

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک با درمان پذیرش و تعهد بر انسجام روانی در مبتلایان به پرخوری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۵

خلاصه

مقدمه: اختلالات خوردن یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی/روانی جسمانی است که مشکلات زیادی در سلامت جسمانی، عملکرد ذهنی و کیفیت زندگی ایجاد می‌کند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انسجام روانی بیماران پرخوری بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان چاق و دارای اضافه‌وزن ۱۸ تا ۴۵ ساله مبتلا به پرخوری در شهر کرج بود که در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۲ به طور مرتب به انجمن پرخوران گمنام شهر کرج مراجعه کرده بودند. از بین جامعه آماری برای انتخاب حجم نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۶۰ نفر از آن‌ها انتخاب شدند. آزمودنی‌ها از نظر نمرات پرسشنامه پرخوری و تشخیص پزشک به طور مساوی در دو گروه (۲۰ نفر در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی و ۲۰ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. پس از انجام پیش‌آزمون، آزمودنی‌های هر گروه آزمایش، پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی سافر (۲۰۰۹) طی ۱۲ جلسه ۲ ساعته و پروتکل طرح درمان رویکرد پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۰۹) و هیز و همکاران (۲۰۱۰) طی ۱۲ جلسه ۲ ساعته دریافت کردند. سپس مرحله پس‌آزمون و سه ماه بعد پیگیری انجام شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه انسجام روان‌شناختی فلسنبرگ (۱) بود. داده‌های به‌دست‌آمده از این تحقیق با استفاده از نرم‌افزار SPSS-27 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که بین اثربخشی دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش سطح انسجام روانی بیماران مبتلا به پرخوری تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج نشان داد که هر دو گروه مؤثر بوده و نتایج پایداری را نشان می‌دهند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند سطح انسجام روانی بیماران مبتلا به پرخوری را افزایش دهد؛ بنابراین توصیه می‌شود درمانگران از این رویکردها به عنوان درمانی مؤثر برای افزایش انسجام روانی بیماران مبتلا به پرخوری استفاده کنند.

کلمات کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان پذیرش و تعهد، انسجام روانی، پرخوری

مونیکا وکیلی^۱

زهرا باقرزاده گل‌مکانی^{۲*}

مصطفی بُلغان‌آبادی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روان‌شناسی، واحد

نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی،

نیشابور، ایران (نویسنده مسئول).

^۳ گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی،

نیشابور، ایران.

Email: z. bagherzadeh@iau-neyshabur.ac.ir

مقدمه

پر خوری یکی از مؤلفه‌های اصلی و زیربنایی انواع اختلال‌های خوردن و اختلال‌های هیجانی است، در پر خوری، فرد احساس فقدان کنترل بر خوردن دارد و بدون احساس گرسنگی، حجم زیادی از غذا را در یک دوره‌ی زمانی (کمتر از دو ساعت) می‌خورد و بعد از پایان یافتن آن، احساس گناه و عذاب وجدان می‌کند (۲)؛ اگرچه پر خوری محدود به افراد چاق نمی‌شود، اما نیمی از افراد مبتلا به پر خوری، چاق هستند و نزدیک به ۸۰ درصد افراد مبتلا، از دیگر اختلال‌های روان‌پزشکی مانند اختلال‌های خلقی، اضطراب، سوء مصرف مواد و اختلال‌های خوردن رنج می‌برند، به علاوه پر خوری خطر ابتلا به مشکلات جسمانی مانند دردهای مزمن (سر، گردن و کمر)، دیابت و فشارخون بالا را افزایش می‌دهد و به تدریج منجر به کاهش عزت‌نفس و نارضایتی از تصویر بدن می‌شود (۳). سبک زندگی افرادی که تحت تأثیر پر خوری قرار گرفته‌اند باعث شده است که مشکلات مرتبط با بهداشت روان افزایش یابد و به عنوان یک تهدید مدنظر قرار گیرد؛ اما در این میان برخورداری از ویژگی‌های شخصیتی و توانمندی‌های روان‌شناختی باعث گردیده است تا افراد واکنش‌های مثبتی را در برخورد با عوامل فشارزای روانی از خود نشان دهند (۴) که احساس انسجام روانی احتمالاً می‌تواند یکی از این توانمندی‌ها باشد. چراکه این ویژگی سبب تعدیل استرس‌های روزمره می‌گردد (۵). حس انسجام یک ساختار اصلی از مدل سالوتوژنیک است که به‌جای بیماری بر منشأ سلامت و رفاه تمرکز دارد. احساس انسجام به عنوان یک منبع مقاومت تعمیم‌یافته‌ای در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند بر سلامت روان‌شناختی مؤثر باشد؛ چراکه توانمندی اشخاص را در مقاومت در برابر مشکلات افزایش می‌دهد و اثرات استرس را بر سلامتی تعدیل می‌کند (۶). برخورداری از احساس انسجام روانی در پیش‌بینی سلامت روان به حدی است که به نظر می‌رسد می‌تواند با فشار روانی در ارتباط باشد به‌طوری‌که افراد دارای احساس انسجام روانی بالا، استرس کمتری را ادراک می‌نمایند (۷). پژوهش‌های پیشین، نشان از آن داشته است که

برخورداری از احساس انسجام و توانمندی روان‌شناختی بالا می‌تواند در مدیریت فشار روانی و ایجاد سلامت روان تأثیرگذار باشد (۸). همچنین واگدس^۱ و همکاران (۹) در بررسی احساس انسجام در پیگیری طولانی‌مدت نوجوانان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، از ۱۴۹ بیمار زن که قبلاً در بیمارستان بستری شده بودند، ۱۷٪ خود گزارش دادند که در حال حاضر از یک اختلال خوردن رنج می‌برند. لاتزر^۲ و همکاران (۱۰) نیز در بررسی نقش احساس انسجام در آسیب‌شناسی اختلال خوردن و تصویر بدن در بین دختران نوجوان در اسرائیل، نشان دادند که احساس انسجام روانی با اختلالات خوردن و نارضایتی بدن ارتباط منفی داشت.

یکی از درمان‌های نوین موج سومی که امروزه برای طیف وسیعی از بیماری‌ها همچون پر خوری به کار گرفته می‌شود، رفتاردرمانی دیالکتیکی است (۱۱). رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان یک جهان‌بینی یا دیدگاه فلسفی متخصصان بالینی را در جهت ساختن فرضیه‌های تئوریک متناسب با مشکلات مراجعین و درمان آن‌ها راهنمایی می‌کند (۱۲). هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی، تعادل‌آفرینی بین تغییر و پذیرش است تا مراجعین بتوانند پاسخ‌های هیجانی خود به رویدادها را تنظیم کنند (۱۳). در این روش بر مهارت‌آموزی شامل آموزش مهارت‌های اثربخش بین فردی، ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، افزایش تحمل ناکامی، پذیرش و اعتباربخشی هیجانات تأکید شده است (۱۴). رفتاردرمانی دیالکتیک مجموعه‌ای از فنون است برای ایجاد تغییرات در چگونگی تفکر و رفتار فرد، کاهش تفکرات منفی، تغییر نحوه زندگی و همچنین دستیابی به ثبات رفتاری و هیجانی (۱۵). شواهد نشان می‌دهد که این رویکرد در درمان اختلالات خوردن به‌ویژه پر خوری موفقیت‌آمیز بوده و نتایج امیدوارکننده‌ای به همراه داشته است (۱۶). همچنین مسرور و توزنده جانی (۱۷) در بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر حساسیت اضطرابی و تصویر تن دختران مبتلا به پر خوری عصبی نشان دادند که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش

¹ Vagedes et al² Latzer et al

پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک که هر دو از جامع‌ترین درمان‌های موج سوم رفتاری است بر انسجام روانی در بیماران مبتلا به پرخوری، برای پی بردن به اینکه کدام درمان ابعاد بیشتری از مشکل این بیماران را بهبود می‌دهد ضروری است؛ لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رفتاردرمانی دیالکتیک بر انسجام روانی در بیماران مبتلا به پرخوری شهر کرج انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه‌ماهه است. جامعه آماری شامل زنان چاق و دارای اضافه‌وزن ۱۸ تا ۴۵ ساله مبتلا به پرخوری شهر کرج که در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ به انجمن پرخوران گمنام شهر کرج مراجعات منظم دارند، بود که از میان آنان ۶۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از بررسی ملاک‌های ورود به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش ۱ (رفتاردرمانی دیالکتیک)، گروه آزمایش ۲ (درمان پذیرش و تعهد) و گروه گواه جای‌دهی شدند (هر گروه ۲۰ نفر). ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن اضافه‌وزن (شاخص توده بدنی بالای ۲۵ کیلوگرم بر مترمربع) یا چاقی (شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع)، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل مدرک دیپلم، توانایی فهم و درک مطالب به زبان فارسی، عدم دریافت روان‌درمانی و دارودرمانی قبل از ورود به پژوهش و ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه، در حین درمان، درمان دیگری شروع کرده باشد، مخدوش کردن پرسشنامه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری و پاسخ ندادن به حداقل ده درصد از سؤالات و شرکت هم‌زمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان‌شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود.

ابزار

الف) مقیاس پرخوری: مقیاس پرخوری را گورمالی و همکاران (۲۲) به‌منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی کردند (۲۲). این مقیاس از ۱۴ آیتم

حساسیت اضطرابی و همچنین بر تغییر تصویر تن در دانش‌آموزان دختر مبتلا به پرخوری عصبی مؤثر بوده است.

از دیگر رویکردهای درمانی جدید می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک رفتاردرمانی موج سوم است که شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرآیند عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه. این نوع روان‌درمانی، دارای اساس تجربی است که هدفش مبارزه با علائمی است که ممکن است در اختلالات مزمن بسیار برجسته و محل باشند. این درمان بر پذیرش به‌عنوان فرآیندی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد متمرکز است و به‌عنوان یک نیروی برخلاف اجتناب تجربی و مقابله‌ی نا مؤثر عمل می‌کند. تمرکز دیگر درمان بر تعهد و عمل در جهت ساختن زندگی پایدار در جهت ارزش‌های مراجع است (۱۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از روش‌های روان‌درمانی موج سوم است که برای افراد مبتلا به پرخوری می‌تواند مفید باشد.

این درمان به افراد کمک می‌کند تا با پذیرش تجربه‌های درونی خود، همچون افکار، احساسات و عوارض جسمانی، به‌جای اجتناب یا مقابله با آنها، بتوانند رفتارهایی را انتخاب کنند که با ارزش‌های شخصی آنها همخوانی داشته باشد (۱۹). پژوهش‌های مختلفی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پرداختند؛ برای مثال، اشرفی و همکاران (۲۰) نشان داد که یک دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پرخوری عصبی و کاهش وزن در زنان دارای اضافه‌وزن اثر معناداری دارد. همچنین عرفانی و همکاران (۲۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم هیجان در مردان مبتلا به پرخوری عصبی مؤثر است و می‌توان از این درمان برای بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به پرخوری عصبی استفاده کرد.

بیماران مبتلا به پرخوری با رنج روانی شدیدی روبرو هستند که این موضوع با انسجام روانی در آنان ارتباط دارد. شکاف تحقیقاتی در خصوص بررسی و مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر

است. در ایران نیز علیپور و شریف (۲۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند.

جهت پژوهش حاضر ابتدا کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان اخذ و سپس مقدمات لازم برای انجام کار آماده گردید. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت‌کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات، آزادی افراد در ترک مطالعه و ارائه مداخله به گروه گواه پس از اتمام پژوهش از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بود. در ابتدا هر دو گروه آزمایش و یک گروه گواه در شرایط یکسان فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه پرخوری و پرسشنامه انسجام روانی را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل نمودند. سپس گروه آزمایش ۱ و ۲ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی طی ۹ جلسه ۲ ساعت به صورت یک جلسه در هفته درمان را دریافت کردند. در پایان جلسات (پس‌آزمون) و سه ماه بعد از پایان جلسات هر سه گروه پرسشنامه انسجام روانی را تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ در دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شد. محتوای خلاصه جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (براساس راهنمای درمانی هایز و همکاران (۱۸) و هایز و همکاران (۲۵)) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (با استفاده از کتاب رفتاردرمانی دیالکتیکی برای پرخوری و پراشتهایی روانی راهنمای عملی برای متخصصین بالینی نوشته سافر و همکاران (۲۶) در جدول ۱ و ۲ ارائه گردیده است.

چهارگزینه‌ای و دو آیتم سه گزینه‌ای تشکیل شده است. سؤالات ۱-۲-۵-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴ و ۱۵ به صورت چهارگزینه‌ای بوده و به آن‌ها نمره ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. سؤالات ۶ و ۱۶ سه گزینه‌ای هستند و نمرات ۰، ۱ و ۲ به آن‌ها اختصاص می‌یابد و چند سؤال به شکل متفاوت نمره‌گذاری می‌شوند. سؤال ۳ با نمرات ۰، ۱ و ۱ و ۳ و سؤال ۴ با نمرات ۰، ۰، ۰ و ۲ و سؤال ۷ با نمرات ۰، ۲، ۳ و ۳. نمره کلی از صفر تا ۴۶ متغیر است. در این مقیاس نمرات ۱۷ و پایین‌تر از ۱۷ عدم پرخوری، نمرات ۱۸ تا ۲۶ پرخوری متوسط و نمرات ۲۷ به بالا پرخوری شدید را نشان می‌دهد. این مقیاس نمره‌گذاری معکوس ندارد. گورمالی و همکاران (۲۲) آلفای کرونباخ این مقیاس را قبل از درمان ۰/۹۴ و پس از درمان ۰/۹۲ محاسبه نمودند. فرم ایرانی این مقیاس توسط مولودی و همکاران (۲۳)، در ارتباط با ۶۰ آزمودنی اجرا شد که حساسیت آن ۰/۸۵ و اعتبار آزمون - بازآزمون آن ۰/۷۲ محاسبه گردید.

(ب) مقیاس انسجام روانی فلسنبرگ (۱): این

پرسشنامه توسط فلسنبرگ و همکاران در سال ۲۰۰۶ بر اساس نسخه اولیه آنتونوسکی، تجدیدنظر شده و مورد استفاده قرار گرفته است (۱). این پرسشنامه یک آزمون ۳۵ سؤالی بوده که به صورت ۳ یا ۵ گزینه‌ای طراحی شده است که با مقیاس سه‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند به این صورت که شرکت‌کننده‌ای که به هر یک از دو گزینه اول پاسخ دهد، نمره ۳ که بالاترین امتیاز است و چنانچه به هر یک از دو گزینه آخر پاسخ دهد، نمره یک که پایین‌ترین امتیاز است را دریافت می‌کند. گزینه‌های سؤالات ۱ تا ۲۴ به صورت مقیاس سه‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند و سؤالات ۲۵ تا ۳۵ به صورت ۵ درجه‌ای طراحی شده‌اند. دامنه نمرات این پرسشنامه نیز بین ۳۵ تا ۱۰۵ در نوسان است. این پرسشنامه متشکل از سه زیر مقیاس فهم‌پذیری (توانایی درک)، توانایی مدیریت و معناداری است. فلسنبرگ و همکاران (۱) روایی این پرسشنامه را از روش محتوایی و سازه به تأیید رسانده است. وی برای بررسی پایایی این پرسشنامه نیز ضریب آلفای کرونباخ را در دو پژوهش، استفاده نموده است که به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۶ گزارش کرده

جدول ۱. عناوین جلسات درمان پذیرش و تعهد

شماره جلسات	هدف جلسه
جلسه اول	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	معرفی درمانگر، آشنایی اعضا با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان act، اهداف و محورهای آن. تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان. ارائه اطلاعات، آموزش روانی و استراحت و پذیرایی.
جلسه سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعین. بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها. ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر. بررسی انتظارات از درمان act، ایجاد درماندگی خلاق، استراحت و پذیرایی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.
جلسه چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعین. تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بهبودی آن‌ها. توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یاس، انکار و؛ و اینکه پذیرش یک فرایند همیشگی است نه مقطعی. مشکلات و چالش‌های پذیرش نشانه‌های پرخوری مورد بحث قرار گرفت. توضیح در مورد اجتناب از تجارب ناخوشایند و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آن‌ها از طریق پذیرش، تعریف مقابله و راهبردهای کارآمد و ناکارآمد. احساس کارایی و کنترل، استراحت و پذیرایی. جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.
جلسه پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعین. تکلیف و تعهد رفتاری. معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلس. کاربرد تکنیک‌های گسلس شناختی. مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها. تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف. استراحت و پذیرایی. جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.
جلسه ششم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعین. نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار. مشاهده خود به عنوان زمینه. تضعیف خود مفهومی و بیان خود (توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خوبستن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جز محتوای ذهنی هستند). در این تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس و پیاده‌روی و...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند.
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد؛ شناسایی ارزش‌های زندگی و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها. استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال.
جلسه هشتم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد. بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی. توضیح تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها. بحث از موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها. اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند را تعیین کردند و در آخر کارها یا رفتارهایی که قصد داشتند برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند. نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج.
جلسه نهم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد با آن نکاتی بیان شد. مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع. در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از مراجعین برای شرکت در گروه تشکر و پس‌آزمون اجرا شد.
جلسه دهم	پیگیری (بعد از گذشت ۳ ماه)

جدول ۲. عناوین جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک براساس برنامه درمانی لیتهان

جلسات	اهداف و برنامه‌ها
جلسه ۱	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پیش‌آزمون. ایجاد رابطه درمانی مناسب و فهم کلی مراجع درمورد مشکلات مربوط به خوردن و آماده کردن مراجع در مورد به‌کارگیری منطق درمان (معرفی مدل تنظیم هیجانی در DBT) با هدف کاهش در میزان تسلیم شدن در برابر اشتغالات ذهنی درباره غذا و رفتارهای مرتبط با پرخوری و متوقف کردن پرخوری بود.
جلسه ۲	ضمن آشنا کردن مراجعین با چارچوب کلی درمان در مورد هر یک از مهارت‌های ذهن آگاهی و تحمل رنج که در جلسات بعد آموزش داده می‌شدند توضیح داده شد.
جلسه ۳	شامل بحث در مورد بخش‌های موجود در مهارت‌های ذهن آگاهی (مهارت‌های چستی و مهارت‌های چگونگی) از طریق آموزش مهارت‌های چستی مشاهده، مشاهده و مشارکت بود.
جلسه ۴	توضیح مبسوطی در مورد سطوح متفاوت ذهنی، ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن سلیم داده شد و مهارت‌های چگونگی آموزش داده شد که شامل غیر قضاوتی بودن، ذهن آگاهی بر یک موضوع در یک لحظه و کارایی (انجام آنچه کارا و مؤثر است).
جلسه ۵	شامل آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی و معرفی نظریه هیجان‌ها بود. مهارت‌های تنظیم هیجان آموزش داده شد.
جلسه ۶	دربرگیرنده معرفی و توضیح در مورد مهارت‌های تحمل رنج یا مهارت‌هایی بودند که به فرد کمک می‌کنند در شرایط بحرانی با هیجانات خود به شیوه مناسب مقابله کند.
جلسه ۷	شامل معرفی و توضیح هر یک از راهبردهای گذر از بحران، پرت کردن حواس، تسکین خود، بهبود لحظه یعنی جایگزین کردن وقایع مثبت به جای وقایع منفی و تأکید بر نقاط مخالف و موافق بود.
جلسه ۸	به معرفی و توضیح راهبردهای پذیرش مانند پذیرش (پذیرش کامل از عمق درون)، معطوف کردن ذهن به سمت پذیرش و میل و رغبت در برابر لجاجت پرداخته شد.
جلسه ۹	شامل مرور مهارت‌های ذهن آگاهی، تنظیم هیجان و تحمل رنج، برنامه‌ریزی برای آینده و به‌کارگیری مستمر مهارت‌های آموخته‌شده، بازخوردگیری از دوره آموزشی و اجرای پس‌آزمون بود
جلسه ۱۰	پیگیری (بعد از گذشت سه ماه)

نتایج

جدول ۳ اطلاعات توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیر

پذیرش بدون قید شرط خود را در سه گروه و سه مرحله ارزیابی نشان داده است.

در این بخش جداول توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پذیرش انسجام روانی سه گروه پژوهش در سه نوبت ارزیابی در جدول ۳ نشان داده شده‌اند.

جدول ۳. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در سه نوبت اندازه‌گیری به تفکیک سه گروه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین			انحراف استاندارد		
		نوبت اندازه‌گیری	نوبت اندازه‌گیری	نوبت اندازه‌گیری	نوبت اندازه‌گیری	نوبت اندازه‌گیری	نوبت اندازه‌گیری
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
درمان پذیرش و تعهد		۹۲/۴۲	۱۰۳/۱	۱۰۲/۹۵	۲/۹۳	۳/۸۱	۳/۴۵
انسجام روانی رفتاردرمانی دیالکتیک		۹۲/۹	۱۰۴/۹۵	۱۰۵/۵	۲/۵۵	۳/۰۷	۴/۲۲
کنترل		۹۴/۶۵	۹۴/۷	۹۵/۰۵	۲/۹۱	۳/۵۲	۳/۳۵

است. مقدار آماره آزمون شاپیرو ویلک نباید معنادار باشد. جدول ۴ نتایج آزمون شاپیرو ویلک را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۴ مندرج است، مقدار آماره آزمون شاپیرو ویلک در تمام گروه‌ها و در تمام مراحل ارزیابی برای توزیع تمام سطوح متغیر انسجم روانی معنادار نیست ($p > 0.05$)، لذا می‌توان گفت توزیع متغیرها نرمال هستند.

جدول ۳ اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد را برای متغیر انسجم روانی در سه گروه و سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، هر چه نوبت اندازه‌گیری بیشتر می‌شود میانگین متغیر انسجم روانی افزایش می‌یابد؛ اما در گروه کنترل نمرات تغییر زیادی در سه مرحله ارزیابی در گروه ندارند. در ادامه جهت بررسی توزیع نرمال داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شده

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو ویلک

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		آماره p	آماره p	آماره p	آماره p	
انسجم روانی	درمان پذیرش و تعهد	۰/۹۳	۰/۱۸۹	۰/۹۶	۰/۴۸۹	۰/۶۲۲
	رفتاردرمانی دیالکتیک	۰/۹۵	۰/۴۳۴	۰/۹۵	۰/۴۰۷	۰/۸۴۵

متغیر انسجم روانی را با اصلاح درجات آزادی با استفاده از آزمون گرین هاوس- گایزر نشان می‌دهد.

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای بررسی اثرات اصلی گروه، زمان و اثر تعاملی زمان و گروه در

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی انسجم روانی

منابع تغییرات	میانگین مجذورات	F	درجات آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	۶۴۳/۹۱	۳۰/۴۹	۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱/۰۰
اثر زمان	۱۶۶۸/۹۱	۱۸۷/۴۶	۱/۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۴۰۵/۷۸	۴۵/۵۸	۲/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰

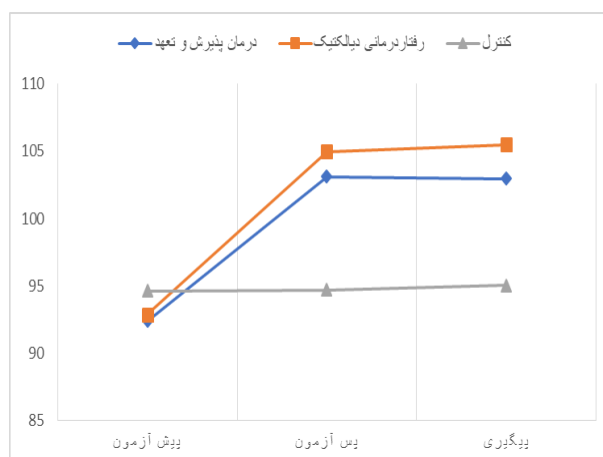
از عضویت گروهی است. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۷۷ درصد تغییرات متغیر انسجم روانی ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد ۶۲ درصد تغییرات واریانس انسجم روانی ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از سطوح گروهی است.

جدول ۶ تفاوت نمرات سه مرحله ارزیابی انسجم روانی را در دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر انسجم روانی نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی زمان معنادار است ($p < 0.001$). از طرفی اثر اصلی گروه نیز معنادار است ($p < 0.001$). همچنین تعامل زمان و گروه هم معنادار است ($p < 0.001$). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می‌دهد که ۵۲ درصد تغییرات متغیر انسجم روانی شرکت‌کنندگان ناشی

جدول ۶. تفاوت نمرات میانگین انسجام روانی بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی

گروه‌ها	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۰/۶۸	۱/۱۳	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۰/۵۳	۱/۱۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶	۰/۳۱	۰/۶۱۵
رفتاردرمانی دیالکتیک	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۲/۰۵	۰/۹۱	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۲/۰۶	۱/۲۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۵۵	۰/۷۴	۰/۴۶۵
کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۰۵	۰/۳۰	۰/۸۷۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۰	۰/۳۱	۰/۲۱۴
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۵	۰/۲۸	۰/۲۳۲



نمودار ۱. نمودار تغییرات انسجام روانی در طول زمان به تفکیک گروه‌ها

که فرضیه اول تأیید نمی‌شود. بدین معنی که بین اثربخشی دو گروه درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک در افزایش میزان انسجام روانی مبتلایان به پرده‌وری تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج نشان داد که هر دو گروه اثربخش بوده‌اند و نتایج باثباتی را نشان دادند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو گروه درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک در افزایش میزان انسجام روانی مبتلایان به پرده‌وری انجام شد. نتایج نشان داد که بین اثربخشی دو گروه درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک در افزایش میزان انسجام روانی مبتلایان به پرده‌وری

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در گروه درمان پذیرش و تعهد بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$)، اما بین پس‌آزمون پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p = 0/615$). در گروه رفتاردرمانی دیالکتیک نیز بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$)؛ اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p = 0/465$). در نهایت نیز بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری و بین پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت

بدین ترتیب آن‌ها می‌توانند در جهتی ارزشمند حرکت کنند و انسجام روان‌شناختی خود را ارتقاء دهند (۳۲).

در خصوص تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش انسجام روانی می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیک برگرفته از نظریه زیستی-اجتماعی است، در این رویکرد اعتقاد بر این است که کژ کنشی هیجانی منجر به مشکلات روانی می‌گردد (۳۳). رفتاردرمانی دیالکتیک با کاهش آسیب‌پذیری هیجانی، منجر به تلاش انطباقی فرد در کاهش خودسرزنی، غم و غصه، هیجانات منفی و ناامیدی و رنج روانی ناشی از پرخوری شده و باعث افزایش حس انسجام روانی می‌شود. همچنین فرد در این رویکرد مهارت‌های نام‌گذاری هیجانات، ارتقاء رفتارهای کارآمد، کاهش تنفر از خود، تشویق به چندجانبه فکر کردن، مدیریت هیجانات به صورت ارادی (قصد متناقض) را می‌آموزد و در نتیجه هیجانات منفی (غم، بی‌انگیزگی، اضطراب و استرس) جای خود را به هیجانات مثبت (تلاش برای شوخ‌طبعی، افزایش خرسندی و خنده) خواهند داد که این موضوع منجر به کاهش رنج هیجانی بیماران مبتلا به پرخوری و افزایش حس انسجام روانی در آنان می‌شود (۳۴).

بر اساس یافته‌های مطالعه، نتیجه‌گیری می‌شود که از میان رویکردهای درمانی مؤثر مختلف برای کمک به بیماران مبتلا به پرخوری در بهبود احساس انسجام روانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان پذیرش و تعهد بسیار مؤثر بوده که می‌تواند به عنوان یک الگوی درمانی و همچنین به عنوان یک درمان در نظر گرفته شود. الگویی برای بهبود احساس انسجام روانی در قالب آموزش انفرادی، زوجی یا کارگاهی که نتیجه طبیعی و مستقیم آن باعث بهبود احساس انسجام روانی در بیماران مبتلا به پرخوری می‌شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شده است و تنها با تلاش و همکاری افراد و نهادها به نتیجه رسیده است. بدین وسیله از تمامی بیماران عزیز که در این پژوهش شرکت کردند و از خانواده‌هایمان که با حمایت‌های بی‌دریغ خود ما را همراهی

تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج نشان داد که هر دو گروه اثربخش بوده‌اند و نتایج باثباتی را در دوره پیگیری نشان دادند. پژوهش مشابهی که به طور دقیق و به همین روش به بررسی مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر انسجام روانی مبتلایان به پرخوری انجام گرفته باشد، یافت نگردید در نتیجه نزدیک‌ترین مطالعات مرتبط مدنظر قرار گرفت. پژوهش بصیری فر و موسوی نژاد (۲۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر میزان انسجام روانی تأثیرگذار است. همچنین پژوهش فیضی خواه و همکاران (۲۸) در مطالعه‌ای خود نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر حس انسجام فردی تأثیرگذار است. در پژوهش حسین زاده و همکاران (۲۹) نیز نشان داده شد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به‌طور معناداری سبب بهبود حس انسجام در زنان بیمار مبتلا به MS شده است.

در تبیین تأثیر هر دو روش آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک بر میزان انسجام روانی می‌توان گفت این درمان به بیمارانی که افکار، رفتار و احساسات آنها آمیخته است، به گونه‌ای که معتقدند افکار آنها عین حقیقت و غیرقابل تغییر است، کمک می‌کند بتوانند بین افکار، رفتار و احساسات تمایز قائل شوند. بررسی افکار و مشخص کردن اینکه کدام یک از آنها درست و غلط است، به بیماران کمک می‌کند به جای اینکه ناامید باشند، بتوانند بر مشکلات غلبه کنند و سلامتی‌شان بهبود یابد (۳۰). فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌دهد چگونه عقیده‌ی بازدارنده فکر را رها کنند، از افکار مزاحم گسلیده شوند، به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کنند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند و در نتیجه‌ی این فرایند سلامت روان و انسجام روانی خود را بهبود بخشند (۳۱). آموزشگران درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنونی مانند آگاهی لحظه‌به‌لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش بی‌قید و شرط مشکل باعث می‌شوند افراد مهارت‌های موردنیاز برای حل مشکل را در خود تقویت کنند تا ضمن شناخت مشکل، مبارزه با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند.

001. 1402. مصوب گردید. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم. امیدواریم نتایج این پژوهش گامی مؤثر در بهبود سلامت روانی بیماران مبتلا به پریشوری باشد. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور با شناسه اخلاق IR. IAU. NEYSHABUR. REC.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

References

1. Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Sense of coherence and physical health. Testing Antonovsky's theory. *The Scientific World Journal*. 2006;6(1):2212-9.
2. McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison KC. Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann N Y Acad Sci*. 2018 Jan;1411(1):96-105. doi: 10.1111/nyas.13467.
3. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018 Jan;9:17-30. doi: 10.2147/AHMT.S148050.
4. Hay P, Ghabrial B, Mannan H, Conti J, Gonzalez-Chica D, Stocks N, et al. General practitioner and mental healthcare use in a community sample of people with diagnostic threshold symptoms of bulimia nervosa, binge-eating disorder, and other eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2020 Jan;53(1):61-8. doi: 10.1002/eat.23174.
5. Shakerinasab M, Zibaei Sani M, Kazemabadi Farahani Z, Ghalehnovi Z. The relationship between perceived stress and social anxiety with psychological cohesion in pandemic crises, with emphasis on Covid 19 patients discharged from Sabzevar Vasei Hospital. *Journal of Clinical Psychology*. 2021 Jun 22;13(Special Issue 2):87-96.
6. Goldberg A, Scharf M, Wiseman H. Sense of coherence and parenting representation among parents of adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Nurs*. 2017 Jul;35:3-7. doi: 10.1016/j.pedn.2017.01.011.
7. Eyni S, Hashemi Z, Tagavi R. Elderly perceived stress: The Predictive role of spiritual well-being, coping strategies, and sense of cohesion. *J Gerontol*. 2019;4(3):25-34. doi: 10.29252/joge.4.2.25.
8. Eindor-Abarbanel A, Naftali T, Ruhimovich N, Bar-Gil Shitrit A, Sklerovsky-Benjaminov F, Konikoff F, et al. Important relation between self-efficacy, sense of coherence, illness perceptions, depression and anxiety in patients with inflammatory bowel disease. *Frontline Gastroenterol*. 2020 Aug 25;12(7):601-7. doi: 10.1136/flgastro-2020-101412.
9. Vagedes J, Kleih T, Belizer C, Svaldi J, Hautzinger M, von Schoen-Angerer T. Sense of coherence in long-term follow-up of adolescents with anorexia nervosa. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2021 Aug 2;75(6):415-9.
10. Latzer Y, Weinberger-Litman SL, Spivak-Lavi Z, Tzischinsky O. Disordered eating pathology and body image among adolescent girls in Israel: The role of sense of coherence. *Community Ment Health J*. 2019 Oct;55:1246-52. doi: 10.1007/s10597-019-00446-0. [Persian].
11. Khakshor Shandiz F, Shahabizadeh F, Ahi Q, Mujahidi M. The effectiveness of dialectical behavior therapy on stress and cognitive flexibility of women with type 2 diabetes. *J Qom Univ Med Sci*. 2021;15(5):358-67. doi: 10.32598/qums.15.5.2373.1. [Persian].
12. Arabzadeh A, Nemati M, Turkman Menesh A, Faramarzi F. The effectiveness of dialectical behavior therapy on increasing self-compassion and psychological well-being and decreasing blood pressure in individuals with substance abuse. *Sci Q Res Addict*. 2022;15(62):261-88. doi: 10.52547/etiadjpajohi.15.62.261. [Persian].
13. Flynn D, Kells M, Joyce M. Dialectical behaviour therapy: Implementation of an evidence-based intervention for borderline personality disorder in public health systems. *Curr Opin Psychol*. 2021;37:152-7. doi: 10.1016/j.copsyc.2021.01.002.
14. Kim H, Yeo J. Impact of sexual attitude and marital intimacy on sexual satisfaction in pregnant couples: An application of the actor-partner interdependence model. *Korean J Women Health Nurs*. 2017;23(3):201. doi: 10.4069/kjwhn.2017.23.3.201.

15. Cohen J, Norona JC, Yadavia JE, Borsari B. Affirmative dialectical behavior therapy skills training with sexual minority veterans. *Cogn Behav Pract*. 2021;28(1):77-91. doi: 10.1016/j.cbpra.2020.05.008.
16. Shirasawa T, Ochiai H, Nanri H, Nishimura R, Ohtsu T, Hoshino H, Tajima N, Kokaze A. The relationship between distorted body image and lifestyle among Japanese adolescents: a population-based study. *Archives of public health*. 2015 Dec;73:1-7.
17. Masrou S, Toozandehjani H. The Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy on Anxiety Sensitivity and Body Image in Female Bulimia Nervosa Patients. *J Clin Psychol*. 2019;11(1):37-48. doi: 10.22075/jcp.2019.17042.1613. [Persian].
18. Hayes S, Strosahl KD, Wilson K. *Acceptance and Commitment Therapy: Second edition, the process and practice of mindful change*. New York: Guilford; 2012.
19. Radmehr S, Jadidi M, Golestanipour M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on emotion regulation and blood pressure reduction in people with coronary heart disease. *J Psychol Sci*. 2023 Nov;22(128). doi: 10.52547/JPS.22.128.1619. [Persian].
20. Ashrafi S, Bahrainian A, Hajjalizadeh K, Delavar A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Bulimia Nervosa in Overweight Women. *RBS*. 2020;18(2):182-91. doi: 10.52547/rbs.18.2.182. [Persian].
21. Erfani E, Rafiepoor A, Ahadi M, Sarami Foroushani G. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotion regulation and psychological well-being in men with bulimia nervosa. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2022;65(1):116-25. doi: 10.22038/mjms.2022.63361.3714. [Persian].
22. Gormally JI, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*. 1982 Jan 1;7(1):47-55.
23. Molodi R, Dejkam M, Muttabi F, Omidre N. Comparison of primary maladaptive schemas in obese individuals with binge eating disorder and without binge eating disorder. *J Behav Sci*. 2010;4(2):109-14.
24. Alipour A, Sharif N. Validity and reliability of the Sense of Coherence (SOC) questionnaire in university students. *Pajoohande*. 2012;17(1):50-6. Available from: <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1276-fa.html> [Persian].
25. Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*. 2010 Mar 1;48(3):238-45.
26. Safer DL, Telch CF, Chen EY. *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Guilford Press; 2009 May 20.
27. Basirifar M, Mosavinezhad SM. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Distress Tolerance and Sense of Coherence in Infertile Women in Mashhad. *J Health Res Commun*. 2022;8(1):81-92. doi: 10.1001.1.24236772.1401.8.1.8.1. [Persian].
28. Faizykhah F, Hassanzadeh R, Abbasi AA. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy with resilience training on the sense of personal cohesion and emotional divorce in women seeking divorce. *Soc Health*. 2021;8:152-66. doi: 10.22037/ch.v8i2.31342. [Persian].
29. Hoseinzad A, Khademi A, Tasbihsazan R, Khalilzadeh R. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in the Sense of Coherence and Self-compassion of Women with Multiple Sclerosis. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2023;31(3):208-16. doi: 10.32592/ajnmc.31.3.208. [Persian].
30. Sarizadeh MS, Rafieinia P, Sabahi P, Tamaddon M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on subjective well-being among hemodialysis patients: A randomized clinical trial study. *Koomesh*. 2019; 21(1): 61-66.
31. Kaviani Z, Bakhtiarpour S, Heydari A, Asgari P, Iftikhar Saadi Z. Investigating the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on resilience and dysfunctional attitudes of women with MS in Tehran. *Knowl Res Appl Psychol*. 2019;21(1):84-92. doi: 10.30486/jsrp.2019.581585.1627. [Persian].
32. Han J, Zhang L, Liu Y, Zhang C, Zhang Y, Tang R, et al. Effect of a group-based acceptance and commitment therapy programme on the mental health of clinical nurses during the COVID-19 sporadic outbreak period. *J Nurs Manag*. 2022 Oct;30(7):3005-12. doi: 10.1111/JONM.13696.

33. Pahlavan F, Ramezani K, Rasouli Y. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Basic Psychological Needs and Health Hardiness in Patients with Type 2 Diabetes. *J Health Promot Manag.* 2022 Oct;11(5):66-79. doi: 10.22034/JHPM.11.5.66. [Persian].
34. Rouhi M, Manzari Tavakoli A, Tajrobehkar M. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on coherent self-knowledge, emotional regulation and life quality of hemodialysis patients. *Shenakht J Psychol Psychiatry.* 2023;10(2):131-46. doi: 10.325. [Persian].

Original Article

Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy with Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Coherence in Binge Eating Patients

Received: 09/02/2024 - Accepted: 14/06/2024

Monica Vakili¹
Zahra Bagherzadeh Golmakani^{2*}
Mustafa Bolghan-Abadi³

¹ Ph. D student in Psychology,
Department of psychology, Neyshabur
Branch, Islamic Azad University,
Neyshabur, Iran.

² Department of Psychology,
Neyshabur Branch, Islamic Azad
University, Neyshabur, Iran.
(Corresponding Author)

³ Department of psychology, Neyshabur
Branch, Islamic Azad University,
Neyshabur, Iran.

Email: z.bagherzadeh@iau-neyshabur.ac.ir

Abstract

Introduction: Eating disorders are one of the most common mental/psychophysical disorders that cause many problems in physical health, mental functioning and quality of life. Despite the fact that binge eating disorder is considered the most common eating disorder, it has not been studied much. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy with acceptance and commitment therapy on psychological coherence in binge eating patients.

Methods: The present study was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test and follow-up with a control group. The statistical population included obese and overweight women aged 18 to 45 suffering from overeating in Karaj, who had regularly visited the Overeaters Anonymous Association in Karaj in 2022-2023. From among, using the convenient sampling method, 60 individuals were randomly selected and matched in terms of the scores of the overeating questionnaire and the doctor's diagnosis. They were equally assigned to two groups (20 people in the dialectical behavior therapy group and 20 people in the acceptance and commitment therapy group) and the control group (20 people). After the pre-test, the subjects in the experimental group received the dialectical behavior therapy protocol using the book "Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Psychotic Anorexia: A Practical Guide for Clinical Experts" written by Debra Safer (2019) during 12 two-hour sessions. They also received the treatment plan protocol of the acceptance and commitment approach based on Hayes, Stroschall, and Wilson (2009), Twohig (2012), and Hayes et al. (2013) during 12 two-hour group sessions. Then the post-test stage and three months later follow-up were conducted. The instrument was Felsenberg's psychological coherence questionnaire (2006). The data obtained from this research were analyzed using SPSS-27 software.

Results: The results showed that there is no significant difference between the effectiveness of two groups of acceptance and commitment therapy and dialectical behavior therapy in increasing the level of psychological coherence. The results showed that both groups were effective and showed stable results.

Conclusion: Considering the findings, it can be concluded that the treatment based on acceptance and commitment and dialectical behavior therapy can increase the level of psychological coherence of patients with binge eating. Therefore, it is recommended that therapists use these approaches as an effective treatment to increase the psychological coherence of patients with binge eating.

Keywords: dialectical behavior therapy, acceptance and commitment therapy, psychological coherence, overeating.