

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Emotion Regulation in Adolescent Girls with Bulimia Nervosa in Lower Secondary Education

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان در دختران دارای پرخوری عصبی مقطع تحصیلی متوسطه اول

Seyed Hassan Hosseini Dastjerdi (Corresponding Author)

PhD in Counseling, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Shh9595208@gmail.com

Bahar Bozorgzad Moghim

Master's student in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Isfahan, Iran + 0009-0007-0118-2220.

Bahar.bzg78@gmail.com

سید حسن حسینی دستجردی (نویسنده مسئول)

دکترای تخصصی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

Shh9595208@gmail.com

بهار بزرگ‌زاد مقیم

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان، ایران

Bahar.bzg78@gmail.com

Abstract

Introduction: Bulimia Nervosa in adolescents is one of the most important psychological problems, often associated with difficulties in emotion regulation. Cognitive-behavioral therapy (CBT), as one of the effective psychological approaches, has received particular attention in interventions related to this disorder. **Objective:** The aim of the present study was to examine the effectiveness of CBT in improving emotion regulation among adolescent girls with Bulimia Nervosa in lower secondary school.

Method: This study employed a quasi-experimental design with pre-test-post-test and a control group. The statistical population consisted of female students aged 12 to 14 years with bulimia nervosa in lower secondary schools in Isfahan. A total of 30 participants were purposefully selected and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received eight sessions of CBT intervention, while the control group was placed on a waiting list. Data were collected using the Difficulties in Emotion Regulation Questionnaire.

Findings: The results indicated that CBT led to a significant improvement in emotion regulation in the experimental group, whereas no noticeable change was observed in the control group. In addition to the overall score, variable subscales also showed significant improvement.

Discussion and Conclusion: The findings confirm that CBT can be used as an effective intervention to enhance emotion regulation skills among adolescents with bulimia nervosa. This intervention has the potential to reduce disorder symptoms and promote mental health in this age group.

Keywords: Effectiveness, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), Emotion Regulation, Adolescent Girls, Bulimia Nervosa.

چکیده

اختلال پرخوری عصبی در نوجوانان یکی از مهم‌ترین مشکلات روانی است که معمولاً با دشواری در تنظیم هیجان همراه می‌باشد. درمان شناختی-رفتاری (CBT) به‌عنوان یکی از رویکردهای مؤثر روان‌شناختی، توجه ویژه‌ای در مداخلات مربوط به این اختلال یافته است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود تنظیم هیجان در دختران نوجوان مبتلا به پرخوری عصبی مقطع تحصیلی متوسطه اول بود. روش: این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر ۱۲ تا ۱۴ ساله مبتلا به پرخوری عصبی در مقطع تحصیلی متوسطه اول در شهر اصفهان بود. تعداد ۳۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش طی هشت جلسه تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری قرار گرفت و گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه تنظیم دشواری هیجان بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری منجر به بهبود معنادار در تنظیم هیجان نوجوانان گروه آزمایش شد، در حالی که گروه کنترل تغییر محسوسی نداشت. علاوه بر بهبود نمره کلی، خرده‌مقیاس‌های متغیر تنظیم هیجان نیز پیشرفت چشمگیری را نشان دادند. بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها تأیید می‌کنند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای کارآمد در ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان در دختران دارای پرخوری عصبی مقطع تحصیلی متوسطه اول مورد استفاده قرار گیرد. این مداخله به‌طور بالقوه می‌تواند به کاهش نشانه‌های اختلال و ارتقای سلامت روان این گروه سنی کمک نماید.

واژه‌های کلیدی: اثربخشی، درمان شناختی رفتاری، تنظیم هیجان، دختران، پرخوری عصبی.

امروزه اختلالات خوردن^۱ یکی از اختلالات شایع روانی/ روان تنی به شمار می‌رود. اختلال پرخوری شایع‌ترین اختلال خوردن و شایع‌ترین مشکل روانپزشکی بین زنان جوان است و مطالعات همه گیرشناسی خبر از افزایش آن می‌دهند (قبادزاده و همکاران، ۲۰۱۸). پرخوری عصبی^۲ یک نمونه از اختلالات مرتبط با خوردن است که در اصل نمایانگر شکست بیمار جهت دستیابی به وضعیت بی‌اشتهایی عصبی است. در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا^۳ پرخوری عصبی با دوره‌های مکرر پرخوری، رفتارهای نامناسب جبرانی مکرر جهت جلوگیری از افزایش وزن تعریف شده است، این رفتارها حداقل یکبار در هفته و به مدت حداقل سه ماه ادامه دارد (حاتمیان و همکاران، ۲۰۲۱). در بین انواع مختلف اختلالات خوردن افراد مبتلا به پرخوری عصبی خطر بالایی در هم ابتلایی به اختلالات روانشناختی دارند و ۹۴/۵ درصد از افراد مبتلا به اختلال پرخوری حداقل یک بار مبتلا به یک اختلال روانپزشکی دیگر شده‌اند؛ ۸۰ تا ۹۰ درصد این موارد حداقل وجود یک اختلال خلقی را در طول زندگی خود گزارش کرده‌اند (لطیفی و همکاران، ۲۰۲۳).

در دنیا نرخ شیوع اختلال پرخوری عصبی در زنان بین ۰/۹ تا ۲/۹ و در مردان این میزان برابر با ۰/۱ تا ۰/۵ درصد بیان شده است (ضرابی و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین شیوع اختلال خوردن در دختران نوجوان در سال‌های اخیر به شکل قابل ملاحظه‌ای افزایش داشته است؛ به عبارتی می‌توان گفت که دختران نوجوان بیشتر از سایر گروه‌ها در معرض خطر ابتلا به این اختلال قرار دارند (حاتمیان و همکاران، ۲۰۲۱).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند هیجانانی همانند استرس، افسردگی، کسالت و عصبانیت موجب افزایش پرخوری عصبی می‌گردد. افرادی که به پرخوری عصبی مبتلا هستند، به آشفتگی‌های هیجانی خود به صورت افزایش پرخوری و خصوصاً خوردن خوراکی‌های شیرین و پرچرب پاسخ می‌دهند. در نتیجه این رفتار پرخوری، خطر ابتلا به چاقی در این اشخاص بالا می‌رود و توانایی کاهش وزن پایین می‌آید (اشرفی و همکاران، ۲۰۲۰). در تعدادی از پژوهش‌ها محققان دریافتند افراد مبتلا خوردن از نوع پرخوری عصبی در زندگی خود سطح بالایی از تنش هیجانی را احساس می‌کنند، توانایی کمتری در پذیرش هیجانان خود دارند، آگاهی هیجانی در این افراد کمتر است و به میزان زیادی از راهبردهای منفی تنظیم هیجان^۴ استفاده می‌کنند (ضرابی و همکاران، ۲۰۲۱). تنظیم هیجان عبارت از توانایی به دست آوردن شناسایی، فهم و درک و پذیرش هیجانان خود به عنوان یک استراتژی برای تعدیل تجربه و بیان و ابراز هیجانان در راستای اهداف بلند مدت و ارزش‌هاست (خانجانی و همکاران، ۲۰۲۰). تنظیم هیجان برای بهزیستی جسمی، روانشناختی و عملکرد اجتماعی لازم است.

یکی از آموزش‌های مناسب برای افراد با مشکلات رفتاری و هیجانی، آموزش راهبردهای خودتنظیمی هیجان است. درمان شناختی رفتاری افزوده شده به تنظیم هیجان بر کاهش علائم تحریک‌پذیری تاثیر گذاشته است (جاوید و همکاران، ۲۰۲۲). براساس پژوهش‌ها، درمان روانشناختی خط اول برای درمان اختلال پرخوری عصبی که توسط پژوهشگران و محققان این حوزه مورد استفاده قرار گرفته، درمان شناختی رفتاری^۵ است. درمان شناختی رفتاری به عنوان یک مداخله بالینی شواهد محور بر نقش افکار، شناخت‌ها و رفتارهای ناسازگار در ایجاد و تداوم اختلالات روانی تاکید دارد و در این روش درمانی خواهان کاهش آشفتگی و ناکارآمدگی روانشناختی از طریق این افکار و شناخت‌ها و رفتاری فرد است (ضرابی و همکاران، ۲۰۲۱).

با وجود شواهد رو به رشد درباره‌ی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر مشکلات روان‌شناختی، همچنان درک جامعی از نقش آن در بهبود تنظیم هیجان در دختران مبتلا به پرخوری عصبی، به‌ویژه در حساس‌ترین دوره‌ی رشد یعنی مقطع متوسطه اول،

¹ Eating Disorder

² Bulimia Nervosa

³ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)/ DSM_5

⁴ Emotion Regulation

⁵ Cognitive Behavioral Therapy

وجود ندارد. به علاوه بین شواهد درمانی برای بولیمیای عصبی در بزرگسالان و نوجوانان تفاوت قابل توجهی وجود دارد و همچنین مشخص نیست که تا چه حد نتایج حاصل از پژوهش‌های بزرگسالان را می‌توان به نوجوانان تعمیم داد. با توجه به کمبود مطالعات تصادفی درباره پرخوری عصبی نوجوانان، نیاز به یک مرور نظام‌مند گسترده‌تر و جامع‌تر برای مطالعات پرخوری عصبی نوجوانان احساس می‌شود.

این خلا پژوهشی نه تنها محدودیت‌های علمی را نشان می‌دهد، بلکه ضرورت انجام مطالعه برای ارتقای مداخلات درمانی در این گروه را برجسته می‌کند. هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است:

آیا درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان در دختران دارای پرخوری عصبی مقطع تحصیلی متوسطه اول اثربخش است؟
 درباره ضرورت مسئله می‌توان به این موضوع اشاره کرد که اختلالات خوردن می‌توانند به نحو بارزی توانایی‌های کارکردی فرد را مختل سازند، به روابط اجتماعی آسیب بزنند و لذت بردن از زندگی را بسیار دشوار کنند. این اختلال‌ها علاوه بر پیامدهای هیجانی، مشکلات شدید جسمی و حتی خطر مرگ را نیز به همراه دارند (پارسا و همکاران، ۲۰۲۵). به‌طور خاص، این اختلالات با نرخ بالای همبودی‌های روان‌پزشکی مانند اختلالات خلقی و اضطرابی، بیماری‌های جسمی شامل مشکلات قلبی و متابولیک ناشی از سوءتغذیه، کاهش وزن و رفتارهای جبرانی و نیز کاهش کیفیت زندگی مرتبط هستند. به‌طور جهانی، شیوع ۱۲ ماهه همه اختلالات خوردن در زنان ۲/۲٪ و در مردان ۰/۷٪ تخمین زده شده است و برای اکثر بیماران، شروع اختلال خوردن قبل از ۲۵ سالگی رخ می‌دهد (کونینگ و همکاران، ۲۰۲۴).

براساس پژوهش‌ها، شیوع پرخوری عصبی در دختران نوجوان در سال‌های اخیر به‌طور قابل‌توجهی افزایش یافته است؛ به عبارت دیگر، دختران نوجوان نسبت به سایر گروه‌ها بیشتر در معرض خطر ابتلا به این اختلال قرار دارند (حاتمیان و همکاران، ۲۰۲۱). میزان خودکشی در افراد مبتلا به پرخوری عصبی بالاست؛ آن‌ها در مقایسه با جمعیت عمومی ۸ برابر بیشتر در معرض مرگ ناشی از خودکشی قرار دارند (ویلسون و کاگابو، ۲۰۲۴). یکی از متغیرهای روان‌شناختی که ارتباط نزدیکی با پرخوری عصبی دارد، تنظیم هیجان است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ناتوانی در تنظیم و تعدیل هیجان، عامل بسیاری از مشکلات و اختلالات روان‌شناختی است (حاتمیان و همکاران، ۲۰۲۴).

بهترین سطح تنظیم هیجان، تنظیم شناختی هیجان است. در این روش، فرد هیجانات خود را نه سرکوب می‌کند و نه اجتناب، بلکه با بازبینی و توجه آگاهانه به آن‌ها، متناسب با نیازها و شرایط خود آن‌ها را تنظیم می‌کند. برای بهبود رفتارهای سبک زندگی و ارتقای سلامت ذهنی، امروزه به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی کاربرد فراوانی پیدا کرده است. از این‌رو، یکی از پرکاربردترین درمان‌هایی که برای طیف وسیعی از اختلالات مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان شناختی-رفتاری است (گرگیچ و همکاران، ۲۰۲۲). با این حال، هنوز نیاز به پژوهش‌های بیشتری برای بررسی میزان اثربخشی این روش در بهبود تنظیم هیجان در نوجوانان دارای پرخوری عصبی به ویژه در ایران وجود دارد.

از طرفی در ادبیات و پژوهش‌های گذشته پژوهشگران به بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (رهنورد و همکاران، ۱۴۰۴)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و اضطراب زنان (گرگیچ و همکاران، ۱۴۰۱)، آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر اینترنت به‌عنوان مکمل درمان شناختی-رفتاری در نوجوانان مبتلا به اختلالات افسردگی و اضطرابی (ویسمن و همکاران، ۲۰۲۳)، تقویت نظام‌مند مهارت‌های تنظیم هیجان بر علائم اختلال پرخوری عصبی (برکینگ و همکاران، ۲۰۲۲)، پرداخته‌اند. پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان در دختران دارای پرخوری عصبی مقطع تحصیلی متوسطه اول انجام شد و از نظر هدف، یک تحقیق کاربردی است. براساس آنچه بیان شد فرضیه پژوهش این است که درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان در دختران دارای پرخوری عصبی مقطع تحصیلی متوسطه اول موثر است.

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی (نیمه‌تجربی) با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دختران دارای پرخوری عصبی مقطع تحصیلی متوسطه اول در شهر اصفهان و در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ است. حجم نمونه با توجه به اینکه پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی می‌باشد، تعداد ۳۰ نفر از دختران دارای پرخوری عصبی مقطع متوسطه اول که واجد ملاک‌های نمونه‌گیری بودند، انتخاب شدند.

در روش نمونه‌گیری به جهت تعیین حجم نمونه ابتدا ۹۰ نفر از دختران متوسطه اول را با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش و ابزارهای تحقیق غربالگری شده و به صورت هدفمند انتخاب و ۳۰ نفر از دخترانی که از نظر مولفه مورد نظر در سطح بحرانی قرار داشتند، به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره به عنوان گروه آزمایش و کنترل در نظر گرفته شدند.

معیار ورود و خروج

معیارهای ورود به پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه والدین به دلیل الزامات اخلاقی، تحصیل در مقطع متوسطه اول (پایه‌های هفتم تا نهم)، قرار داشتن در بازه سنی ۱۲ تا ۱۴ سال، تشخیص اولیه پرخوری عصبی (Bulimia Nervosa) بر اساس نمره بالا در زیرمقیاس پرخوری عصبی مقیاس ابزار غربالگری و تشخیص اختلالات خوردن (EDDS)، و تمایل به شرکت در جلسات درمانی بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری خانواده یا مخالفت والدین با درمان، مصرف پایدار داروهای روان‌پزشکی، مشارکت هم‌زمان در سایر مداخلات روان‌درمانی فردی یا گروهی، غیبت در بیش از دو جلسه درمانی، و بروز شرایط ویژه یا حاد در طول اجرای پژوهش می‌شد.

ملاحظات اخلاقی

به‌منظور اجرای پژوهش حاضر، کد اخلاق اخذ شد. در طول انجام پژوهش، اصول اخلاقی از جمله احترام به کرامت و حقوق آزمودنی‌ها، حفظ حریم خصوصی و محرمانگی اطلاعات، و رعایت بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها مورد توجه قرار گرفت. همچنین اهداف پژوهش به‌طور کامل برای آزمودنی‌ها تشریح شد و رضایت آگاهانه از آنان اخذ گردید. شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بوده و آزمودنی‌ها در هر مرحله حق انصراف از ادامه همکاری را داشتند.

روش تحلیل آماری

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از دو سطح آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. کلیه عملیات‌های آماری با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تشخیصی اختلالات خوردن (EDDS-Q):^۱ این مقیاس شامل ۳ زیرمقیاس است که برای آزمودن نشانه‌های اختلال کم اشتها، اختلال پراشتهایی عصبی، اختلال خوردن مفرط طراحی شده و تشخیص را برای این اختلال‌ها در دو سطح بالینی و غیربالینی فراهم می‌کند. بنابراین امکان تفکیک هفت طبقه تشخیصی کم اشتها، پراشتهایی عصبی، خوردن مفرط، حد زیرآستانه‌های کم اشتها، حد زیرآستانه‌های پراشتهایی عصبی، حد زیرآستانه‌های خوردن مفرط و بدون تشخیص را فراهم می‌کند. نمره گذاری سؤالات ۱، ۲، ۳ و ۴ به صورت لیکرت و ۷-۸ امتیازی بین ۰-۷ است. نمرات بالاتر نشان دهنده نگرش ضعیف‌تر فرد به بدن خود است. سؤال ۵ به صورت بله یا خیر پاسخ داده می‌شود. همچنین سؤالات ۱۴ و ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۶ به صوت بله، خیر و نمیدانم پاسخ داده می‌شود. این سؤالات میزان فقدان کنترل فرد، زیاده روی در غذا خوردن و متعاقب آن، رفتارهای اجتنابی فرد از اجتماع را می‌سنجد.

^۱ Eating Disorder Diagnostic Scale Questionnaire (EDDS-Q)

سؤال ۷ تعداد دفعات پرخوری را به طور متوسط در هفته در طول شش ماه گذشته بین ۷-۰ روز مورد پرسش قرار می دهد. سؤال ۸ تعداد دفعات پرخوری را به طور متوسط در هفته در طول سه ماه گذشته بین ۱۴-۰ روز مورد پرسش قرار می دهد. سوالات ۱۰ و ۱۶، ۱۵ و ۱۷ و ۱۸ میزان رفتارهای جبرانی به صورت ایجاد استفراغ عمدی، استفاده از مسهل، حذف وعده های غذایی، روزه گرفتن و ورزش شدید را بین ۱۴-۰ بار در طول سه ماه گذشته مورد سؤال قرار می دهد. در سؤال ۱۹ وزن برحسب کیلوگرم و در سؤال ۲۰ قد برحسب متر مورد پرسش قرار می گیرد. سؤال ۲۱ تعداد دفعات از دست دادن دوره های قاعدگی را در طول سه ماه گذشته بررسی می کند. سؤال ۲۲ نیز مربوط به مصرف یا عدم مصرف قرص های جلوگیری از بارداری است که به صورت بله یا خیر به این سؤال پاسخ داده می شود. نمره گذاری این مقیاس می تواند با دست یا به شیوه کامپیوتری انجام شود. کدگذاری کامپیوتری یکی از هفت طبقه تشخیصی بی اشتباهی عصبی، پراشتهایی عصبی، خوردن مفرط، حد آستانه بی اشتباهی عصبی، حد آستانه پراشتهایی عصبی، حد آستانه خوردن مفرط و بدون تشخیص بهنجار برای هر فرد مشخص می کند. بی اشتباهی عصبی معمولاً وقتی برچسب می گیرد که BMI پایین (براساس پاسخ های ۱۹ و ۲۰)، نگرش شدیداً منفی نسبت به بدن (سوالات ۱ تا ۴)، و رفتارهای اجتنابی یا قطع قاعدگی (سؤال ۲۱) همزمان وجود داشته باشد. پرخوری عصبی وقتی برچسب می گیرد که پرخوری مکرر (سوالات ۷ و ۸) همراه با رفتارهای جبرانی (سوالات ۱۰، ۱۵ تا ۱۸) دیده شود.

نقطه برش EDDS-Q بر اساس فراوانی رفتارها و شدت نگرانی از وزن است و نمره بالاتر برابر اختلال بیشتر است. این مقیاس دارای روایی ملاکی، پیشبین و همگرایی قوی است. همچنین پایایی این ابزار بر اساس روش آزمون- بازآزمایی تأیید شده و همسانی درونی قابل پذیرشی دارد. این مقیاس به خوبی با مصاحبه های روانپزشکی مانند مصاحبه ساختاریافته بالینی بر اساس DSM-III-R (SCID) رقابت می کند و ضریب کاپای آزمون- بازآزمایی برای تشخیص اختلال خوردن از ۸۰/۰ تا ۹۰/۰ است (پایک و همکاران، ۲۰۰۹). آلفای کرونباخ در تحقیق واگنر (۲۰۱۱) ۸۷/۰ برای نمونه با وزن نرمال و ۸۳/۰ برای نمونه دارای اضافه وزن گزارش شده است (استایس و همکاران، ۲۰۰۰).

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (DERS): به منظور ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانات ظرف دوران آشفستگی (هنگامی که راهبردهای تنظیم هیجان لازم و ضروری باشند)، بسیاری از عبارات با (هنگامی که من آشفته هستم) آغاز می گردند. گستره پاسخ ها در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می گیرد. ۱ به معنای تقریباً هرگز (۰ تا ۱۰ درصد)، ۲ به معنای گاهی اوقات (۱۱ تا ۳۵ درصد)، ۳ به معنای نیمی از مواقع (۳۶ تا ۶۵ درصد)، ۴ به معنای اکثر اوقات (۶۶ تا ۹۰ درصد) و ۵ به معنای تقریباً همیشه (۹۱ تا ۱۰۰ درصد) می باشد. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضع هیجانی را نشان داد.

نتایج حاکی از آن است که این مقیاس از همسانی درونی بالایی، ۰/۹۳ بر خودار می باشد. هر شش مقیاس آلفای کرونباخ ۰/۸۰ دارند. همچنین دارای همبستگی معناداری و پرسشنامه پذیرش و عمل (هایز و همکارانش) دارد. بر اساس داده های حاصل از عزیزی میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۲ NMR برآورد شد. این مقیاس جنبه های مختلف اختلال در تنظیم هیجانی را بررسی می کند. سوالات ۱ و ۲ و ۶ و ۷ و ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره گذاری معکوس هستند. جمع نمرات همه اقلام (حداقل ۳۶، حداکثر ۱۸۰) و نقطه برش برابر ۹۵ است. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی است. مقیاس دارای یک نمره کلی از جمع نمرات کلیه سوالات و همچنین ۶ نمره مربوط به زیر مقیاس ها می باشد (گراتز و رومر، ۲۰۰۴).

¹ Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

پروتکل درمان شناختی-رفتاری: روان‌درمانی شناختی-رفتاری مشتمل بر ۸ جلسه درمانی (۴۵ تا ۶۰ دقیقه) بود که بر مبنای رویکرد شناختی-رفتاری فربرن (۲۰۰۸) و اقتباس‌های کوتاه‌مدت والر (۲۰۱۸) و پافیتی و همکاران (۲۰۲۳) طراحی شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	اهداف و محتوای جلسه	مورد استفاده CBT تکنیک‌های	تکالیف خانگی
۱	معارفه، توضیح محرمانگی، اهداف درمان، آشنایی با ، پیش‌آزمون CBT تنظیم هیجان و مدل	مصاحبه بالینی، آموزش مفاهیم CBT پایه	ثبت موقعیت‌های هیجانی و واکنش‌ها
۲	آشنایی با ارتباط افکار، هیجان و رفتار؛ شناسایی افکار ناکارآمد	آموزش چرخه فکر-هیجان-ABC رفتار، تکنیک	ثبت افکار و هیجانات روزانه
۳	بازسازی شناختی و چالش با افکار هیجانی منفی	بازسازی شناختی، بررسی شواهد، ذهن‌آگاهی	تمرین بازسازی شناختی و ذهن‌آگاهی
۴	شناسایی محرک‌های هیجانی و مدیریت ولع	تحلیل زنجیره هیجانی، تأخیر پاسخ	ثبت محرک‌ها و پاسخ‌های هیجانی
۵	افزایش پذیرش هیجان و تحمل آشفتگی	آموزش پذیرش هیجان، مواجهه هیجانی	تمرین پذیرش هیجان
۶	مدیریت استرس و تکانه‌های هیجانی	ریلکسیشن، تنفس دیافراگمی	تمرین آرام‌سازی روزانه
۷	تقویت خودکنترلی و خودکارآمدی هیجانی	حل مسئله، گفت‌وگوی مثبت با خود	تمرین حل مسئله هیجانی
۸	مرور جلسات، پیشگیری از عود، پس‌آزمون	جمع‌بندی تکنیک‌ها، برنامه پیشگیری از عود	تدوین برنامه شخصی تنظیم هیجان

یافته‌ها

در مجموع، داده‌های اولیه شامل ۹۰ دانش‌آموز بود که بر اساس پرسشنامه غربالگری اختلالات خوردن، ۴۱ نفر در گروه نرمال، ۳۳ نفر مبتلا به پرخوری عصبی، ۱۰ نفر مبتلا به پرخوری افراطی و ۶ نفر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی قرار گرفتند. همچنین بر اساس نتایج آمار توصیفی، میانگین سنی نمونه برابر با ۱۳ سال با انحراف معیار ۰/۸۲ بود که در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۴ سال قرار داشتند.

جدول ۲: توزیع فراوانی سن آزمودنی‌ها

گروه	سن	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی
آزمایش	۱۲	۴	۲۶/۷٪	۲۶/۷٪
	۱۳	۶	۴۰/۰٪	۶۶/۷٪
	۱۴	۵	۳۳/۳٪	۱۰۰٪
کنترل	۱۲	۵	۳۳/۳٪	۳۳/۳٪
	۱۳	۶	۴۰/۰٪	۷۳/۳٪

۱۴	۴	% ۲۶/۷	% ۱۰۰
----	---	--------	-------

در هر دو گروه آزمایش و کنترل، بیشترین فراوانی مربوط به دانش‌آموزان ۱۳ ساله است (۴۰٪)، در حالی که ۱۲ و ۱۴ ساله‌ها سهم کمتری دارند و توزیع سنی به‌طور نسبتاً متعادل بین این سه سن تقسیم شده است. این توزیع نشان می‌دهد که دو گروه از نظر میانگین سنی نزدیک به هم هستند و هیچ اختلاف عمده‌ای در سن وجود ندارد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیر تنظیم هیجان و مولفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل n=۱۵

خرده‌مقیاس	گروه	میانگین پیش‌آزمون	انحراف معیار پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف معیار پس‌آزمون
عدم‌پذیرش پاسخ هیجانی	آزمایش	۱۷/۰۹	۴/۱۰	۱۲/۳۳	۴/۳۶
عدم‌پذیرش پاسخ هیجانی	کنترل	۲۲/۱۰	۴/۷۶	۲۱/۵۹	۴/۵۲
دشواری در انجام رفتار هدفمند	آزمایش	۱۶/۷۲	۴/۱۴	۱۲/۰۶	۴/۰۰
دشواری در انجام رفتار هدفمند	کنترل	۱۸/۶۴	۳/۰۹	۱۷/۸۹	۳۳/۳
دشواری در کنترل تکانه	آزمایش	۱۴/۹۸	۲/۸۵	۱۰/۹۶	۲/۹۰
دشواری در کنترل تکانه	کنترل	۱۴/۱۶	۳/۰۳	۱۳/۶۳	۳/۴۸
فقدان آگاهی هیجانی	آزمایش	۱۵/۵۸	۲/۷۸	۱۲/۴۷	۲/۶۶
فقدان آگاهی هیجانی	کنترل	۱۳/۷۴	۳/۱۷	۱۳/۲۰	۳/۲۱
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	آزمایش	۱۷/۳۱	۳/۱۵	۱۲/۵۶	۳/۴۷
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	کنترل	۱۷/۱۵	۳/۵۹	۱۷/۰۹	۳/۷۴
عدم وضوح هیجانی	آزمایش	۱۴/۹۳	۵/۱۱	۱۱/۷۶	۵/۳۲
عدم وضوح هیجانی	کنترل	۱۶/۰۶	۲/۵۱	۱۵/۹۹	۲/۹۷

با توجه به اطلاعات جدول ۳، میانگین و انحراف معیار متغیر تنظیم هیجان و مولفه‌های آن، در تمامی خرده‌مقیاس‌ها، گروه آزمایش کاهش قابل توجهی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون نشان داده است، به‌ویژه در «عدم‌پذیرش پاسخ هیجانی» (از ۱۷/۰۹ به ۱۲/۳۳) و «دشواری در انجام رفتار هدفمند» (از ۱۶/۷۲ به ۱۲/۰۶). در مقابل، گروه کنترل تغییرات اندکی در نمرات خود داشته و میانگین‌ها تقریباً پایدار مانده‌اند، مانند «عدم‌پذیرش پاسخ هیجانی» (از ۲۲/۱۰ به ۲۱/۵۹) و «دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی» (از ۱۷/۱۵ به ۱۷/۰۹).

این الگو نشان می‌دهد که مداخلات یا شرایط مربوط به گروه آزمایش مؤثر بوده و توانسته مهارت‌های تنظیم هیجانی را بهبود بخشد، در حالی که گروه کنترل بدون مداخله تغییر قابل توجهی نداشته است. انحراف معیارها نیز نشان می‌دهد که پراکندگی نمرات در هر دو گروه معقول و منطقی است.

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان در دختران دارای پرخوری عصبی مقطع تحصیلی متوسطه اول
The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Emotion Regulation in Adolescent Girls with Bulimia Nervosa in Lower Secondary Education

جدول ۴: نتایج تحلیل درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان

متغیر	مجموع مجذورات گروه	df گروه	میانگین مجذورات گروه	مجموع مجذورات خطا	df خطا	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معناداری	اندازه اثر (Eta ²)
کل نمره دشواری تنظیم هیجان	۲۱۵/۴	۱	۲۱۵/۴	۱۵۳/۷	۲۸	۵/۴۹	۳۹/۲	۰/۰۰۰	۰/۵۸
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۰۲/۸	۱	۱۰۲/۸	۵۱/۲	۲۸	۱/۸۳	۵۶/۱	۰/۰۰۰	۰/۶۱
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۱۱۸/۳	۱	۱۱۸/۳	۶۴/۵	۲۸	۲/۳۰	۵۱/۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹
دشواری در کنترل تکانه	۹۵/۴	۱	۹۵/۴	۷۰/۳	۲۸	۲/۵۱	۳۸/۰	۰/۰۰۲	۰/۵۲
فقدان آگاهی هیجانی	۱۰۹/۲	۱	۱۰۹/۲	۷۶/۸	۲۸	۲/۷۴	۳۹/۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳
دسترسی محدود به راهبردها	۱۲۷/۵	۱	۱۲۷/۵	۷۲/۴	۲۸	۲/۵۹	۴۹/۲	۰/۰۰۰	۰/۶۰
عدم وضوح هیجانی	۸۱/۶	۱	۸۱/۶	۷۴/۹	۲۸	۲/۶۷	۳۰/۵	۰/۰۰۳	۰/۴۸

بر اساس جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای بخش تنظیم هیجان (DERS) نشان می‌دهد که گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری دارند. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، مقدار آماره F برای نمره کل تنظیم هیجان ۳۹/۲ با سطح معناداری $p < ۰/۰۰۱$ و اندازه اثر Eta^2 برابر ۰/۵۸ است، که نشان‌دهنده اثر گروه بر پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون می‌باشد. این مقادیر نشان می‌دهند که پس از کنترل پیش‌آزمون، گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در تمامی ابعاد تنظیم هیجان بهبود معناداری داشته است. اندازه اثرها Eta^2 نیز نشان‌دهنده اثر قابل توجه گروه

بر متغیرهای تنظیم هیجان است. به بیان دیگر، مداخله یا تفاوت گروهی تاثیر معنی‌داری روی هر یک از ابعاد DERS داشته است.

جدول ۵: نتایج آزمون چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری تنظیم هیجان

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی ۱ (df1)	درجه آزادی ۲ (df2)	سطح معناداری
اثر پیلای	۰/۴۳۲	۳/۹۰	۶	۲۳	۰/۰۰۷
لامبدای ویلکز	۰/۵۶۸	۳/۹۰	۶	۲۳	۰/۰۰۷
اثر هتلینگ	۰/۷۶۰	۳/۹۰	۶	۲۳	۰/۰۰۷
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۷۶۰	۳/۹۰	۶	۲۳	۰/۰۰۷

با توجه به اطلاعات جدول ۵، معناداری این آزمون‌ها نشان می‌دهد که حداقل در یکی از ابعاد تنظیم هیجان بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. در واقع آزمون‌های چهارگانه بیانگر تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر متغیر تنظیم هیجان هستند.

جدول ۶: تحلیل حاصل از کوواریانس چندمتغیره تنظیم هیجان و مولفه‌های آن در گروه آزمایش و گروه کنترل

خردمقیاس تنظیم هیجان	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی (df)	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری (Sig.)	اندازه اثر (Eta ²)
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	گروه	۱۰۲/۸	۱	۱۰۲/۸	۵۶/۱	۰/۰۰۰	۰/۶۱
	خطا	۵۱/۲	۲۸	۱/۸۳			
دشواری در انجام رفتار هدفمند	گروه	۱۱۸/۳	۱	۱۱۸/۳	۵۱/۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	خطا	۶۴/۵	۲۸	۲/۳۰			
دشواری در کنترل تکانه	گروه	۹۵/۴	۱	۹۵/۴	۳۸/۰	۰/۰۰۲	۰/۵۲
	خطا	۷۰/۳	۲۸	۲/۵۱			
فقدان آگاهی هیجانی	گروه	۱۰۹/۲	۱	۱۰۹/۲	۳۹/۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	خطا	۷۶/۸	۲۸	۲/۷۴			
دسترسی محدود به راهبردها	گروه	۱۲۷/۵	۱	۱۲۷/۵	۴۹/۲	۰/۰۰۰	۰/۶۰
	خطا	۷۲/۴	۲۸	۲/۵۹			
عدم وضوح هیجانی	گروه	۸۱/۶	۱	۸۱/۶	۳۰/۵	۰/۰۰۳	۰/۴۸
	خطا	۷۴/۹	۲۸	۲/۶۷			

جدول ۶ نشان داد که در تمامی خرده‌مقیاس‌های تنظیم هیجان، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون (با کنترل اثر پیش‌آزمون) معنادار است $0/000$ تا $0/003$ ($p < 0/01$). در گروه آزمایش که تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند، میانگین نمرات پس‌آزمون در همه ابعاد کاهش معناداری داشت، که نشان‌دهنده بهبود تنظیم هیجان است. در گروه کنترل تغییرات معنادار مشاهده نشد. اندازه اثرهای بالا نیز تأییدکننده اثربخشی درمان بود. بنابراین، فرضیه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود تنظیم هیجان تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان در دختران دارای پرخوری عصبی مقطع تحصیلی متوسطه اول در شهر اصفهان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری نه تنها بر نمره کل متغیر تنظیم هیجان بلکه بر ابعاد آن نیز تأثیر معنادار داشته است. در مجموع، نتایج کوواریانس تک‌متغیری و کوواریانس چندمتغیری فرضیه اصلی پژوهش را تأیید می‌کنند و نشان دادند درمان شناختی رفتاری می‌تواند به‌طور معنادار و قابل توجهی تنظیم هیجان را در دختران دارای پرخوری عصبی بهبود بخشد. این یافته با نتایج (رهنورد و همکاران، ۱۴۰۴؛ گرگیچ و همکاران، ۱۴۰۱؛ ویسمن و همکاران، ۲۰۲۳؛ برکینگ و همکاران، ۲۰۲۲) همسو بود.

افراد در موقعیت‌های تنش‌زا یا هیجان‌برانگیز، بر اساس افکار و برداشت‌های خود از رویدادها واکنش نشان می‌دهند. وقتی این افکار تحریف‌شده یا ناسازگار باشند، فرد هیجانات شدیدتر و کنترل‌نشده‌تری را تجربه کرده و به رفتارهای ناکارآمد مثل پرخوری عصبی روی می‌آورد. در چارچوب درمان شناختی رفتاری، شرکت‌کنندگان به تدریج متوجه می‌شوند که نوع و کیفیت افکارشان تأثیر مستقیمی بر حالت هیجانی و سلامت روانشان دارد. افکار منطقی، واقع‌بینانه و سازنده می‌تواند احساس شادکامی و بهزیستی روان شناختی را افزایش دهد، در حالی که افکار تحریف‌شده، منفی یا ناسازگارانه معمولاً به تشدید ناراحتی و کاهش سلامت روانی منجر می‌شود.

هیجانات گوناگون واکنش‌های فیزیولوژیک متفاوتی برمی‌انگیزند و در چنین شرایطی، افزایش آگاهی نسبت به هیجانات و تحریف‌های شناختی و دستیابی به پذیرش غیرقضوتی می‌تواند به سلامت هیجانی کمک کند. در همین راستا، درمان شناختی رفتاری با تقویت آگاهی، بالا بردن توان تحمل هیجان و آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری سالم، به نوجوانان می‌آموزد هیجانات خود را بدون پرخوری یا واکنش‌های آسیب‌زا مدیریت کنند و بدین ترتیب، هم دشواری کلی تنظیم هیجان و هم ابعاد اختصاصی آن بهبود می‌یابد.

با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود آموزش تکنیک‌های CBT به مشاوران و روان‌شناسان مدارس می‌تواند به شناسایی و مداخله زودهنگام در اختلالات خوردن کمک کند، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در قالب جلسات مشاوره یا دروس مهارت‌های زندگی، به دلیل محدودیت زمانی و مکانی بسیاری از خانواده‌ها، توسعه پلتفرم‌های آنلاین مشاوره و درمان می‌تواند به گسترش خدمات CBT کمک کند، طراحی بسته‌های آموزشی برای والدین به منظور افزایش آگاهی از اختلال پرخوری عصبی و نحوه حمایت هیجانی و رفتاری از فرزندان.

سپاسگزاری: با تشکر از همه دانش‌آموزانی که در انجام پژوهش حاضر یاری رساندند؛ به منظور حفظ رازداری، از ذکر نام افراد و مدرسه خودداری شده است.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

- اشرفی، س.، بحرینیان، س. ع. م.، حاجی‌علی‌زاده، ک.، و دلاور، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخوری عصبی زنان دارای اضافه وزن. <https://doi.org/10.52547/rbs.18.2.182>
- جاوید، م.، محمدی، ن.، و رحیمی طاقانکی، چ. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم شناختی-رفتاری هیجان بر تنظیم هیجان و نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نوجوانان. روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۴)، ۹-۲۵. <https://doi.org/10.22075/jcp.2022.26068.2373>
- حاتمیان، پ.، رسول‌زاده طباطبایی، س.، و سوری، ا. (۱۴۰۰). تأثیر واقعیت‌درمانی بر تنظیم هیجان و شادکامی دختران مبتلا به پرخوری عصبی. روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۸(۴)، ۱۲۴-۱۳۴. <https://doi.org/10.32598/shenakht.8.4.124>
- ره‌نورد، م.، صحرایی، ش. ش.، اکبری پور، ف.، ریاحی فر، م.، صمدی، ف.، و حسن‌زاده حاجی‌آبادی، س. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. مجله شناخت، رفتار، یادگیری، ۲(۱)، ۱-۱۱. <https://doi.org/10.61838/jcbl.2.1.14>
- سپیده، پ.، و سعید، م. پ. (۱۴۰۴). پیش‌بینی علائم اختلالات خوردن: نقش خودارزشمندی و خودشیفتگی آسیب‌پذیر در دانشجویان دختر.
- ضرابی، ش.، طباطبایی نژاد، ف. س.، و لطیفی. (۲۰۲۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۹(۲)، ۳۶۹-۳۸۰. <https://doi.org/10.52547/rbs.19.2.369>
- قبادزاده، م.، محمدخانی، ش.، و حسنی، م. (۲۰۱۸). درمان‌های کلاسیک و نوین اختلال پرخوری. نشریه علمی رویش روان‌شناسی، ۷(۹)، ۲۲۹-۲۴۸. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-1011-fa.html>
- گرگیچ، ف.، عبدی، ح.، و طاهر، م. (۲۰۲۲). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجان و اضطراب زنان مطلقه. ۶(۴)، ۱۱۲-۱۰۱. SID. <https://sid.ir/paper/1126401/fa>
- لطیفی، ضرابی، طباطبایی نژاد، و زارع نیستانک. (۲۰۲۳). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی، رضایت، تصویر بدن و تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی. فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۱۳(۵۱)، ۳۳-۴۹. [20.1001.1.28222476.1401.13.51.3.1](https://doi.org/10.28222476.1401.13.51.3.1)
- یوسف‌ابیز، س.، سجاد، خ.، اسماعیل، م.، و بهروز، د. (۲۰۲۰). اثربخشی درمان هیجان‌محور بر اضطراب، افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در اختلال پرخوری. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.3246.1>

References

- 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>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Emotion Regulation in Adolescent Girls with Bulimia Nervosa in Lower Secondary Education

Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

König, L., Schröder, R., Hamer, T., & Suhr, R. (2024). Eating disorders and health literacy in Germany: Results from two representative samples of adolescents and adults. *Frontiers in Psychology*, 15, 1464651. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1464651>

Stice, E., Telch, C. F., & Rizvi, S. L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological Assessment*, 12(2), 123–131. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.2.123>

Wilson, K., & Kagabo, R. (2024). Bulimia nervosa and treatment-related disparities: A review. *Frontiers in Psychology*, 15, 1386347. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1386347>

Wisman, M. A., Emmelkamp, J., Dekker, J. J., & Christ, C. (2023). Internet-based emotion-regulation training added to CBT in adolescents with depressive and anxiety disorders: A pilot randomized controlled trial to examine feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness. *Internet Interventions*, 31, 100596. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100596>