were randomly assigned to an intervention group ($n = 18$) and a control group ($n = 19$). Data collection instruments included the Eating Disorder Diagnostic Questionnaire (2000) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (2004). The intervention group participated in twelve weekly 180-minute sessions of a lived-experience–based self-help program, while the control group received no intervention. Data were analyzed using repeated measures ANOVA. The results indicated a significant difference between the groups at posttest and follow-up across all dimensions of emotion regulation difficulties and the total score ($p < .05$). The intervention group demonstrated substantial reductions in non-acceptance, goal-directed behavior difficulties, impulse control difficulties, emotional awareness, limited access to strategies, and emotional clarity, whereas the control group showed no significant changes. The effects of the intervention remained stable at the two-month follow-up. The findings suggest that a lived-experience–based self-help package is an effective and sustainable intervention for improving emotion regulation among women with binge eating disorder and can play a significant role in reducing disorder-related symptoms.

Keywords: *Binge Eating Disorder, self-help package, lived experience, emotion regulation, psychological intervention*



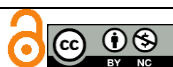
Mahsa Moghni Yazdi¹, Shirin Koushki^{2*},
Fatemeh Golshani¹

1. Department of Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Department of clinical and educational Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email:
Shi.koushki@iauctp.ac.ir

How to cite: Moghni Yazdi, M., Koushki, Sh., & Golshani, F. (2026). The Effectiveness of a Lived-Experience–Based Self-Help Package on Difficulties in Emotion Regulation among Women with Binge Eating Disorder. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(4), 1-14.



اختلال پرخوری به‌عنوان یکی از شایع‌ترین و در عین حال پیچیده‌ترین اختلالات خوردن، در دهه‌های اخیر به یکی از محورهای اصلی پژوهش در حوزه سلامت روان تبدیل شده است. این اختلال با الگوهای مکرر پرخوری، احساس فقدان کنترل، و تجربه هیجانات منفی شدید نظیر شرم، گناه و انزجار از خود همراه است و پیامدهای گسترده‌ای در سطوح فردی، بین‌فردی و اجتماعی به دنبال دارد (Jiang, 2021; Rodgers et al., 2026). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که شیوع اختلالات خوردن، به‌ویژه در میان نوجوانان و بزرگسالان جوان، در حال افزایش است و پیش‌بینی می‌شود این روند در سال‌های آینده نیز ادامه یابد (Liu et al., 2025). افزون بر این، شواهد نشان می‌دهد که عوامل فرهنگی، اجتماعی و هویتی از جمله فشارهای مربوط به تصویر بدن و هنجارهای زیبایی، نقش مهمی در بروز و تداوم این اختلال ایفا می‌کنند (Rodgers et al., 2026).

در کنار عوامل زیستی و اجتماعی، پژوهش‌های معاصر به‌طور فزاینده‌ای بر نقش سازوکارهای روان‌شناختی در تبیین اختلال پرخوری تأکید کرده‌اند. در این میان، دشواری در تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل فراتشخیصی مطرح شده است که در طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی، از جمله اختلالات خوردن، نقش کلیدی ایفا می‌کند (Muir et al., 2024; Zhou et al., 2025). تنظیم هیجان به مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی و رفتاری اطلاق می‌شود که افراد از طریق آن‌ها هیجانات خود را شناسایی، ارزیابی، تعدیل و ابراز می‌کنند. نقص در این فرایندها می‌تواند منجر به استفاده از راهبردهای ناسازگارانه‌ای همچون پرخوری برای کاهش یا اجتناب از هیجانات منفی شود (Arexis et al., 2023; Walenda et al., 2021).

شواهد تجربی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با افراد سالم، سطوح بالاتری از بدتنظیمی هیجانی را تجربه می‌کنند و دسترسی محدودتری به راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان دارند (Abdoli et al., 2025; Sobieska et al., 2025). به‌طور خاص، این افراد تمایل بیشتری به استفاده از راهبردهایی نظیر سرکوب هیجانی، نشخوار فکری و اجتناب هیجانی دارند که در کوتاه‌مدت ممکن است به کاهش تنش منجر شود، اما در بلندمدت به تداوم چرخه پرخوری کمک می‌کند (Arexis et al., 2023). مطالعات طولی نیز نشان داده‌اند که دشواری در تنظیم هیجان نه‌تنها در بروز اختلالات خوردن نقش دارد، بلکه می‌تواند پیش‌بینی‌کننده تداوم و شدت علائم در طول زمان باشد (McClure et al., 2022; Zhou et al., 2025).

از منظر نظری، مدل‌های مختلفی برای تبیین نقش تنظیم هیجان در اختلال پرخوری ارائه شده‌اند. مدل‌های فراتشخیصی بر این باورند که بدتنظیمی هیجانی به‌عنوان یک عامل زیربنایی مشترک، در کنار عواملی مانند عزت‌نفس پایین و کمال‌گرایی، در تداوم اختلالات خوردن نقش دارد (Frank & Berner, 2020). همچنین، مدل‌های مبتنی بر فرار از هیجان بیان می‌کنند که پرخوری به‌عنوان راهبردی برای اجتناب از تجربه هیجانات ناخوشایند عمل می‌کند و از طریق تقویت منفی تثبیت می‌شود (Walenda et al., 2021). این دیدگاه‌ها نشان می‌دهند که مداخلات مؤثر در درمان اختلال پرخوری باید به‌طور مستقیم بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان تمرکز داشته باشند.

در حال حاضر، درمان شناختی-رفتاری (CBT) به‌عنوان درمان خط اول برای اختلال پرخوری شناخته می‌شود، با این حال، محدودیت‌هایی در اثربخشی آن گزارش شده است (Smith & Goldschmidt, 2024; Vogel et al., 2021). اگرچه CBT در کاهش دفعات پرخوری مؤثر است، اما درصد قابل‌توجهی از بیماران بهبودی کامل را تجربه نمی‌کنند و نرخ عود نیز بالا گزارش شده است (Lammers et al., 2022). این مسئله نشان‌دهنده ضرورت توسعه و به‌کارگیری مداخلات نوین و مکمل است که بتوانند به‌طور مؤثرتری به سازوکارهای هیجانی عمیق‌تر بپردازند.

در این راستا، مداخلات مبتنی بر مهارت‌های تنظیم هیجان، به‌ویژه در چارچوب رویکردهای موج سوم روان‌درمانی، توجه زیادی را به خود جلب کرده‌اند. رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان هیجان‌مدار (EFT) از جمله این رویکردها هستند که با تأکید بر پذیرش، آگاهی هیجانی و توسعه مهارت‌های مقابله‌ای، به بهبود تنظیم هیجان کمک می‌کنند (Glisenti et al., 2021).

(Rozakou-Soumalia et al., 2022). شواهد نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند به کاهش معنادار علائم پرخوری و بهبود عملکرد روان‌شناختی منجر شود (Berking et al., 2022; Holmqvist Larsson et al., 2020). علاوه بر این، مداخلات گروهی و مبتنی بر مهارت نیز در بهبود تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای پرخوری اثربخش گزارش شده‌اند (Kenny et al., 2014; Wallace et al., 2019). مطالعات نشان داده‌اند که افزایش مهارت‌های تنظیم هیجان در طول درمان، پیش‌بینی‌کننده مهمی برای پرهیز از پرخوری در مراحل بعدی است (Wallace et al., 2014). همچنین، ترکیب رویکردهای مختلف درمانی در قالب بسته‌های فراتشخیصی می‌تواند اثربخشی مداخلات را افزایش دهد (Abdolkarimi et al., 2018; Najarkakhki et al., 2022). با وجود پیشرفت‌های حاصل‌شده، دسترسی به درمان‌های تخصصی همچنان با چالش‌هایی مواجه است. موانعی نظیر هزینه‌های بالا، محدودیت منابع انسانی متخصص، انگ اجتماعی و محدودیت‌های جغرافیایی می‌تواند مانع از دریافت خدمات درمانی شود (Vollert et al., 2019). در پاسخ به این چالش‌ها، مداخلات خودیاری هدایت‌شده به‌عنوان گزینه‌ای مقرون‌به‌صرفه و در دسترس مطرح شده‌اند. این مداخلات، به‌ویژه زمانی که با راهنمایی حداقلی متخصصان همراه باشند، می‌توانند اثربخشی قابل‌توجهی در کاهش علائم اختلالات خوردن داشته باشند (Dalton et al., 2024; Pruessner et al., 2022).

پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که برنامه‌های خودیاری، به‌ویژه در قالب مداخلات آنلاین یا ترکیبی، می‌توانند به‌عنوان مکملی مؤثر برای درمان‌های حضوری مورد استفاده قرار گیرند (Allen et al., 2025; Davey et al., 2023). همچنین، نتایج مطالعات نشان می‌دهد که دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند پاسخ به این نوع مداخلات را پیش‌بینی کند، به‌طوری که افرادی با سطوح بالاتر بدتنظیمی هیجانی ممکن است نیازمند مداخلات هدفمندتر باشند (Forrer et al., 2025). این یافته‌ها بر اهمیت طراحی مداخلاتی تأکید دارد که به‌طور خاص بر بهبود تنظیم هیجان تمرکز داشته باشند.

در سال‌های اخیر، رویکرد مبتنی بر تجارب زیسته به‌عنوان یکی از رویکردهای نوین در طراحی مداخلات روان‌شناختی مطرح شده است. این رویکرد بر اهمیت درک عمیق‌تر تجارب، نیازها و روایت‌های افراد مبتلا تأکید دارد و مشارکت فعال آن‌ها در طراحی مداخلات را ضروری می‌داند (Armour et al., 2024). استفاده از تجارب زیسته می‌تواند به افزایش پذیرش‌پذیری، تناسب فرهنگی و اثربخشی مداخلات منجر شود (Kjeldstad et al., 2025). در حوزه اختلالات خوردن، این رویکرد می‌تواند بینش‌های ارزشمندی درباره چرخه‌های هیجانی، محرک‌های پرخوری و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر فراهم آورد.

با توجه به شواهد موجود، به نظر می‌رسد که ترکیب مداخلات خودیاری با رویکرد مبتنی بر تجارب زیسته می‌تواند راهکاری نوآورانه برای بهبود تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال پرخوری باشد. این ترکیب می‌تواند از یک سو دسترسی به خدمات درمانی را افزایش دهد و از سوی دیگر، با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و فردی، اثربخشی مداخلات را ارتقا بخشد. با این حال، پژوهش‌های تجربی در این زمینه همچنان محدود است و نیاز به بررسی‌های بیشتر احساس می‌شود.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال پرخوری انجام شد.

روش‌شناسی

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته بر دشواری در تنظیم هیجان زنان مبتلا به اختلال پرخوری انجام شد. پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. در این طرح، متغیر مستقل شامل اجرای بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته و متغیر وابسته شامل دشواری در تنظیم هیجان بود.

جامعه آماری شامل تمامی زنان مراجعه کننده با شکایت علائم پرخوری یا چاقی به مراکز رژیم‌درمانی و مشاوره روان‌شناختی شهر قزوین در سال ۱۴۰۲ بود. از میان این افراد، ۴۴ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۲۲ نفر) و کنترل (۲۲ نفر) جایگزین شدند. پس از ریزش نمونه، در نهایت ۱۸ نفر در گروه مداخله و ۱۹ نفر در گروه کنترل پژوهش را به پایان رساندند.

معیارهای ورود شامل تشخیص اختلال پرخوری بر اساس خرده‌مقیاس مربوطه در پرسش‌نامه تشخیصی اختلال‌های خوردن، سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم بارداری یا شیردهی، عدم ابتلا به اختلال‌های شدید روان‌پزشکی و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، دریافت مداخلات روان‌شناختی طی یک سال گذشته، ابتلا به بیماری‌های جسمی مؤثر بر چاقی (از جمله دیابت) و عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

به‌منظور تعیین نمونه آماری، پژوهشگر با مراجعه به مراکز رژیم‌درمانی و مشاوره روان‌شناختی شهر قزوین و اخذ مجوز همکاری، جلسه‌ای جهت معرفی پژوهش و روند اجرای آن برای مراجعان برگزار نمود. پس از توضیح اهداف و مراحل پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه در اختیار داوطلبان قرار گرفت. سپس پرسش‌نامه تشخیصی اختلال‌های خوردن اجرا شد و افرادی که نمره برابر یا بالاتر از نقطه برش در خرده‌مقیاس اختلال پرخوری کسب کردند و واجد سایر شرایط ورود بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند و در مرحله پیش‌آزمون، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان در هر دو گروه اجرا شد.

گروه مداخله طی ۱۲ جلسه هفتگی ۱۸۰ دقیقه‌ای در برنامه خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بلافاصله پس از پایان جلسات، مرحله پس‌آزمون اجرا شد و دو ماه بعد نیز ارزیابی پیگیری انجام گرفت.

کلید اصول اخلاق پژوهش رعایت شد؛ شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان در هر مرحله حق انصراف داشتند. اطلاعات جمع‌آوری شده محرمانه باقی ماند و پس از پایان پژوهش، محتوای آموزشی به‌صورت فشرده در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS): مقیاس دشواری در تنظیم هیجان توسط گرتز و رومر (۲۰۰۴) طراحی شده و شامل ۳۶ ماده در شش خرده‌مقیاس است. پاسخ‌ها در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «تقریباً هرگز» تا «تقریباً همیشه» نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. روایی سازه این مقیاس از طریق تحلیل عاملی تأیید شده و پایایی آن در مطالعات مختلف با آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است. هنجاریابی پرسش‌نامه در ایران بر روی نمونه‌های بالینی و غیربالینی برای کل مقیاس ۰/۸۷ و خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۹۲ گزارش شده است و روایی آن تأیید شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب ابزار است.

پروتکل مداخله حاضر در قالب یک بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته و بر اساس یافته‌های مرحله کیفی پژوهش (تحلیل عمیق روایت‌ها و تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال پرخوری) طراحی شد و در عین حال از اصول و فنون رویکردهای درمانی معتبر در حوزه اختلالات خوردن از جمله شناختی-رفتاری، مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیکی، شفقت‌محور و ذهن‌آگاهی بهره گرفت؛ این مداخله در ۱۲ جلسه هفتگی هر یک به مدت ۱۸۰ دقیقه اجرا شد و ساختار هر جلسه شامل سه بخش منسجم یعنی آموزش مفاهیم و مهارت‌ها، تمرین عملی همراه با بحث گروهی، و ارائه بازخورد تخصصی همراه با تعیین تکلیف خانگی بود تا انتقال یادگیری به بافت زندگی واقعی تسهیل شود. در جلسه نخست، شرکت‌کنندگان با چرخه پرخوری و پیشایندهای هیجانی آن آشنا شده و از طریق شناسایی افکار خودکار، هیجانات پیشایندهای آموزش بازسازی شناختی مبتنی بر مدل ABC، درک اولیه‌ای از ارتباط شناخت، هیجان و رفتار به دست آوردند؛ در جلسه دوم، ذهنیت‌های تنش‌زا و عوامل فرهنگی مؤثر بر تصویر بدنی مورد بررسی قرار گرفت و با تمرکز بر فشارهای اجتماعی و رسانه‌ای، تمرین‌های خودشفقتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ارائه شد؛ جلسه سوم به پیشایندهای بین‌فردی اختصاص یافت و طی آن مهارت‌های ارتباطی، تمایز هیجانات اولیه و ثانویه و شیوه‌های پاسخ‌دهی جایگزین آموزش داده شد؛ در جلسه چهارم، آموزش تنظیم هیجان با تأکید بر شناسایی و نام‌گذاری هیجانات،

تمرین‌های ذهن‌آگاهی، مهارت‌های تحمل‌پریشانی و کنترل‌تکانشگری دنبال شد؛ در جلسه پنجم، ویژگی‌های شخصیتی نظیر کمال‌گرایی و خودانتقادی بررسی و از طریق تمرین‌خودشفقتی و مشاهده افکار بدون قضاوت، اصلاح شدند؛ جلسه ششم به شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد و تحلیل نقش آن‌ها در تداوم پرخوری اختصاص یافت و تمرین‌های تصمیم‌گیری اصلاحی ارائه گردید؛ در جلسه هفتم، مدیریت هیجانات پس از پرخوری از طریق بازسازی شناختی، کاهش احساس گناه و شرم و تقویت خودپذیری مورد توجه قرار گرفت؛ در جلسه هشتم، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد شناسایی و با مهارت‌های سازگارانه، به‌ویژه در حوزه پیشگیری از تکانشگری، جایگزین شدند؛ جلسه نهم بر افزایش آگاهی از پیامدهای روان‌شناختی پرخوری و تحلیل چرخه تسکین کوتاه‌مدت در برابر آسیب‌های بلندمدت تمرکز داشت و راهبردهای سالم تقویت شد؛ در جلسه دهم، پیامدهای جسمی پرخوری مورد بررسی قرار گرفت و آموزش رفتارهای پیشگیرانه ارائه شد؛ در جلسه یازدهم، باورهای هسته‌ای ناکارآمد مانند «من خوب نیستم» بازسازی شده و از طریق تمرین‌های خودشفقتی و تعامل سالم اصلاح گردید؛ و نهایتاً در جلسه دوازدهم، تمامی مهارت‌ها مرور و تثبیت شد و برنامه‌ای ساختاریافته برای پیشگیری از عود طراحی گردید تا شرکت‌کنندگان بتوانند به‌صورت خودکارآمد و پایدار، مهارت‌های آموخته‌شده را در زندگی روزمره به کار گیرند.

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی استفاده شد. جهت آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و همسانی ماتریس کوواریانس پیش از اجرای تحلیل بررسی شد. سطح معناداری در تمامی تحلیل‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

یافته‌ها

در این بخش، نتایج مربوط به اثربخشی بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته بر دشواری در تنظیم هیجان و بهبود اختلال پرخوری ارائه می‌شود. ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه بررسی شد. نتایج نشان داد توزیع سطح تحصیلات در دو گروه نسبتاً مشابه بود و در هر دو گروه، بیشترین فراوانی مربوط به مقطع کارشناسی بود (گروه کنترل ۴۷ درصد و گروه مداخله ۶۱ درصد). از نظر وضعیت شغلی نیز بیشترین فراوانی در هر دو گروه مربوط به افراد کارمند بود (۴۷ درصد در گروه کنترل و ۳۹ درصد در گروه مداخله) و سایر شرکت‌کنندگان خانه‌دار یا دارای شغل آزاد بودند. از لحاظ سنی، اکثریت شرکت‌کنندگان در هر دو گروه در دامنه سنی ۲۷ تا ۳۳ سال قرار داشتند (۵۳ درصد در گروه کنترل و ۵۶ درصد در گروه مداخله). به طور کلی، مقایسه شاخص‌های جمعیت‌شناختی نشان‌دهنده همگنی نسبی دو گروه در متغیرهای تحصیلات، شغل و سن پیش از اجرای مداخله بود.

به منظور بررسی روند تغییرات ابعاد دشواری در تنظیم هیجان، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه برای دو گروه کنترل و مداخله در قالب یک جدول تجمیعی ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد دشواری در تنظیم هیجان در سه مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه

پس‌آزمون (M±SD)	پیش‌آزمون (M±SD)	گروه	بعد / نمره کل
۲۶/۱ ± ۴۲/۲۹	۳۴/۱ ± ۶۸/۲۸	کنترل	عدم‌پذیرش
۰۶/۱ ± ۱۹/۱۷	۱۴/۱ ± ۳۳/۲۹	مداخله	
۹۰/۰ ± ۴۲/۲۴	۷۹/۰ ± ۲۱/۲۴	کنترل	رفتار هدفمند
۰۶/۱ ± ۷۸/۱۷	۹۶/۰ ± ۸۹/۲۳	مداخله	
۴۰/۱ ± ۲۱/۲۹	۴۸/۱ ± ۲۶/۲۹	کنترل	دشواری کنترل تکانه
۷۸/۰ ± ۴۴/۱۴	۳۲/۱ ± ۱۱/۲۹	مداخله	
۷۳/۰ ± ۲۶/۲۹	۱۷/۱ ± ۱۶/۲۹	کنترل	آگاهی هیجانی
۵۸/۱ ± ۳۹/۱۷	۰۶/۱ ± ۲۲/۲۹	مداخله	
۳۷/۱ ± ۳۹	۳۸/۱ ± ۶۸/۳۸	کنترل	راهبردها
۳۵/۱ ± ۵۳/۳۸			

۷۹/۱ ± ۸۳/۲۵	۰۹/۱ ± ۳۹/۱۷	۷۲/۱ ± ۱۷/۳۸	مداخله	شفافیت هیجانی
۳۴/۱ ± ۳۲/۲۴	۸۴/۰ ± ۵۳/۲۴	۱ ± ۳۲/۲۴	کنترل	
۱۷/۱ ± ۲۲/۱۶	۰۲/۱ ± ۷۲/۲۳	۶۹/۱ ± ۸۳/۲۳	مداخله	نمره کل تنظیم هیجان
۸۱/۴ ± ۶۳/۱۷۳	۵۷/۴ ± ۸۴/۱۷۵	۴۲/۵ ± ۳۲/۱۷۴	کنترل	
۷۸/۵ ± ۷۲/۱۱۷	۳۳/۳ ± ۹۷/۱۰۷	۸۸/۵ ± ۵۶/۱۷۳	مداخله	

بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون، دو گروه کنترل و مداخله از نظر تمامی ابعاد دشواری در تنظیم هیجان و نمره کل، وضعیت نسبتاً مشابهی داشتند که بیانگر هم‌تراز بودن اولیه گروه‌ها است. در مرحله پس‌آزمون، گروه کنترل تغییر محسوسی در میانگین ابعاد و نمره کل نشان نداد، در حالی که در گروه مداخله کاهش چشمگیری در میانگین تمامی ابعاد دشواری در تنظیم هیجان و همچنین نمره کل مشاهده شد. این کاهش بیانگر بهبود قابل توجه در تنظیم هیجان پس از اجرای بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته است. در مرحله پیگیری دوماهه، اگرچه در برخی ابعاد گروه مداخله نسبت به پس‌آزمون افزایش جزئی میانگین مشاهده می‌شود، اما همچنان میانگین نمرات به طور معناداری پایین‌تر از پیش‌آزمون باقی مانده است. این یافته نشان می‌دهد که اثر مداخله در طول زمان تا حد زیادی پایدار بوده است، در حالی که در گروه کنترل در طول سه مرحله تغییر قابل توجهی مشاهده نمی‌شود. برای بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس با سنجش مکرر، ابتدا آزمون‌های نرمال بودن، برابری واریانس‌ها و همسانی ماتریس‌ها انجام شد. نتایج آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع داده‌ها در همه ابعاد تنظیم هیجان از نرمال بودن معنادار فاصله ندارد. آزمون لوین نیز برابری واریانس گروه‌ها را تأیید کرد و آزمون باکس نشان داد که ماتریس واریانس‌ها در همه ابعاد برابر است. همچنین اثر پیلایی تفاوت معناداری بین دو گروه در سطوح پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، بنابراین مفروضه‌های اصلی تحلیل واریانس با سنجش مکرر برقرار بود و انجام تحلیل استنباطی مجاز است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس با سنجش مکرر ابعاد تنظیم هیجان

بعد / مراحل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	η^2
عدم‌پذیرش	پیش‌آزمون	۸۹/۳	۱	۸۹/۳	۵۲/۲	۰/۱۲
	پس‌آزمون	۰۷/۱۲۵۳	۱	۰۷/۱۲۵۳	۶۲/۹۱۸	۰/۰۱
	پیگیری	۲۳/۷۲۱	۱	۲۳/۷۲۱	۸۶/۵۴۲	۰/۰۱
رفتار هدفمند	پیش‌آزمون	۹۶/۰	۱	۹۶/۰	۲۴/۱	۰/۲۷
	پس‌آزمون	۰۱/۹۲۰	۱	۰۱/۹۲۰	۱۰/۱۲۸۴	۰/۰۱
	پیگیری	۴۸/۵۲۸	۱	۴۸/۵۲۸	۶۷/۲۵۰	۰/۰۱
دشواری کنترل تکانه	پیش‌آزمون	۲۱/۰	۱	۲۱/۰	۱۱/۰	۰/۷۴
	پس‌آزمون	۷۵/۱۲۹۱	۱	۷۵/۱۲۹۱	۸۶/۵۸۳	۰/۰۱
	پیگیری	۹۹/۸۴۳	۱	۹۹/۸۴۳	۵۹/۵۸۵	۰/۰۱
آگاهی هیجانی	پیش‌آزمون	۰۴/۰	۱	۰۴/۰	۰۳/۰	۰/۸۶
	پس‌آزمون	۲۸/۱۳۰۳	۱	۲۸/۱۳۰۳	۴۲/۱۵۲	۰/۰۱
	پیگیری	۶۸/۷۷۷	۱	۶۸/۷۷۷	۸۴/۴۰۳	۰/۰۱
راهبردها	پیش‌آزمون	۴۸/۲	۱	۴۸/۲	۰۲/۱	۰/۳۲
	پس‌آزمون	۴۷/۲۱۵۷	۱	۴۷/۲۱۵۷	۰۹/۱۴۶۳	۰/۰۱
	پیگیری	۲۰/۱۴۸۹	۱	۲۰/۱۴۸۹	۴۸/۵۹۷	۰/۰۱
شفافیت هیجانی	پیش‌آزمون	۱۵/۲	۱	۱۵/۲	۱۳/۱	۰/۲۹
	پس‌آزمون	۵۶/۸۹۸	۱	۵۶/۸۹۸	۸۹/۷۳۵	۰/۰۱
	پیگیری	۴۹/۶۰۵	۱	۴۹/۶۰۵	۸۰/۳۸۳	۰/۰۱
نمره کل تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۳۴/۵	۱	۳۴/۵	۱۷/۰	۰/۶۹
	پس‌آزمون	۲۸/۴۵۸۸۰	۱	۲۸/۴۵۸۸۰	۲۸/۱۹۹۵	۰/۰۱
	پیگیری	۰۵/۲۸۸۹۳	۱	۰۵/۲۸۸۹۳	۶۷/۱۰۲۷	۰/۰۱

نتایج نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون، بین گروه کنترل و مداخله هیچ تفاوت معناداری در ابعاد مختلف تنظیم هیجان و نمره کل وجود ندارد، که بیانگر همترازی اولیه گروه‌هاست. پس از اجرای مداخله، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری دوماهه، همه ابعاد تنظیم هیجان و نمره کل در گروه مداخله کاهش معنی‌داری را نشان دادند، در حالی که تغییرات گروه کنترل ناچیز و فاقد پایداری بود. این نتایج بیانگر آن است که بسته خودیاری طراحی شده اثر معناداری بر بهبود تنظیم هیجان شرکت‌کنندگان گروه مداخله داشته و اثرات آن در طول زمان پایدار باقی مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته منجر به کاهش معنادار دشواری در تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال پرخوری شد و این اثر در تمامی ابعاد تنظیم هیجان از جمله عدم‌پذیرش، کنترل تکانه، آگاهی هیجانی، راهبردها، رفتار هدفمند و شفافیت هیجانی مشاهده گردید و در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی پایدار باقی ماند. این نتایج حاکی از آن است که مداخله طراحی شده توانسته است به‌طور مؤثری سازوکارهای هیجانی زیربنایی مرتبط با اختلال پرخوری را هدف قرار دهد. از آنجا که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود نداشت، می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات مشاهده‌شده در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ناشی از اجرای مداخله بوده است. همچنین، کاهش چشمگیر در نمرات کل تنظیم هیجان در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل نشان‌دهنده اثرگذاری گسترده این بسته بر بهبود کارکردهای هیجانی شرکت‌کنندگان است.

تبیین این یافته‌ها را می‌توان در چارچوب نقش اساسی تنظیم هیجان در سبب‌شناسی و تداوم اختلال پرخوری مورد بررسی قرار داد. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که دشواری در تنظیم هیجان یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده بروز و تداوم رفتارهای پرخوری است و افراد مبتلا اغلب از راهبردهای ناسازگارانه برای مدیریت هیجانات منفی استفاده می‌کنند (McClure et al., 2022; Zhou et al., 2025). در این راستا، نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان می‌تواند منجر به کاهش علائم اختلالات خوردن شود (Berking et al., 2022; Holmqvist Larsson et al., 2020). به‌طور خاص، کاهش در ابعاد کنترل تکانه و دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان در این پژوهش، نشان‌دهنده افزایش توانایی شرکت‌کنندگان در مدیریت پاسخ‌های هیجانی بدون توسل به پرخوری است.

یکی از تبیین‌های مهم برای اثربخشی این مداخله، ماهیت چندوجهی و تلفیقی آن است. بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته با بهره‌گیری از اصول درمان‌های شناختی-رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکردهای شفقت‌محور، توانسته است طیف وسیعی از مهارت‌های هیجانی را در شرکت‌کنندگان تقویت کند. این یافته با نتایج مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند مداخلات فراتشخیصی و چندبعدی در بهبود تنظیم هیجان اثربخش‌تر از رویکردهای تک‌بعدی هستند (Abdolkarimi et al., 2018; Najarkakhki et al., 2022). همچنین، رفتاردرمانی دیالکتیکی با تأکید بر مهارت‌های تحمل‌پیشانی و تنظیم هیجان، به‌طور خاص در کاهش رفتارهای تکانشی مانند پرخوری مؤثر گزارش شده است (Kenny et al., 2019; Rozakou-Soumalia et al., 2022).

از سوی دیگر، نقش مؤلفه‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت در این بسته مداخله‌ای قابل توجه است. تمرین‌های ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی از تجربه‌های درونی و کاهش واکنش‌پذیری هیجانی، به افراد کمک می‌کنند تا به‌جای اجتناب از هیجانات، آن‌ها را بپذیرند و به‌صورت سازگارانه مدیریت کنند (Glisenti et al., 2021). همچنین، تقویت خودشفقتی می‌تواند احساس شرم و خودانتقادی را کاهش داده و زمینه را برای تنظیم بهتر هیجانات فراهم سازد (Kjeldstad et al., 2025). این یافته‌ها با پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر شفقت و پذیرش در بهبود تنظیم هیجان و کاهش علائم اختلالات خوردن مؤثر هستند.

نکته مهم دیگر در تبیین نتایج، استفاده از رویکرد مبتنی بر تجارب زیسته در طراحی مداخله است. این رویکرد با تأکید بر درک عمیق‌تر تجربه‌های واقعی افراد مبتلا، می‌تواند به افزایش همدلی، پذیرش و درگیر شدن فعال شرکت‌کنندگان در فرایند درمان منجر شود (Armour et al., 2024). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مشارکت افراد دارای تجربه زیسته در طراحی مداخلات، می‌تواند اثربخشی و پذیرش‌پذیری آن‌ها را افزایش دهد (Kjeldstad et al., 2025). در این مطالعه نیز، به نظر می‌رسد که تطابق محتوای مداخله با نیازها و تجارب واقعی شرکت‌کنندگان، نقش مهمی در اثربخشی آن ایفا کرده است.

یافته‌های این پژوهش همچنین با مطالعاتی که اثربخشی مداخلات خودیاری هدایت‌شده را بررسی کرده‌اند، همسو است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات خودیاری، به‌ویژه زمانی که با ساختار منظم و راهنمایی مناسب همراه باشند، می‌توانند به‌طور مؤثری علائم اختلالات خوردن را کاهش دهند (Dalton et al., 2024; Pruessner et al., 2022). همچنین، استفاده از این نوع مداخلات می‌تواند دسترسی به خدمات درمانی را افزایش داده و موانع مرتبط با هزینه و محدودیت‌های جغرافیایی را کاهش دهد (Vollert et al., 2019). در این راستا، نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته می‌تواند به‌عنوان یک گزینه درمانی در دسترس و مقرون‌به‌صرفه مورد استفاده قرار گیرد.

پایداری اثرات مداخله در مرحله پیگیری دوماهه نیز از دیگر یافته‌های مهم این پژوهش است. این امر نشان می‌دهد که مهارت‌های آموزش‌داده‌شده در طول مداخله، درونی‌سازی شده و شرکت‌کنندگان توانسته‌اند آن‌ها را در زندگی روزمره خود به کار گیرند. این یافته با نتایج مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند بهبود در تنظیم هیجان می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مهمی برای تداوم بهبودی و کاهش احتمال عود باشد (Forrer et al., 2025; Wallace et al., 2014). به‌عبارت دیگر، مداخلاتی که بر تقویت مهارت‌های هیجانی تمرکز دارند، می‌توانند اثرات بلندمدت‌تری در مقایسه با مداخلاتی که صرفاً بر کاهش علائم تمرکز دارند، داشته باشند.

با این حال، نتایج این پژوهش باید در چارچوب برخی محدودیت‌ها تفسیر شود. نخست، حجم نمونه نسبتاً محدود و انتخاب نمونه از یک شهر خاص ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی می‌تواند با سوگیری‌های پاسخ‌دهی همراه باشد. سوم، دوره پیگیری نسبتاً کوتاه بوده و بررسی پایداری اثرات مداخله در بلندمدت نیازمند مطالعات بیشتر است. همچنین، عدم بررسی همزمان سایر متغیرهای روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب می‌تواند از دیگر محدودیت‌های این پژوهش محسوب شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، اثربخشی این نوع مداخلات را در جمعیت‌های مختلف بررسی کنند. همچنین، استفاده از طرح‌های طولی با دوره‌های پیگیری بلندمدت می‌تواند به درک بهتر پایداری اثرات مداخله کمک کند. بررسی نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر، مانند ویژگی‌های شخصیتی یا سطح حمایت اجتماعی، نیز می‌تواند به تبیین دقیق‌تر سازوکارهای اثرگذاری این مداخلات کمک کند. علاوه بر این، مقایسه اثربخشی بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته با سایر رویکردهای درمانی می‌تواند اطلاعات ارزشمندی برای انتخاب مداخلات بهینه فراهم آورد.

در حوزه کاربردی، نتایج این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای متخصصان سلامت روان در طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر خودیاری باشد. استفاده از بسته‌های خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته می‌تواند به‌عنوان مکملی برای درمان‌های حضوری یا به‌عنوان گزینه‌ای جایگزین در شرایط محدودیت دسترسی به خدمات درمانی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، ادغام این نوع مداخلات در برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت روان می‌تواند به کاهش شیوع و شدت اختلالات خوردن کمک کند. توجه به ویژگی‌های فرهنگی و بومی در طراحی این مداخلات نیز می‌تواند اثربخشی آن‌ها را افزایش دهد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

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

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان 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 the most prevalent eating disorder and has increasingly attracted scholarly attention due to its complex etiology and significant psychological and physical consequences. Characterized by recurrent episodes of excessive food consumption accompanied by a sense of loss of control, BED is strongly associated with emotional distress, including shame, guilt, and self-disgust (Jiang, 2021; Rodgers et al., 2026). Epidemiological evidence indicates a growing global prevalence of eating disorders, particularly among young adults and women, with projections suggesting a continued upward trend in the coming decades (Liu et al., 2025). This increase underscores the urgency of developing effective and accessible interventions tailored to the underlying mechanisms of the disorder.

Among the psychological factors implicated in BED, difficulties in emotion regulation have been consistently identified as a central transdiagnostic process. Emotion regulation refers to the ability to monitor, evaluate, and modify emotional reactions in adaptive ways. Individuals with BED often demonstrate deficits in these processes, relying on maladaptive strategies such as emotional suppression, avoidance, or rumination, which may temporarily alleviate distress but ultimately reinforce binge eating behaviors (Arexis et al., 2023; Walenda et al., 2021). Empirical studies have shown that emotion regulation difficulties not only contribute to the onset of binge eating but also predict the persistence and severity of symptoms over time (McClure et al., 2022; Zhou et al., 2025).

Recent theoretical and empirical work has further emphasized the role of emotion dysregulation as a mediating mechanism linking psychological vulnerabilities such as low self-esteem, alexithymia, and body

dissatisfaction to disordered eating behaviors (Abdoli et al., 2025; Muir et al., 2024). In addition, gender-specific analyses have revealed that women are particularly vulnerable to the interaction between maladaptive emotion regulation strategies and sociocultural pressures related to body image, further increasing their risk for binge eating behaviors (Sobieska et al., 2025). These findings suggest that interventions targeting emotion regulation may play a critical role in both the prevention and treatment of BED.

Although Cognitive Behavioral Therapy (CBT) remains the gold-standard treatment for BED, it is not universally effective, with a substantial proportion of patients failing to achieve full remission or experiencing relapse (Smith & Goldschmidt, 2024; Vogel et al., 2021). This limitation has led to the development of third-wave therapeutic approaches, such as Dialectical Behavior Therapy (DBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and Emotion-Focused Therapy (EFT), which explicitly target emotion regulation processes. Evidence indicates that these approaches can significantly reduce binge eating symptoms by enhancing emotional awareness, distress tolerance, and adaptive coping strategies (Berking et al., 2022; Glisenti et al., 2021; Rozakou-Soumalia et al., 2022).

In parallel, guided self-help interventions have emerged as a cost-effective and scalable alternative to traditional face-to-face therapy. These interventions, particularly when structured and supported by minimal professional guidance, have demonstrated promising outcomes in reducing eating disorder symptoms (Dalton et al., 2024; Pruessner et al., 2022). Moreover, the integration of lived-experience perspectives into intervention design has gained increasing attention, as it enhances cultural relevance, acceptability, and engagement among participants (Armour et al., 2024; Kjeldstad et al., 2025). Incorporating lived experiences allows for a more nuanced understanding of the emotional and contextual factors underlying binge eating, thereby facilitating the development of more personalized and effective interventions.

Despite these advancements, there remains a paucity of research examining the combined effectiveness of lived-experience-based and self-help interventions in improving emotion regulation among individuals with BED. Furthermore, the need for culturally adapted and accessible treatment modalities is particularly pronounced in non-Western contexts. Therefore, the present study aimed to evaluate the effectiveness of a lived-experience-based self-help package in reducing difficulties in emotion regulation among women with binge eating disorder.

Methods and Materials

The present study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group and a two-month follow-up. The statistical population consisted of women who attended diet therapy and psychological counseling centers in Qazvin in 2023. A total of 44 participants were selected through purposive sampling based on inclusion criteria, including a diagnosis of binge eating disorder, age between 20 and 40 years, and willingness to participate. After accounting for attrition, participants were randomly assigned to an intervention group ($n = 18$) and a control group ($n = 19$).

Data collection was conducted using two standardized instruments: the Eating Disorder Diagnostic Questionnaire and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). The intervention group participated in a structured lived-experience-based self-help program consisting of twelve weekly sessions, each lasting 180 minutes. The program was designed to integrate psychoeducation, skill-building exercises, group discussions, and home assignments, focusing on emotion regulation, cognitive restructuring, self-compassion, and relapse prevention. The control group did not receive any intervention during the study period.

Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) to assess changes in emotion regulation across three time points: pretest, posttest, and follow-up. Assumptions of normality, homogeneity of variances, and sphericity were tested prior to conducting the analysis.

Findings

The results indicated that there were no significant differences between the intervention and control groups at the pretest stage across all dimensions of emotion regulation, confirming baseline equivalence. However, at the posttest stage, the intervention group demonstrated a substantial reduction in overall emotion regulation difficulties compared to the control group. This improvement was observed across all subscales, including non-acceptance of emotional responses, difficulties in goal-directed behavior, impulse control difficulties, lack of emotional awareness, limited access to emotion regulation strategies, and lack of emotional clarity.

In contrast, the control group showed minimal and non-significant changes across all measured variables. The repeated measures ANOVA revealed statistically significant interaction effects between time and group membership, indicating that the observed improvements in the intervention group were attributable to the self-help program.

At the two-month follow-up, the intervention group maintained a significant portion of the gains achieved at posttest, although slight increases in some subscale scores were observed. Despite this, emotion regulation scores remained significantly lower than baseline levels, suggesting the persistence of treatment effects over time. The control group continued to show no meaningful changes across the three measurement points.

Overall, the findings support the effectiveness of the lived-experience-based self-help package in improving emotion regulation among women with binge eating disorder and indicate that these improvements are relatively stable over time.

Discussion and Conclusion

The findings of the present study provide strong empirical support for the effectiveness of a lived-experience-based self-help intervention in reducing difficulties in emotion regulation among women with binge eating disorder. The observed improvements across multiple dimensions of emotion regulation suggest that the intervention successfully targeted core psychological mechanisms underlying binge eating behaviors. Given the central role of emotion dysregulation in the development and maintenance of BED, enhancing individuals' capacity to identify, tolerate, and regulate emotional experiences appears to be a critical pathway to symptom reduction.

One of the key strengths of the intervention lies in its integrative and experiential design. By combining evidence-based therapeutic principles with insights derived from lived experiences, the program was able to address both the cognitive and emotional aspects of binge eating in a culturally relevant and personally meaningful manner. This approach likely contributed to increased participant engagement and the internalization of learned skills, which in turn facilitated the maintenance of treatment gains at follow-up.

The sustained effects observed in the follow-up phase highlight the potential of self-help interventions to produce lasting behavioral and emotional change. The inclusion of practical exercises, real-life applications, and relapse prevention strategies may have enabled participants to continue practicing and reinforcing emotion regulation skills beyond the structured sessions. This finding is particularly important in the context of chronic and relapsing conditions such as binge eating disorder, where long-term maintenance of treatment effects is essential.

Furthermore, the results underscore the value of accessible and scalable interventions in addressing mental health needs. Self-help programs can serve as a viable alternative or complement to traditional therapy, especially in settings where access to specialized care is limited. The integration of lived experiences also represents a promising direction for future intervention development, as it aligns therapeutic content with the real-world challenges and perspectives of individuals affected by the disorder.

In conclusion, the present study demonstrates that a lived-experience-based self-help package can effectively improve emotion regulation and contribute to the reduction of binge eating-related difficulties. These findings highlight the importance of targeting emotion regulation in the treatment of eating disorders and support the continued development of innovative, culturally sensitive, and accessible intervention models.

References

- Abdoli, M., Schiechl, E., Scotto Rosato, M., Mangweth-Matzek, B., Cotrufo, P., & Hufner, K. (2025). Body image, self-esteem, emotion regulation, and eating disorders in adults: A systematic review. *Neuropsychiatrie*, 39, 118-132. <https://doi.org/10.1007/s40211-025-00544-4>
- Abdolkarimi, M., Ghorban Shiroudi, S., Khalatbari, J., & ZARBakhsh, M. (2018). Effectiveness of a Transdiagnostic Package Based on Acceptance and Commitment Therapy, Compassion-Focused Therapy, and Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation and Eating Behavior in Women with Overweight and Obesity. *Journal of Psychological Science*, 17(70), 651-661.
- Allen, K. L., Courtney, L., Croft, P., Hyam, L., Mills, R., Richards, K., Ahmed, M., & Schmidt, U. (2025). Programme-led and focused interventions for recent onset binge/purge eating disorders: Use and outcomes in the first episode rapid early intervention for eating disorders (FREED) network. *International Journal of Eating Disorders*, 58(2), 389-399. <https://doi.org/10.1002/eat.24343>
- Arexis, M., Feron, G., Brindisi, M. C., Billot, P. E., & Chambaron, S. (2023). A scoping review of emotion regulation and inhibition in emotional eating and binge-eating disorder: What about a continuum? *Journal of eating disorders*, 11(1), 197-217. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00916-7>
- Armour, C. Q., Feicht, B., & Gahagan, J. (2024). Improving adult inpatient eating disorder treatment: Perspectives of sample of individuals in Canada with lived experience. *Journal of eating disorders*, 12(1), 166. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01121-w>
- Berking, M., Eichler, E., Naumann, E., & Svaldi, J. (2022). The efficacy of a transdiagnostic emotion regulation skills training in the treatment of binge-eating disorder-Results from a randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 998-1018. <https://doi.org/10.1111/bjc.12371>
- Dalton, B., Davies, M. R., Flynn, M., Hutchings-Hay, C., Potterton, R., Brookes, K., & Schmidt, U. (2024). Virtually delivered guided self-help for binge eating disorder and bulimia nervosa: Findings from a service evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 52(3), 211-225. <https://doi.org/10.1017/S1352465823000607>
- Davey, E., Allen, K., Bennett, S. D., Bryant-Waugh, R., Clarke, T., Cooper, Z., & Shafran, R. (2023). Improving programme-led and focused interventions for eating disorders: An experts' consensus statement-A UK perspective. *European Eating Disorders Review*, 31(5), 577-595. <https://doi.org/10.1002/erv.2981>
- Ferrer, F., Rubo, M., Wyssen, A., Meyer, A. H., & Munsch, S. (2025). The predictive value of emotion regulation difficulties and negative mood on short- and long-term treatment outcomes in an online guided self-help programme for adults with binge-eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 33(1), 163-173. <https://doi.org/10.1002/erv.3135>
- Frank, G. K. W., & Berner, L. A. (2020). *Binge eating: A transdiagnostic psychopathology*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-43562-2>
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A pilot randomised wait-list control trial. *Journal of eating disorders*, 9(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>
- Holmqvist Larsson, K., Lowen, A., Hellerstedt, L., Bergcrona, L., Sallerud, M., & Zetterqvist, M. (2020). Emotion regulation group skills training: A pilot study of an add-on treatment for eating disorders in a clinical setting. *Journal of eating disorders*, 8, 12. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00289-1>
- Jiang, K. (2021). *Review on binge eating disorder: Theories, influencing factors and treatments* <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210617.141>
- Kenny, T. E., Carter, J. C., & Safer, D. L. (2019). Dialectical behavior therapy guided self-help for binge-eating disorder. *Eating Disorders*, 27(5), 437-454. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1605776>
- Kjeldstad, M., Mundal, I., Kingswick, I., Tveit, H. H., & Lara-Cabrera, M. L. (2025). Feasibility and acceptability of a peer-led mindful self-compassion program for adults with eating disorder symptoms. *BMC psychiatry*, 25, 876. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06432-3>
- Lammers, M. W., Vroling, M. S., Crosby, R. D., & van Strien, T. (2022). Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 55(7), 902-913. <https://doi.org/10.1002/eat.23729>
- Liu, L., Wang, K., Dai, M., Luo, W., Tang, L., Ding, X., & Luo, J. (2025). Global trends and future projections of eating disorders among adolescents and young adults: Comprehensive analysis from 1990 to 2050 using eight machine-learning models. *The British Journal of Psychiatry*, 1-15. <https://doi.org/10.1192/bjp.2025.10450>
- McClure, Z., Messer, M., Anderson, C., Liu, C. D., & Linardon, J. (2022). Which dimensions of emotion dysregulation predict the onset and persistence of eating disorder behaviours? A prospective study. *Journal of affective disorders*, 310, 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.041>

- Muir, X., Preece, D. A., & Becerra, R. (2024). Alexithymia and eating disorder symptoms: The mediating role of emotion regulation. *Australian Psychologist*, 59(2), 121-131. <https://doi.org/10.1080/00050067.2023.2236280>
- Najarkakhki, I., Kalaharnia Golkar, M., Nejadmohammad Naghghi, A., Mohammadi Shirmahaleh, F., & Valizadeh, M. (2022). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy and Group Schema Therapy on Difficulties in Emotion Regulation and Body Mass Index in Obese Individuals with Emotional Eating. *Cognitive Psychology and Psychiatry*, 10(1), 75-89.
- Pruessner, L., Hartmann, S., Rubel, J., Lalk, C. H., & Barnow, S. (2022). Integrating a web-based intervention into routine care of binge-eating disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 28, 47-51. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100568>
- Rodgers, R. F., Laveway, K., Lilley, M., Mifsud, M., & Doley, J. R. (2026). Risk for body image concerns and eating disorders in transgender and gender diverse people: A theoretical overview. *Body Image*, 56, 102022. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2025.102022>
- Rozakou-Soumalia, N., Darvari, S., & Sjogren, J. M. (2022). Dialectical behaviour therapy improves emotion dysregulation mainly in binge eating disorder and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 12(9), 93. <https://doi.org/10.3390/jpm11090931>
- 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>
- Sobieska, A., Kolanska, J., Blauciak, P., Ciechanowska-Jagodzinska, M., & Zarychta, K. (2025). Sex/gender-specific association between emotion regulation strategies and eating disorders symptoms: A systematic review. *Journal of eating disorders*, 13(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01434-4>
- Vogel, E. N., Singh, S., & Accurso, E. C. (2021). A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *Journal of eating disorders*, 9, 131. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00461-1>
- Vollert, B., Beintner, I., Musiat, P., Cordon, G., Gorlich, D., Nacke, B., Schmidt, J., Potterton, R., Spencer, L., Grant, N., Schmidt, U., & Jacobi, C. (2019). Using internet-based self-help to bridge waiting time for face-to-face outpatient treatment for bulimia nervosa, binge-eating disorder, and related disorders: Study protocol of a randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 16, 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.02.010>
- Walenda, A., Kostecka, B., Santangelo, P. S., & Kucharska, K. (2021). Examining emotion regulation in binge eating disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00166-6>
- Wallace, L. M., Masson, P. C., Safer, D. L., & von Ranson, K. M. (2014). Greater improvement in self-reported emotion regulation between pre- and post-treatment predicted abstinence from binge eating at post-treatment, 4-, 5-, and 6-month follow-up. *Journal of eating disorders*, 2(1), 35. <https://doi.org/10.1186/PREACCEPT-9357044511408160>
- Zhou, R., Zhang, L., Liu, Z., & Cao, B. (2025). Emotion regulation difficulties and disordered eating in adolescents and young adults: A meta-analysis. *Journal of eating disorders*, 13(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01197-y>