

مقاله اصلی

تدوین و اعتباریابی بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال پرخوری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۱۲

خلاصه

مقدمه: اختلال پرخوری به عنوان شایع ترین اختلال خوردن، پیامدهای گسترده‌ای در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی به همراه دارد. پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال پرخوری انجام شد.

روش کار: این مطالعه در چارچوب رویکرد کیفی و با روش پدیدارشناسی انجام گرفت. مشارکت کنندگان شامل ۲۵ زن مبتلا به اختلال پرخوری بودند که به شیوه نمونه گیری هدفمند و تا رسیدن به اشباع داده‌ها انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته گردآوری و با استفاده از روش هفت مرحله‌ای کلایزی تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها منجر به استخراج ۴ مضمون اصلی، ۱۸ زیرمضمون و ۹۹ واحد معنایی شد که بازتاب‌دهنده پیشایندهای علی، بسترهای زمینه‌ساز، کنش‌های تکانشی پس از پرخوری و پیامدهای آن بود. بر اساس مضامین استخراج شده و با بهره گیری از مبانی نظری و رویکردهای درمانی مرتبط، بسته خودیاری در قالب ۱۲ جلسه ۱۸۰ دقیقه‌ای طراحی گردید. به منظور بررسی روایی محتوایی، بسته تدوین شده در اختیار ۱۶ نفر از متخصصان حوزه اختلالات خوردن قرار گرفت و شاخص‌های روایی آن مورد تأیید واقع شد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته از انسجام نظری، تناسب محتوایی و اعتبار تخصصی کافی برخوردار است و می‌تواند به عنوان یک مداخله ساختاریافته در حوزه اختلال پرخوری مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: اختلال پرخوری، بسته خودیاری، تجارب زیسته، پدیدارشناسی، اعتباریابی

مهسا مغنی یزدی^۱

شیرین کوشکی^{۲*}

فاطمه گلشنی^۳

^۱گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی،

تهران، ایران

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

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی،

تهران، ایران

Email: shi.kooshki@iauctp.ac.ir

مقدمه

اختلالات خوردن از مهم‌ترین چالش‌های سلامت روان در دهه‌های اخیر به شمار می‌روند و با اختلال در الگوهای خوردن، اشتغال ذهنی افراطی نسبت به وزن و شکل بدن و تجربه هیجان‌های منفی پایدار همراه هستند. بر اساس گزارش‌های اپیدمیولوژیک، شیوع این اختلالات در حال افزایش است و پیامدهای گسترده‌ای در حوزه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی بر جای می‌گذارد. گزارشی نشان می‌دهد حدود ۹ درصد جمعیت ایالات متحده و نزدیک به ۸ درصد جمعیت جهان در طول زندگی خود یکی از انواع اختلالات خوردن را تجربه می‌کنند. این اختلالات غالباً با افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال مصرف مواد همبود هستند (۱). در میان انواع اختلالات خوردن، اختلال پرخوری به‌عنوان شایع‌ترین تشخیص شناخته می‌شود و برخلاف بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی، با دوره‌های مکرر پرخوری بدون رفتارهای جبرانی مشخص می‌گردد. روندهای جهانی حاکی از افزایش تدریجی شیوع این اختلال در سال‌های اخیر است (۲).

اختلال پرخوری به‌عنوان یک طبقه تشخیصی مستقل معرفی شده است. ملاک‌های تشخیصی شامل وقوع حداقل یک دوره پرخوری در هفته به مدت سه ماه، همراه با احساس فقدان کنترل و تجربه هیجان‌هایی نظیر شرم و گناه است. همچنین پرخوری باید با نشانه‌هایی همچون سریع غذاخوردن، خوردن در غیاب گرسنگی جسمانی، غذاخوردن در تنهایی به دلیل خجالت و تجربه آشفتگی هیجانی پس از آن همراه باشد (۳). شیوع مادام‌العمر اختلال پرخوری در زنان حدود ۲ درصد و در مردان حدود ۱ درصد گزارش شده و در افراد دارای اضافه‌وزن یا چاقی به بیش از ۳۰ درصد می‌رسد. افزون بر این، پیامدهای جسمانی نظیر دیابت نوع دو، فشارخون بالا و مشکلات قلبی-عروقی در این بیماران شایع است (۴).

یکی از سازوکارهای اساسی در تبیین و تداوم اختلال پرخوری، دشواری در تنظیم هیجان است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد هیجان‌های منفی پیش از دوره‌های پرخوری افزایش می‌یابند و

پرخوری به‌منزله راهبردی ناسازگارانه برای کاهش یا اجتناب از تجربه هیجان‌های آزارنده عمل می‌کند (۵). دشواری در تنظیم هیجان شدت نشانه‌های پرخوری را فراتر از متغیرهایی نظیر سن، جنسیت و خلق منفی پیش‌بینی می‌کند. در همین راستا، ژوو و همکاران (۶) تنظیم هیجان را یک عامل خطر فراتشخیصی در اختلالات خوردن معرفی کرده‌اند. افراد مبتلا به اختلال پرخوری بیشتر از راهبردهایی چون سرکوب، نشخوار فکری و اجتناب هیجانی استفاده می‌کنند و در پذیرش پاسخ‌های هیجانی، شفافیت هیجانی و کنترل تکانه با مشکل مواجه‌اند (۷).

مدل‌های نظری متعددی رابطه میان اختلال پرخوری و تنظیم هیجان را تبیین کرده‌اند. مدل «فرار از خودآگاهی» پرخوری را تلاشی برای گریز از ارزیابی منفی خود می‌داند و مدل تنظیم هیجان، آن را راهبردی آموخته‌شده برای کاهش هیجان منفی تلقی می‌کند. در مدل فراتشخیصی اختلالات خوردن، عواملی نظیر کمال‌گرایی بالینی، عزت‌نفس پایین، مشکلات بین‌فردی و عدم تحمل خلق به‌عنوان عوامل نگهدارنده مطرح شده‌اند (۸-۹). با وجود اثربخشی درمان‌های استاندارد، حدود نیمی از بیماران پاسخ کامل دریافت نمی‌کنند و میزان عود در سال نخست پس از درمان قابل توجه است (۱، ۱۰). این یافته‌ها ضرورت توسعه مداخلاتی را برجسته می‌سازد که فراتر از تمرکز صرف بر وزن و شکل بدن، بر سازوکارهای هیجانی و بافت فرهنگی نیز توجه داشته باشند.

در دهه اخیر، مداخلات خودیاری هدایت‌شده مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان گزینه‌ای کم‌هزینه و در دسترس برای درمان اختلال پرخوری مطرح شده‌اند. دستورالعمل‌های خودیاری هدایت‌شده مبتنی بر CBT را به‌عنوان خط اول درمان برای بزرگسالان مبتلا به اختلال پرخوری توصیه کرده‌اند (۱۱-۱۲). مرورهای نظام‌مند نشان می‌دهد این مداخلات در کاهش دفعات پرخوری و نشانه‌های روانشناختی مرتبط مؤثرند و در برخی موارد اثربخشی مشابه درمان‌های حضوری طولانی‌تر دارند (۱۳). افزوده شدن راهنما یا مربی به فرایند خودیاری، میزان پایداری و پیامدهای درمانی را بهبود می‌بخشد (۱۴).

با وجود این پیشرفت‌ها، بخش عمده‌ای از برنامه‌های خودیاری بر اساس مدل‌های غربی طراحی شده‌اند و ممکن است تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و جنسیتی را به‌طور کامل در نظر نگیرند. مطالعات نشان داده‌اند که مفهوم بدن، ایده‌آل‌های زیبایی و تجربه شرم و انگ اجتماعی در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است و این تفاوت‌ها می‌تواند بر شکل‌گیری و تداوم اختلال پرخوری اثرگذار باشد (۱۵). در ایران نیز عوامل فرهنگی، هنجارهای جنسیتی و نگرش‌های اجتماعی نسبت به بدن و وزن می‌تواند تجربه زیسته زنان مبتلا به پرخوری را تحت تأثیر قرار دهد (۱۶). با این حال، شواهد تجربی بومی برای طراحی مداخلات متناسب با این زمینه فرهنگی محدود است (۱۷).

رویکرد مبتنی بر تجربه زیسته در سال‌های اخیر به‌عنوان پارادایمی نوین در پژوهش‌های سلامت روان مطرح شده است. مشارکت افراد دارای تجربه زیسته در طراحی و اجرای مداخلات، می‌تواند به ارتقای تناسب فرهنگی، پذیرش‌پذیری و اثربخشی برنامه‌ها منجر شود (۱۸). کنی و همکاران (۱۹) نشان داده‌اند که افراد دارای تجربه زیسته بینش‌های ارزشمندی درباره فرایند بهبودی و عوامل تسهیل‌کننده تغییر ارائه می‌کنند. ریس و همکاران (۲۰) نیز بر ضرورت حرکت به‌سوی رویکردهای بیمارمحور و درک عمیق‌تر نیازهای پیچیده بیماران مبتلا به اختلال پرخوری تأکید کرده‌اند.

از سوی دیگر، شکاف میان نیاز به خدمات سلامت روان و دسترسی به درمان‌های مبتنی بر شواهد همچنان پابرجاست؛ عواملی همچون انگ اجتماعی، هزینه‌های درمان، کمبود متخصصان و محدودیت دسترسی در مناطق کم‌برخوردار مانع دریافت خدمات به‌موقع می‌شود (۲۱). در چنین شرایطی، تدوین بسته‌های خودیاری هدایت‌شده که بر تجارب زیسته زنان ایرانی مبتلا به اختلال پرخوری استوار باشد، می‌تواند گامی مؤثر در جهت افزایش دسترسی، کاهش انگ و ارتقای کارآمدی درمان باشد.

بر این اساس، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روش کیفی پدیدارشناسی به استخراج مضامین اصلی تجربه زیسته زنان مبتلا

به اختلال پرخوری پرداخته و سپس بر مبنای یافته‌های حاصل و چارچوب‌های نظری معتبر، اقدام به تدوین و اعتباریابی بسته خودیاری هدایت‌شده نموده است. این مطالعه در پی پاسخ به این پرسش اساسی است که آیا می‌توان با تکیه بر دانش برخاسته از تجربه زیسته و انطباق آن با مبانی نظری، بسته‌ای منسجم، معتبر و متناسب با بافت فرهنگی زنان ایرانی طراحی کرد؟ انتظار می‌رود نتایج این پژوهش علاوه بر غنای ادبیات نظری در حوزه سبب‌شناسی و درمان اختلال پرخوری، زمینه‌ساز توسعه مداخلات بومی، مقرون‌به‌صرفه و در دسترس در نظام سلامت روان کشور باشد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کاربردی با رویکرد آمیخته (کیفی-کمی) بود که در دو مرحله متوالی اجرا شد. مقاله حاضر به گزارش مرحله نخست پژوهش اختصاص دارد که با هدف استخراج تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال پرخوری و تدوین و اعتباریابی بسته خودیاری مبتنی بر این تجارب انجام شد. در بخش کیفی از رویکرد پدیدارشناسی توصیفی استفاده گردید تا ماهیت و ساختار تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان نسبت به پرخوری، پیشایندها، تداوم‌بخش‌ها و پیامدهای آن شناسایی شود. جامعه پژوهش شامل زنان مراجعه‌کننده به مراکز رژیم‌درمانی و مشاوره روان‌شناختی شهر قزوین در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند انجام شد و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت؛ در نهایت ۲۵ زن مبتلا به اختلال پرخوری در مطالعه شرکت کردند. معیارهای ورود شامل کسب نمره بالاتر از نقطه برش در خرده‌مقیاس پرخوری پرسش‌نامه تشخیصی اختلال‌های خوردن، سن ۲۰ تا ۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، نداشتن اختلالات شدید روان‌پزشکی و تمایل به مشارکت بود.

برای غربالگری و احراز معیار ورود از پرسش‌نامه تشخیصی اختلال‌های خوردن استفاده شد که ابزاری ۲۲ سؤالی برای ارزیابی نشانه‌های اختلالات خوردن است و در این پژوهش خرده‌مقیاس اختلال پرخوری آن ملاک قرار گرفت. این مقیاس در مطالعات پیشین از پایایی و روایی مطلوب برخوردار بوده و

زیرمضمون و ۹۹ واحد معنایی استخراج شد که چارچوب مفهومی طراحی بسته خودیاری را شکل داد. بر اساس مضامین به دست آمده و با بهره گیری از رویکردهای درمانی معتبر در حوزه اختلالات خوردن، نسخه اولیه بسته خودیاری در ۱۸ جلسه تدوین شد و پس از بازبینی تخصصی، در قالب ۱۲ جلسه ۱۸۰ دقیقه‌ای نهایی گردید. به منظور بررسی روایی محتوایی، بسته طراحی شده در اختیار ۱۶ متخصص حوزه روان‌شناسی و مشاوره با تجربه درمان اختلالات خوردن قرار گرفت و شاخص‌های نسبت روایی محتوا (CVR)، شاخص روایی محتوا (CVI) و ضریب کاپای کوهن برای سنجش میزان توافق داوران محاسبه شد. نتایج نشان داد تمامی جلسات بسته از شاخص‌های روایی بالاتر از حد قابل قبول برخوردار بوده و بسته تدوین شده از نظر متخصصان مناسب و معتبر ارزیابی شد. تمامی مراحل پژوهش با رعایت اصول اخلاقی، اخذ رضایت آگاهانه و حفظ محرمانگی اطلاعات انجام گرفت.

نسخه فارسی آن نیز ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبولی نشان داده است. گردآوری داده‌های کیفی از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انجام شد. راهنمای مصاحبه با مرور ادبیات پژوهش و مشورت با متخصصان تدوین و پس از اجرای مقدماتی اصلاح شد. هر مصاحبه بین ۵۰ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید و با رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان ضبط و سپس به صورت کلمه به کلمه پیاده‌سازی گردید.

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش هفت مرحله‌ای کلایزی انجام شد که شامل مطالعه مکرر متون، استخراج عبارات معنادار، صورت‌بندی معانی، خوشه‌بندی در قالب مضامین، تدوین توصیف جامع، استخراج ساختار اساسی تجربه و بازگشت به مشارکت کنندگان برای تأیید یافته‌ها بود. به منظور افزایش اعتبار و اعتمادپذیری، بخشی از تحلیل توسط پژوهشگر دوم بررسی شد و مضامین نهایی برای تأیید در اختیار تعدادی از مشارکت کنندگان قرار گرفت. در نهایت، ۴ مضمون اصلی، ۱۸

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی متخصصان و درمانگران ارزیابی کننده بسته خودیاری اختلال پرخوری

ردیف	جنس	سن	تحصیلات	شغل	رویکرد درمانی	سابقه کار بالینی (به سال)
۱	زن	۴۷	دکتری روانشناسی سلامت	روان‌درمانگر	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۸
۲	زن	۵۳	دکتری مشاوره	مشاور	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۶
۳	مرد	۵۹	دکتری مشاوره	مشاور	درمان هیجان‌مدار	۹
۴	زن	۴۴	دکتری روانشناسی	روان‌درمانگر	درمان هیجان‌مدار	۲
۵	زن	۴۰	دکتری روانشناسی	روان‌درمانگر	درمان شناختی-رفتاری/طرحواره درمانی	۵
۶	زن	۴۶	دکتری مشاوره	مشاور	درمان شناختی-رفتاری	۶
۷	زن	۶۱	دکتری مشاوره	مشاور	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.	۸
۸	زن	۳۹	کارشناسی ارشد	روان‌درمانگر	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.	۱۱
۹	زن	۵۸	دکتری مشاوره	مشاور	درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر شفقت	۴
۱۰	زن	۴۶	دکتری بالینی	روان‌درمانگر	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت	۴
۱۱	مرد	۴۵	دکتری مشاوره	مشاور	طرحواره درمانی، شناختی-رفتاری	۸
۱۲	زن	۴۱	دکتری مشاوره	مشاور	طرحواره درمانی، شناختی-رفتاری	۳
۱۳	مرد	۳۹	دکتری بالینی	روان‌درمانگر	ارتباط بین فردی	۵
۱۴	مرد	۳۸	دکتری مشاوره	مشاور	ارتباط بین فردی	۴
۱۵	مرد	۴۴	دکتری سلامت	روان‌درمانگر	درمان هیجان‌مدار	۵
۱۶	زن	۴۸	دکتری سلامت	روان‌درمانگر	درمان شناختی-رفتاری	۶

نتایج

کنش‌های تکانشی پس از پرخوری، و (۴) پیامدهای اختلال پرخوری بود. این مضامین، ساختار چرخه‌ای تجربه زیسته پرخوری را از مرحله پیشایندها تا پیامدها و بازتولید مجدد رفتار نشان دادند. جدول ۱، خلاصه مضامین اصلی و زیرمضامین استخراج شده را نشان می‌دهد.

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۵ زن مبتلا به اختلال پرخوری، با استفاده از روش پدیدارشناسی توصیفی، به استخراج ۹۹ واحد معنایی، ۱۸ زیرمضمون و ۴ مضمون اصلی انجامید. مضامین اصلی شامل: (۱) پیشایندهای علی اختلال پرخوری، (۲) بسترسازهای اختلال پرخوری، (۳)

جدول ۱. مضامین اصلی و زیرمضامین استخراج شده از تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال پرخوری

مضامین اصلی	زیرمضامین محوری
پیشایندهای علی اختلال پرخوری	پیشایندهای روان‌شناختی-هیجانی؛ ذهنیت‌های تنش‌زا؛ پیشایندهای بین‌فردی-سیستمی؛ پیشایندهای فرهنگی؛ نگرش‌های منفی
بسترسازهای اختلال پرخوری	ضعف در تنظیم هیجان؛ بسترسازهای شخصیتی؛ بسترسازهای روان‌شناختی؛ طرحواره‌های ناکارآمد
کنش‌های تکانشی پس از پرخوری	هیجان‌های منفی پس از پرخوری؛ افکار منفی تکرارشونده؛ تصمیمات اصلاحی هیجانی؛ راهبردهای ناکارآمد کنترل و پیشگیری
پیامدهای اختلال پرخوری	پیامدهای روان‌شناختی؛ پیامدهای جسمی؛ تسکین‌دهندگی کوتاه‌مدت و تخریب‌گری بلندمدت؛ الگوهای خودارزشی منفی (من خوب نیستم)

پیشایندهای علی اختلال پرخوری

یافته‌ها نشان دادند که پرخوری در بستر مجموعه‌ای از عوامل هیجانی، شناختی، بین‌فردی و فرهنگی شکل می‌گیرد. در سطح فردی، نشخوار فکری، اضطراب، خلق منفی، تکانشگری و عزت‌نفس پایین از مهم‌ترین محرک‌های اولیه بودند. در سطح شناختی، ذهنیت‌های تنش‌زا شامل نگرانی افراطی درباره چاقی، تصویر بدنی منفی، نیاز شدید به تأیید اجتماعی و ترس از طرد شدن نقش برجسته‌ای داشتند. در بعد بین‌فردی، تعارض‌های زناشویی و خانوادگی، احساس تنهایی و فشار اجتماعی برای رفتار مناسب در جمع به‌عنوان محرک‌های موقعیتی پرخوری گزارش شد. همچنین فشارهای فرهنگی برای دستیابی به بدن ایده‌آل و درونی‌سازی استانداردهای لاغری، زمینه‌ساز اشتغال ذهنی و سواس گونه نسبت به وزن و ظاهر بودند.

بسترسازهای اختلال پرخوری

دومین مضمون اصلی به عوامل پایدار و زمینه‌ای اشاره داشت که آسیب‌پذیری فرد را افزایش می‌دادند. ضعف در تنظیم هیجان،

شامل ناتوانی در شناسایی، پذیرش و ابراز هیجان‌ها، هسته مرکزی این بخش بود. افزون بر این، ویژگی‌های شخصیتی مانند کمال‌گرایی، روان‌رنجوری و تحریک‌پذیری بالا، و نیز عوامل روان‌شناختی نظیر خودکارآمدی پایین، بازداری رفتاری ضعیف و دلبستگی ناایمن مشاهده شد. طرحواره‌های ناکارآمدی همچون رهاشدگی، بی‌ارزشی، شکست و معیارهای سخت‌گیرانه نیز در روایت‌های مشارکت‌کنندگان تکرار شدند و با فعال‌سازی چرخه شرم و خودانتقادی، پرخوری را تشدید می‌کردند.

کنش‌ها و پیامدهای پس از پرخوری

تجربه پس از پرخوری با هیجان‌هایی چون غم، خشم، گناه و حقارت همراه بود. این هیجان‌ها با افکار منفی تکرارشونده شامل خودسرزنشگری، القای بی‌کفایتی و احساس تغییرناپذیری تشدید می‌شدند. اگرچه برخی مشارکت‌کنندگان تصمیمات اصلاحی مانند رژیم‌درمانی یا ورزش اتخاذ می‌کردند، اما غالباً از راهبردهای ناکارآمدی همچون سرکوب فکر، تنبیه خود یا کنترل افراطی استفاده می‌کردند که به تداوم چرخه منجر می‌شد.

یافته‌های مربوط به تدوین بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته

بر اساس مضامین استخراج شده از بخش کیفی و با تلفیق آن‌ها با رویکردهای درمانی معتبر در حوزه اختلالات خوردن، نسخه اولیه بسته خودیاری در قالب ۱۸ جلسه طراحی شد. چارچوب کلی بسته بر شش مؤلفه اصلی شامل مؤلفه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری، ارتباطی، خانوادگی-سیستمی و اجتماعی-فرهنگی استوار است. هر جلسه با توجه به یکی از ابعاد چرخه شکل‌گیری و تداوم پرخوری (پیشایندها، بسترسازها، کنش‌ها و پیامدها) طراحی شده و ترکیب مؤلفه‌ها متناسب با هدف همان جلسه تنظیم گردیده است. جدول ۱ ساختار خلاصه و جامع جلسات بسته خودیاری و مؤلفه‌های پوشش داده شده در هر جلسه را نشان می‌دهد.

در حوزه پیامدها، پرخوری علاوه بر آسیب به عزت نفس، گوشه‌گیری اجتماعی و اختلال خواب، با مشکلات جسمی نظیر ناراحتی‌های گوارشی و اختلالات هورمونی همراه بود. با این حال، یکی از یافته‌های مهم، تجربه «تسکین‌دهندگی کوتاه‌مدت» بود؛ به این معنا که پرخوری به‌طور موقت تنش هیجانی را کاهش می‌داد و چرخه نشخوار فکری را متوقف می‌کرد، اما در بلندمدت موجب تشدید شرم، خودتخریبی و تثبیت باورهای مرکزی منفی درباره خود و دیگران می‌شد. این چرخه معیوب، پرخوری را به‌عنوان راهبردی ناکارآمد برای تنظیم هیجان تثبیت می‌کرد.

جدول ۲. ساختار و محتوای جلسات بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال پرخوری

جلسه	عنوان جلسه	تمرکز محتوایی و اهداف اصلی	مؤلفه‌های مداخله‌ای
۱	پیشایندهای روان‌شناختی-هیجانی	شناسایی افکار خودکار، آموزش تنظیم هیجان، تحلیل کارکردی چرخه پرخوری، مهار تکانشگری	شناختی، هیجانی، رفتاری، ارتباطی (غیرمستقیم)
۲	ذهنیت‌های تنش‌زا	بازسازی باورهای بدنی، کاهش شرم و خودانتقادی، شفقت به خود، کاهش فشار رسانه‌ای	شناختی، هیجانی، رفتاری، ارتباطی (غیرمستقیم)، فرهنگی
۳	پیشایندهای بین فردی-سیستمی	تحلیل تعارض‌های خانوادگی، بهبود الگوهای ارتباطی، آموزش «پیام من»، ایفای نقش	شناختی، هیجانی، رفتاری، ارتباطی، خانوادگی-سیستمی
۴	پیشایندهای فرهنگی	اصلاح باورهای تحریف شده درباره بدن، کاهش مقایسه اجتماعی، آگاهی از فشار فرهنگی	شناختی، هیجانی، رفتاری، فرهنگی، خانوادگی (آموزش روانی)
۵	نگرش‌های منفی سوق‌دهنده	شناسایی طرحواره‌ها، گسلسن شناختی، فعال‌سازی بزرگسال سالم	شناختی، هیجانی، رفتاری
۶	ضعف در تنظیم هیجان	آموزش مدل بدن‌تنظیمی هیجان، ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، بیان سالم هیجان	شناختی، هیجانی، رفتاری، ارتباطی
۷	بسترسازهای شخصیتی	مدیریت کمال‌گرایی و خودانتقادی، تحمل ناکامی، کنترل تکانه	شناختی، هیجانی، رفتاری
۸	بسترسازهای روان‌شناختی	افزایش خودکارآمدی، پذیرش هیجان، خودتنظیمی و رفتار متعهدانه	شناختی، هیجانی، رفتاری
۹	طرحواره‌های ناکارآمد	شناسایی و بازسازی باورهای مرکزی، تحمل هیجان‌های مرتبط، رفتار جایگزین سالم	شناختی، هیجانی، رفتاری
۱۰	هیجان‌های منفی پس از پرخوری	پردازش هیجان، پذیرش و شفقت به خود، عمل متضاد با هیجان	شناختی، هیجانی، رفتاری
۱۱	افکار منفی تکرار شونده	چالش و بازسازی افکار منفی، کاهش خودسرزنشگری، رفتار متعهدانه	شناختی، هیجانی، رفتاری
۱۲	تصمیمات اصلاحی هیجانی	تصمیم‌گیری مبتنی بر ارزش‌ها، مدیریت هیجان پس از پرخوری	شناختی، هیجانی، رفتاری

برنامه عملی سازگاران			
۱۳	روش های ناکارآمد	ناهمجوشی شناختی، پذیرش، مواجهه تدریجی، کاهش کنترل بیرونی خانواده	شناختی، هیجانی، رفتاری، ارتباطی، خانوادگی - سیستمی، فرهنگی (غیرمستقیم)
۱۴	پیشگیرانه/درمانی	بازسازی طرحواره های شرم، تنظیم هیجان، کاهش انزوا	شناختی، هیجانی، رفتاری، ارتباطی (غیرمستقیم)، فرهنگی (غیرمستقیم)
۱۵	پیامدهای جسمی	آموزش اثرات جسمی، پذیرش واکنش های بدنی، مراقبت از بدن و هماهنگی پزشکی	شناختی، هیجانی، رفتاری، ارتباطی
۱۶	تسکین کوتاه مدت/تخریب بلندمدت	تحلیل چرخه پرخوری، افزایش آگاهی از پیامدها، جایگزینی لذت سالم	شناختی، هیجانی، رفتاری
۱۷	من خوب نیستم/دیگران خوب هستند	بازسازی باورهای منفی درباره خود، کاهش شرم، تقویت مهارت های ارتباطی	شناختی، هیجانی، رفتاری، ارتباطی، فرهنگی (غیرمستقیم)
۱۸	من خوب نیستم/دیگران خوب نیستند	بازسازی باورهای منفی درباره خود و دیگران، کاهش هراس از صمیمیت، تقویت مهارت اجتماعی	شناختی، هیجانی، رفتاری، ارتباطی، فرهنگی (غیرمستقیم)

همان گونه که جدول ۲ نشان می دهد، بسته خودیاری تدوین شده ساختاری چندبعدی و یکپارچه دارد و تلاش می کند چرخه پرخوری را از مرحله پیشایندها تا پیامدهای فردی و بین فردی پوشش دهد. بیشترین تأکید جلسات بر مؤلفه های شناختی، هیجانی و رفتاری است؛ با این حال، در جلساتی که نقش روابط، خانواده یا فشارهای اجتماعی برجسته بوده است، مؤلفه های ارتباطی، خانوادگی-سیستمی و فرهنگی نیز به صورت مستقیم یا غیرمستقیم لحاظ شده اند. این ساختار نشان می دهد که بسته تدوین شده نه تنها به اصلاح نشانه های رفتاری پرخوری می پردازد، بلکه با تمرکز بر تنظیم هیجان، بازسازی باورهای مرکزی، بهبود روابط بین فردی و کاهش فشارهای فرهنگی،

رویکردی جامع و مبتنی بر تجربه زیسته زنان مبتلا به اختلال پرخوری ارائه می دهد.

یافته های مربوط به تدوین و اعتبارسنجی بسته خودیاری

بر اساس مضامین کیفی و تطبیق آن ها با رویکردهای درمانی معتبر (شناختی-رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی، درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت)، بسته اولیه ای در ۱۸ جلسه تدوین شد. این بسته شش مؤلفه اصلی شناختی، هیجانی، رفتاری، ارتباطی، خانوادگی-سیستمی و فرهنگی را پوشش می داد.

جدول ۳. ضرایب روایی محتوایی جلسات بسته خودیاری

شماره جلسه	CVR	CVI	سطح اعتبار
۱	۰٫۹۵	۰٫۹۸	خوب
۲	۰٫۳۲	۰٫۵۸	ضعیف
۳	۰٫۷۸	۰٫۹۳	خوب
۴	۰٫۶۸	۰٫۸۸	متوسط
۵	۰٫۶۲	۰٫۸۲	متوسط
۶	۰٫۸۲	۰٫۹۴	خوب
۷	۰٫۷۱	۰٫۹۱	خوب
۸	۰٫۸۸	۰٫۹۶	خوب
۹	۰٫۶۹	۰٫۸۹	متوسط
۱۰	۰٫۸۵	۰٫۹۵	خوب

۱۱	۰,۹۱	۰,۹۷	خوب
۱۲	۰,۵۵	۰,۷۵	متوسط
۱۳	۰,۷۴	۰,۹۲	خوب
۱۴	۰,۹۳	۰,۹۹	خوب
۱۵	۰,۶۶	۰,۸۶	متوسط
۱۶	۰,۷۷	۰,۹۳	خوب
۱۷	۰,۸۰	۰,۹۴	خوب
۱۸	۰,۵۱	۰,۷۳	متوسط

را «آسیب‌شناسی روانی اصلی» می‌نامد. اصلاح این باورها و تحریف‌های شناختی، همراه با تغییر رفتارهای مرتبط، زمینه را برای کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی فراهم می‌کند (۲۲-۲۵).

مؤلفه هیجانی نیز نقش مهمی در چرخه پرخوری دارد. تجربه‌های هیجانی نظیر اضطراب، شرم، احساس گناه، ناامیدی و دشواری در تحمل هیجان‌ها، موجب استفاده از پرخوری به عنوان راهبردی فوری اما ناکارآمد برای کاهش فشار هیجانی می‌شوند. این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین همسو است که نشان می‌دهد ضعف در تنظیم هیجان، یکی از عوامل اصلی حفظ اختلال پرخوری است (۲۶-۲۷). بنابراین، پرداختن به مهارت‌های شناسایی، ابراز و تحمل هیجان، نقش اساسی در بسته خودیاری دارد و می‌تواند روند درمان را تسهیل کند.

از سوی دیگر، مؤلفه‌های رفتاری نیز در تداوم چرخه پرخوری تعیین‌کننده هستند. رفتارهای اجتنابی، خوردن هیجانی، کنترل‌گری افراطی، تکانشگری و ناتوانی در اجرای رفتارهای سازگاران، عناصر کلیدی رفتارهای تکرارشونده پرخوری محسوب می‌شوند. آموزش مهارت‌های خودکنترلی، فعال‌سازی رفتاری و مقابله با تکانشگری می‌تواند این چرخه را مختل کرده و اثربخشی سایر مؤلفه‌ها را افزایش دهد (۲۸).

یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد که روابط بین فردی و فرآیندهای ارتباطی، بستری حیاتی برای شکل‌گیری و تشدید پرخوری هستند. ترس از طرد، وابستگی به تأیید دیگران، تعارض‌های حل‌نشده و ناتوانی در ابراز هیجان، زمینه‌ساز استفاده از پرخوری به عنوان ابزار تنظیم هیجان می‌شوند. پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که درمان بین فردی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای

بر اساس معیارهای تعیین‌شده، جلسه دوم در سطح ضعیف قرار گرفت و پس از بازنگری محتوایی اصلاح شد. شش جلسه در سطح متوسط و یازده جلسه در سطح خوب ارزیابی شدند. ضرایب کاپای کوهن نیز نشان‌دهنده توافق بالا میان داوران در اکثر جلسات (به جز جلسه دوم) بود که بیانگر انسجام، وضوح و قابلیت اجرای مناسب بسته نهایی است. در مجموع، یافته‌های کیفی نه تنها به تبیین چرخه تجربه زیسته پرخوری انجامید، بلکه مبنای طراحی بسته‌ای چندبعدی و مبتنی بر نیازهای واقعی زنان مبتلا به اختلال پرخوری را فراهم ساخت که از نظر متخصصان نیز از روایی محتوایی مطلوب برخوردار بود.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال پرخوری از مجموعه‌ای گسترده و چندبعدی از مؤلفه‌ها تشکیل شده است. این مؤلفه‌ها شامل شناختی، هیجانی، رفتاری، بین فردی-سیستمی و فرهنگی هستند و هر یک نقش متمایز و مکمل در چرخه تداوم اختلال پرخوری دارند. تحلیل داده‌های کیفی نشان داد که این اختلال نه یک پدیده تک‌عاملی، بلکه حاصل تعامل پیچیده بین شناخت، هیجان، رفتار، روابط بین فردی و بستر فرهنگی-اجتماعی است.

از منظر شناختی، افکار خودکار منفی، باورهای تحریف‌شده و طرحواره‌های ناسازگار مرتبط با شرم، نقص، تصویر بدنی و احساس ناکافی بودن، محرک اصلی چرخه پرخوری هستند. این یافته‌ها با رویکرد فراتشخیصی اختلالات خوردن همسو است؛ بر اساس این رویکرد، علت اصلی اختلالات خوردن، مجموعه‌ای یکسان از باورهای ناکارآمد خودارزشمندی است که فیربرن آن

اختلالات خوردن، به ویژه برای افرادی که به درمان شناختی- رفتاری پاسخ نمی‌دهند، عمل کند (۵، ۲۹). بنابراین، مؤلفه ارتباطی یکی از اجزای ضروری بسته درمانی است. در نهایت، مؤلفه فرهنگی به شناسایی و اصلاح تأثیر هنجارها، ارزش‌ها و فشارهای فرهنگی بر رفتارها و باورهای مرتبط با پرخوری می‌پردازد. این مؤلفه، ضمن ارتقای خودکارآمدی و استقلال فرد، به پیشگیری از بازگشت رفتارهای ناسازگار و تقویت مداخلات شناختی- رفتاری کمک می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که عدم توجه به مؤلفه فرهنگی ممکن است باعث بازگشت رفتارهای پیشین شود، حتی پس از یادگیری مهارت‌های جدید (۲۲، ۳۰).

از نظر اعتبار محتوایی، بسته خودیاری حاضر پس از بازنگری و اصلاح جلسات، در ارزیابی چندبعدی داوران شامل شاخص‌های ضرورت جلسات، وضوح و ارتباط با اهداف و توافق داوران (ضریب کاپای کوهن)، از اعتبار قوی و پایدار برخوردار شد. این نتایج نشان می‌دهد که بسته آماده استفاده در مراحل بعدی پژوهش، از جمله اجرای آزمایشی و آزمون اثربخشی، می‌باشد. بسته خودیاری تدوین شده، ساختاری چندبعدی دارد و مؤلفه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری، بین فردی- سیستمی و فرهنگی را به صورت یکپارچه هدف قرار می‌دهد. با توجه به نقش تعیین کننده این مؤلفه‌ها در چرخه پرخوری و تداوم اختلال، اجرای چنین بسته‌ای می‌تواند فرآیند درمان و بهبود تنظیم هیجان و رفتار غذایی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری را تسهیل کند و به نتایج پایدار و مؤثر درمانی منجر شود.

با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر، از جمله دامنه جغرافیایی محدود به شهر قزوین، تمرکز تنها بر زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله، نبود مشارکت خانواده در جلسات و کوتاه بودن دوره پیگیری، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین استفاده عمدتاً از ابزارهای خودگزارشی می‌تواند دقت داده‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده، بسته خودیاری را در مناطق و بافت‌های فرهنگی- اجتماعی مختلف، بر مردان و گروه‌های سنی دیگر آزمون کنند، حضور خانواده و پیگیری‌های بلندمدت را لحاظ نمایند و از مصاحبه‌های ساختاریافته و روش‌های نظری مانند گراند تئوری برای ارائه مدل‌های جامع‌تر اختلال پرخوری استفاده شود. علاوه بر این، مقایسه اثربخشی بسته خودیاری با سایر روش‌های درمانی می‌تواند به ارزیابی بهتر کارآمدی آن کمک کند. از منظر کاربردی، بسته خودیاری تدوین شده به دلیل ساختار ساده، تمرین محور و انعطاف پذیر، قابلیت ارائه در قالب‌های گروهی، فردی، آنلاین یا اپلیکیشن‌های تلفن همراه را دارد و می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مستقل یا مکمل در مراکز روان‌درمانی، کلینیک‌های کاهش وزن و مناطق کم‌برخوردار مورد استفاده قرار گیرد. در نهایت، یافته‌ها نشان می‌دهند که بسته خودیاری مبتنی بر تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال پرخوری، ابزار مؤثری برای بهبود تنظیم هیجان و کاهش چرخه پرخوری فراهم می‌کند و می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی این گروه ایفا نماید.

References

1. Liu L, Wang K, Dai M, Luo W, Tang L, Ding X, et al. Global trends and future projections of eating disorders among adolescents and young adults: comprehensive analysis from 1990 to 2050 using eight machine-learning models. *Br J Psychiatry*. 2025;1-15.
2. Lynch D, Ogutlu H, Gundogdu-Ogutlu O, Barrett E, McNicholas F. Eating disorders: clinical update. *Ir J Psychol Med*. 2025;1-5.
3. Melisse B, Dingemans A. Redefining diagnostic parameters: The role of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder: A systematic review. *J Eat Disord*. 2025;13(9):2-19.
4. Jiang K. Review on binge eating disorder: Theories, influencing factors and treatments. In: *Proceedings of the 2021 2nd International Conference on Mental Health and Humanities Education (ICMHHE 2021)*. 2021. p. 574-578.
5. Walenda A, Kostecka B, Santangelo PS, Kucharska K. Examining emotion regulation in binge eating disorder. *Bord Personal Disord Emot Dysregul*. 2021;8(1):25.
6. Zhou R, Zhang L, Liu Z, Cao B. Emotion regulation difficulties and disordered eating in adolescents and young adults: A meta-analysis. *J Eat Disord*. 2025;13(1):25.

7. Arexis M, Feron G, Brindisi MC, Billot PÉ, Chambaron S. A scoping review of emotion regulation and inhibition in emotional eating and binge-eating disorder: What about a continuum? *J Eat Disord.* 2023;11(1):197-217.
8. Vogel EN, Singh S, Accurso EC. A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *J Eat Disord.* 2021;9:131.
9. Hay PH, Rankin R, Ramjan L, Conti J. Current approaches in the recognition and management of eating disorders: A narrative review. *Med J Aust.* 2023;219(3):127-134.
10. Lammers MW, Vroling MS, Crosby RD, van Strien T. Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *Int J Eat Disord.* 2022;55(7):902-913.
11. Davey E, Allen K, Bennett SD, Bryant-Waugh R, Clarke T, Cooper Z, et al. Improving programme-led and focused interventions for eating disorders: An experts' consensus statement—A UK perspective. *Eur Eat Disord Rev.* 2023;31(5):577-595.
12. Allen KL, Courtney L, Croft P, Hyam L, Mills R, Richards K, et al. Programme-led and focused interventions for recent onset binge/purge eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2025;58(2):389-399.
13. Dalton B, Davies MR, Flynn M, Hutchings-Hay C, Potterton R, Brookes K, et al. Virtually delivered guided self-help for binge eating disorder and bulimia nervosa. *Behav Cogn Psychother.* 2024;52(3):211-225.
14. Frank GKW, Berner LA, editors. Binge eating: A transdiagnostic psychopathology. Cham: Springer; 2020.
15. Clark M, Mauel J, Lacey C, Piama S, Cunningham R, Jordan J. Reimagining eating disorder spaces: A qualitative study exploring Māori experiences of accessing treatment for eating disorders in Aotearoa New Zealand. *J Eat Disord.* 2023;11(1):22.
16. Besharat MA, Farahmand H, Ebrahimi F. نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره. ۱۳۹۹؛ ۱۰(۲۵): ۴۴-۴۵.
17. Babadi A. کشف تجارب روانشناختی بیماران مبتلا به چاقی و مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر این تجارب با درمان شناختی-رفتاری بر اصفهان: دانشگاه اصفهان؛ [رساله دکتری] شاخص‌های تن‌سنجی، نیم‌رخ روانشناختی و میزان عود در زنان مبتلا به چاقی شهر اصفهان ۱۳۹۹.
18. Armour CQ, Feicht B, Gahagan J. Improving adult inpatient eating disorder treatment: Perspectives of sample of individuals in Canada with lived experience. *J Eat Disord.* 2024;12(1):166.
19. Kenny TE, Lewis SP. Reconceptualizing recovery: Integrating lived experience perspectives into traditional eating disorder recovery frameworks. *Psychiatr Serv.* 2021;72(9):1099-1101. doi:10.1176/appi.ps.202000447
20. Kenny TE, Trottier K, Lewis SP. Lived experience perspectives on a definition of eating disorder recovery in a sample of predominantly white women: A mixed method study. *J Eat Disord.* 2022;10(1):149. doi:10.1186/s40337-022-00670-2
21. Vollert B, Beintner I, Musiat P, Cordon G, Görlich D, Nacke B, et al. Using internet-based self-help to bridge waiting time for face-to-face outpatient treatment for bulimia nervosa, binge-eating disorder, and related disorders. *Internet Interv.* 2019;16:26-34.
22. Dudek J, Ostaszewski P, Malicki S. Transdiagnostic models of eating disorders and therapeutic methods. *Ann Psychol.* 2019;17(1):25-39.
23. Legenbauer T, Radix AK, Augustat N, Schütt-Strömel S. Power of cognition: How dysfunctional cognitions and schemas influence eating behavior in daily life among individuals with eating disorders. *Front Psychol.* 2018;9:2138.
24. Burton AL, Abbott MJ. Conceptualising binge eating: A review of the theoretical and empirical literature. *Behav Change.* 2017;34(3):168-198.
25. Huseynbalayeva S, Emek Savaş DD. Affective factors predicting binge eating disorder: The role of emotion regulation, impulsivity, and cognitive distortions. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci.* 2025;38(2):80-91.
26. Ghadimi Nooran M, Shafieabadi A, Khodabakhshi-Koolae A, Asgari M. مطالعه کیفی عوامل روان‌شناختی در اختلال پرخوری زنان. مجله مطالعات ناتوانی. ۱۳۹۹؛ ۱۰(۱۶۸): ۱۰-۱۶۸.
27. Forrer F, Rubo M, Wyssen A, Meyer AH, Munsch S. 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. *Eur Eat Disord Rev.* 2025;33(1):163-173.
28. Brucar LR, Rawls E, Haynos AF, Peterson CB, Zilverstand A. Mechanism-based subtyping in binge eating disorder. *Transl Psychiatry.* 2025;15(1):193.
29. Ivanova IV, Tasca GA, Hammond N, Balfour L, Ritchie K, Koszycki D, et al. Negative affect mediates the relationship between interpersonal problems and binge-eating disorder symptoms and psychopathology. *Eur Eat Disord Rev.* 2015;23(2):100-110.
30. Acle A, Cook BJ, Siegfried N, Beasley T. Cultural considerations in the treatment of eating disorders among racial/ethnic minorities: A systematic review. *J Cross Cult Psychol.* 2021;52(5):468-484.

Original Article

Development and Validation of a Self-Help Package Based on the Lived Experiences of Women with Binge Eating Disorder

Received: 18/04/2026 - Accepted: 02/06/2026

Mahsa Moghni Yazdi¹
Shirin Kooshki*²
Fatemeh Golshani³

¹ Department of Psychology, Central
Tehran Branch, Islamic Azad
University, Tehran, Iran

² Department of clinical and
educational Psychology, Central
Tehran Branch, Islamic Azad
University, Tehran, Iran

³ Department of Psychology, Central
Tehran Branch, Islamic Azad
University, Tehran, Iran

Email: shi.kooshki@iauctp.ac.ir

Abstract

Introduction: Binge eating disorder, as the most common eating disorder, is associated with extensive physical, psychological, and social consequences. The present study aimed to develop and validate a self-help package based on the lived experiences of women with binge eating disorder.

Methods: This qualitative study was conducted using a phenomenological approach. Participants included 25 women with binge eating disorder selected through purposive sampling until data saturation was reached. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Colaizzi's seven-step method.

Results: The findings led to the extraction of 4 main themes, 18 sub-themes, and 99 meaning units, reflecting causal antecedents, contextual backgrounds, impulsive actions following binge episodes, and their consequences. Based on the extracted themes and relevant theoretical and therapeutic frameworks, a self-help package was designed in 12 sessions of 180 minutes each. To assess content validity, the developed package was reviewed by 16 experts in eating disorders, and its validity indices were confirmed.

Conclusion: The results indicated that the self-help package based on lived experiences has adequate theoretical coherence, content relevance, and expert validity, and can be used as a structured intervention in the field of binge eating disorder.

Keywords: Binge eating disorder, self-help package, lived experiences, phenomenology, validation