رویش روان شناسی، سال ۸، شماره٦، شماره پیاپی **۳۹**، شهریور ۱۳۹۸
Rooyesh-e-Ravanshenasi, 8(6), 2019

اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به بی اشتهایی عصبی

The Effect of Mindfulness Intervention Base Stress Reduction on distress tolerance in woman with anorexia nervosa

بهناز ارتضایی (نویسنده مسئول)
کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان
شیوا سادات غفاری حسینی
کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان
دکتر مریم اسماعیلی
استادیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان

چکیده

در دهه‌های اخیر اختلالات خوردن، بویژه در جمعیت دختران نوجوان، شیوع بیشتری پیدا کرده است. پیامدهای آسیب‌زای ناشی از این اختلال و اختلالات همراه با آن قابل توجه بوده است. اختلال در فرآیندهای هیجانی همچون تحمل پریشانی از مشکلات اصلی همراه با اختلال بی اشتهایی عصبی است و لازم است مورد توجه قرار گیرد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به بی اشتهایی عصبی است. در این پژوهش از روش پژوهشی مورد منفرد با طرح A-B با پیگیری استفاده شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه ی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ بود که از میان آن ها دو نفر به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای هریک از آزمودنی‌ها دو جلسه‌ی خط پایه شش جلسه‌ی مداخله و دو جلسه‌ی پیگیری برگزار شد. مقیاس تحمل پریشانی (DTS)، در هرجلسه، توسط آزمودنی‌ها پاسخ داده شد. جهت تحلیل داده ها از تحلیل دیداری، شامل تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی برای هریک از متغیرهای وابسته استفاده شد. نتایج نشان داد که مداخله‌ی به کار رفته در این پژوهش، بر بهبود تحمل پریشانی آزمودنی‌ها مؤثر است (با PND ٪۱۰۰برای هر دو آزمودنی). بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر استرس می‌توانند به طور ریشه‌ای‌تر مسائل جدی زیربنایی همراه با این اختلال را پوشش دهد و به عنوان یک مداخله‌ی مؤثر بر بعضی از ابعاد مهم سلامت روان زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی به کار رود.

واژه‌های کلیدی: ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، استرس، بی‌اشتهایی عصبی.

Behnaz Ertezaee*
Master of Clinical Psychology, University of Isfahan
Shiva Sadat Ghaffari Hosseini
Master of Clinical Psychology, University of Isfahan
Dr. Maryam Esmaeily
Assistant Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan

Abstract

Eating disorders have been widespread in recent decades, especially in teenage girls. The harmful effects of this disorder and its associated disorders have been remarkable. Disruption of emotional processes such as distress tolerance is one of the main problems associated with anorexia nervosa and needs to be addressed. The purpose of this study was to investigate the effect of mindfulness intervention based stress reduction on distress tolerance in women with anorexia nervosa.The research design of the study was a single subject. The population of this study was all women with anorexia in Isfahan, in 2016, among whom two women were selected through convenience sampling. 2 baseline, six therapeutic, and two follow-up sessions were administrated for each participant. Distress Tolerance Scale (DTS), were responded in every session by the participants. Visual analysis, including inter- and intra-situational reports, were used to analyze the data for each dependent variable. The results showed that the intervention applied in the study was useful in distress tolerance (PND ۱۰۰%). Based on the results of the survey, stress-based mindfulness therapy can be applied as an efficient intervention on some critical aspects of the mental health of women with anorexia.

Keywords: mindfulness, distress tolerance, stress, anorexia.

نوع مقاله : گزارش موردی | **دریافت :** اردیبهشت ۹۷ | **پذیرش:** تیر ۹۷ | **ویرایش نهایی** : آبان ۹۸

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.26.2]

مقدمه

عادات و رفتارهای تغذیه می‌تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم بر حالات روانشناختی افراد مؤثر باشد (سادوک[1]، ۲۰۱۱). اختلالات خوردن در دهه‌های اخیر به ویژه در جمعیت دختران نوجوان شیوع بیشتری پیدا کرده است (کاستا و همکاران[2]، ۲۰۰۸). پیامدهای آسیب‌زای اقتصادی و اجتماعی ناشی از اختلال بی‌اشتهایی عصبی و اختلالات و مسائل همراه با آن قابل توجه بوده و مشکلات زیادی را برای فرد مبتلا و خانواده‌ی وی به همراه دارد (سامنالیو و همکاران[3]، ۲۰۱۵). اختلال بی‌اشتهایی عصبی اختلالی است که در جمعیت دختران و زنان، اختلال شایعی محسوب می‌گردد و شیوع آن ۱۰ تا ۲۰ برابر در دخترها بیشتر از پسرها است (سادوک، ۲۰۱۱). این اختلال با نشانه‌هایی همچون خودداری از حفظ وزن در حد طبیعی و متناسب با قد و دوره‌ی تحولی، هراس شدید از اضافه وزن و چاقی حتی هنگامی که وزن در حد طبیعی است یا از حدطبیعی بسیار پایین‌تر است؛ مشخص می‌گردد (بلاک و گرانت[4]،۲۰۱۴). این اختلال اغلب با وقایع استرس‌زای زندگی همراه است(اسپست[5]، ۲۰۱۱). همچنین شواهد پژوهشی حاکی از آن هستند که اختلال در فرآیندهای هیجانی همچون تحمل پایین پریشانی، از مشکلات اصلی همراه با اختلال بی‌اشتهای عصبی هستند (کانکوا[6]، ۲۰۰۷). همچنین اهمیت تحمل پریشانی به عنوان یک مؤلفه‌ی مهم در شروع و تداوم آسیب‌های روانی به طور روزافزونی مورد تأکید قرار گرفته است (زولنسکی، برنستین و وجانوویک[7]، ۲۰۱۱).

تحمل پریشانی میزان توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف می شود(سیمون و گاهر، ۲۰۰۵) و به این موضوع اشاره دارد که فرد تا چه حد قادر است ناراحتی‌های هیجانی تجربه شده را تحمل کرده و از خود مقاومت نشان دهد (اوکلرای،ایرونسون و اسمیتس[8]، ۲۰۰۷). در بین رویکردهای مختلف درمانی، تحمل پریشانی با مفاهیم ارائه شده در رویکرد ذهن آگاهی قرابت‌های بسیاری دارد (مارلت[9]، ۲۰۰۳). در درمان ذهن آگاهی از یکسو پاسخ‌دهی مناسب به تجارب استرس و پریشانی درونی و پذیرش و تحمل مناسب آن و از سوی دیگر تنظیم سازگارانه خلق و هیجانات مورد تأکید مستقیم قرار می‌گیرد (مارلت، ۲۰۰۳). اگرچه در زمینه‌ی درمان اختلال بی اشتهایی عصبی مداخلات مختلف دارویی و روان درمانی به کار رفته‌اند اما هنوز اثربخشی آنها بر بعضی از مسائل مهم همراه با این اختلال همچون تحمل پریشانی، به طور کافی مورد توجه پژوهش‌ها قرار نگرفته است. بنابراین با توجه به شکاف پژوهشی موجود، بررسی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، می‌تواند موضوع حائز اهمیتی تلقی شود که در این پژوهش به آن پرداخته شده است.

روش

در این پژوهش از طرح تجربی مورد منفرد و از نوع A-B با پیگیری استفاده شده است. یک پژوهش مورد منفرد که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی یا آزمایش سری‌های زمانی نامیده‌اند (لدفرد و گاست۱۰، ۲۰۰۹). همچنین در این طرح‌ها به جای استفاده از گروه کنترل، از موقعیت خط پایه به عنوان کنترل کننده‌ی عوامل مزاحم بهره گرفته می‌شود (گاست و لدفرد، ۲۰۰۹). جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی و مطب روانپزشکان و متخصصان تغذیه شهراصفهان است. شیوه ی انتخاب آزمودنی‌ها به صورت در دسترس بود. بدین صورت که از میان اعضای جامعه دو مراجع دارای تشخیص بی‌اشتهایی عصبی که تمایل به شرکت در پژوهش حاضر را داشتند به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند.

ویژگی دو شرکت کننده به شرح زیر می باشد: مورد اول زن ۲۷ ساله، متاهل، کارشناسی ارشد شیمی، بی‌اشتهایی عصبی از نوع محدود کننده، BMI:16.7، سن شروع بیماری ۱۸ سالگی، سابقه بستری ندارد. رژیم غذایی او بسیار کم کربوهیدرات و بدون چربی است. مورد

[1] Sadock
[2] Costa et al
[3] Samnaliev et al
[4] Black& Grant
[5] Espiest
[6] Kanekoa
[7] Zvolensky, Bernstein & Vujanovic
[8] O'Cleirigh, Ironson, and Smits
[9] Marlatt
[10] Ledford and Gast

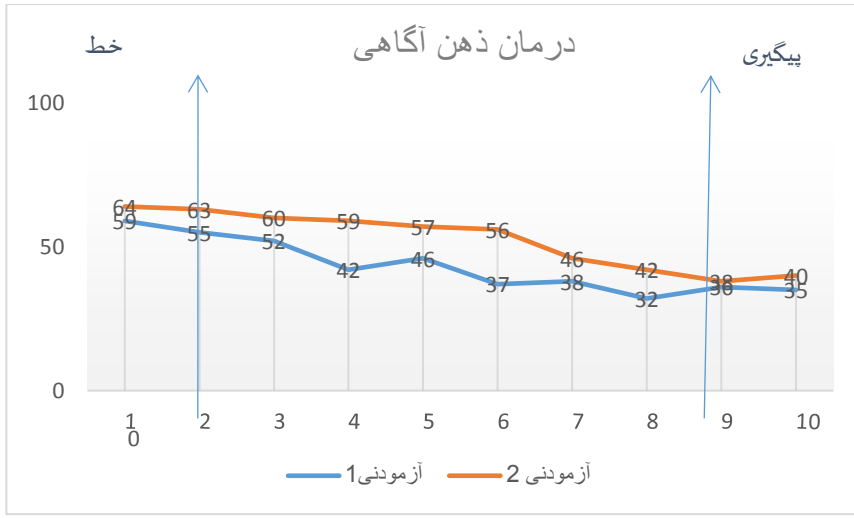
[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.26.2]

دوم دختر ۲۰ ساله، دانشجوی کارشناسی رادیولوژی، بی‌اشتهایی عصبی از نوع نوسان بین پرخوری- پاکسازی، BMI:16.4، سن شروع بیماری ۱۳ سالگی بوده و در حال حاضر تحت درمان دارویی نیست.

ابزارهای پژوهش شامل: مقیاس تحمل پریشانی: این مقیاس، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمون[1](۲۰۰۵) ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده است. ضریب آلفا برای این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است (سیمون و گاهر، ۲۰۰۵). در این پژوهش، پس از انتخاب آزمودنی‌ها، به مدت دو جلسه از هریک از آزمودنی‌ها در متغیرهای وابسته‌ی پژوهش خط پایه گرفته شد. سپس مداخله‌ی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به مدت شش جلسه مداخله‌ی انفرادی هفتگی، دریکی از مراکز آموزشی در شهر اصفهان، برگزار شد. پس از آن نیز آزمودنی‌ها در دو جلسه به منظور پیگیری شرکت کردند. در تمامی جلسات، ابزارهای پژوهش توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید.

یافته ها

در این پژوهش برای تجزیه تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها[2] و شاخص روند ثبات، درصد داده‌های غیر همپوش[3] و درصد داده‌های همپوش[4] استفاده شده است.



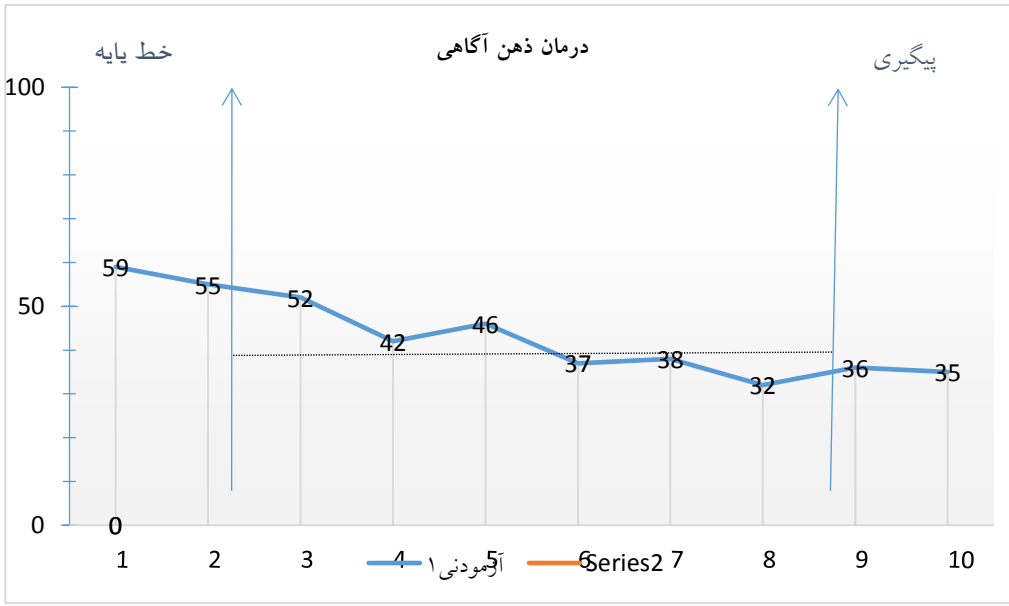
شکل۱: نمودار اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در موقعیت خط پایه و مداخله و پیگیری، برای دو آزمودنی

در شکل۱ مراحل تحلیل دیداری نمرات آزمودنی‌های پژوهش در متغیر وابسته‌ی تحمل پریشانی ارائه شده است. برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله ی اول با استفاده از میانه‌ی داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه‌ی داده‌ها موازی با محور x کشیده شد و یک محفظه‌ی ثبات[5]روی خط میانه قرار گرفت. محفظه‌ی ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه‌ی بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییر پذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰ – ۲۰ درصدی، اگر ۸۰٪ نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰درصد مقدار میانه (محفظه‌ی ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارد . پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش دو نیم کردن [6]استفاده شد و محفظه‌ی ثبات خط روند بر اساس معیار ۸۰ – ۲۰ درصدی رسم شد. پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه‌ی ثبات آن ها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانه و میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح روند و PND محاسبه شد. PND نشان دهنده‌ی سطح غیر

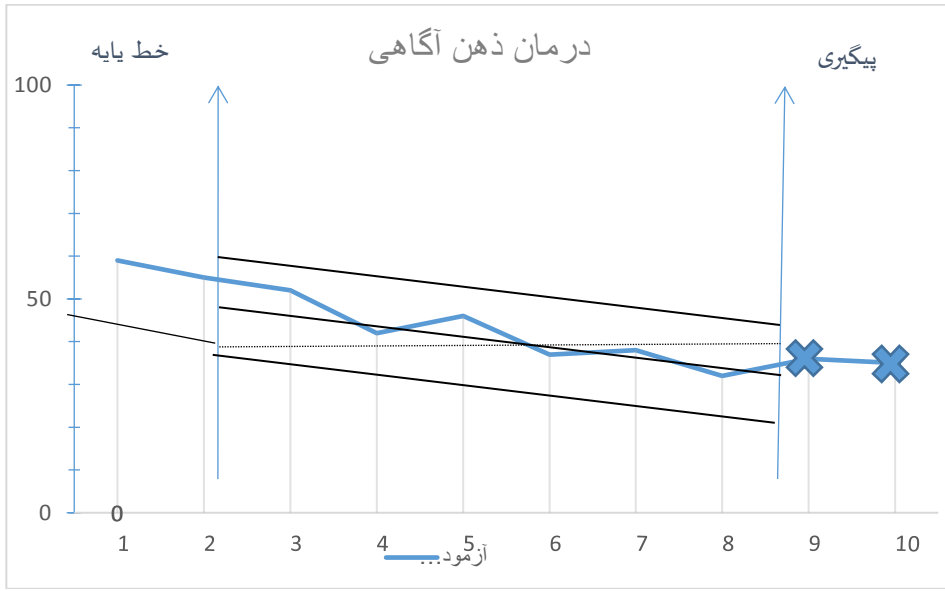
[1] Simons
[2] Visual anallysis
[3] Percentage of Non-overlapping Data
[4] Percentage of overlapping Data
[5] Stability Envelope
[6] Split – middle

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.26.2]

همپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیر همپوش (PND) بستگی دارد. همچنین، هر چه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر باشد (یا POD پایین تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست.



شکل ۲:ترسیم خط میانه و محفظه ثبات برای تحمل پریشانی آزمودنی اول



شکل ۳ ترسیم خط روند و محفظه ثبات برای تحمل پریشانی آزمودنی اول

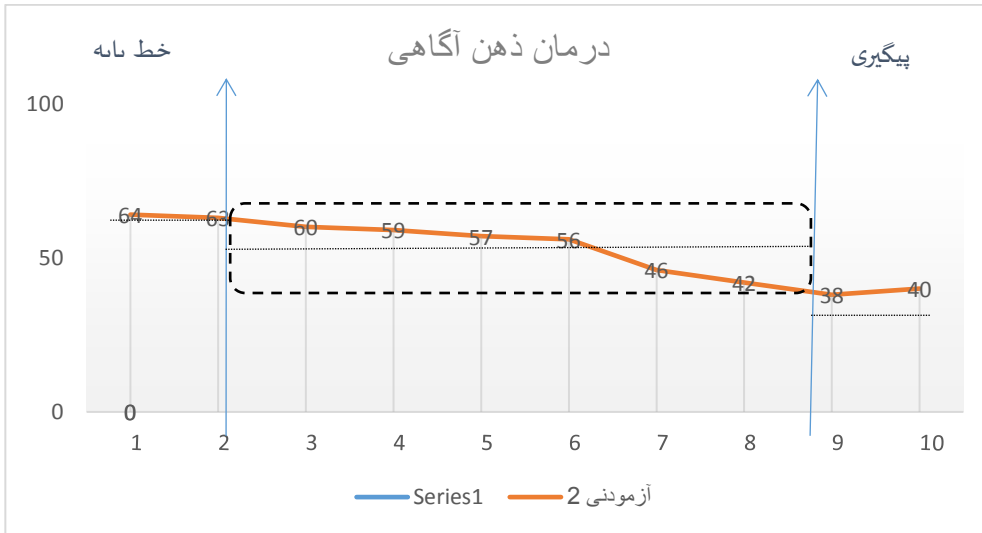
براساس تحلیل دیداری نمودارهای آزمودنی شماره ۱ نمودارخط میانه و خط روند و محفظه ثبات آنها به قرار زیر به دست آمد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.26.2]

جدول۱: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای تحمل پریشانی آزمودنی اول

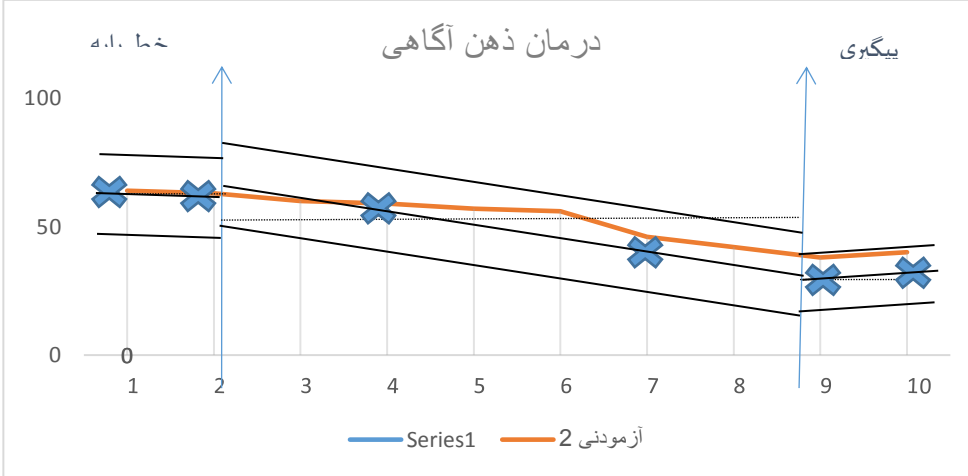
درون موقعیتی			بین موقعیتی ها	
۱-توالی موقعیت ها	A	B	۱-مقایسه ی موقعیت	B A
۲-طول موقعیت ها	۲	۶	۲-تغییرات روند	
۳-سطح			۲.۱- تغییر جهت	
۳.۱- میانه	۵۷	۳۹/۵۰	۲.۲- اثر وابسته به هدف	منفی
۳.۲- میانگین	۵۷	۴۱/۱۶	۲.۳- تغییر ثبات	با ثبات با ثبات
۳.۳- دامنه تغییرات	۵۹-۵۵	۵۲-۳۲	۳-تغییر در سطح	
۳.۴- دامنه ی تغییرات محفظه‌ی ثبات ۲۰٪ از میانه ی هر موقعیت	با ثبات	با ثبات	۳.۱- تغییر نسبی	۵۵ ۴۶
۴-تغییر سطح			۳.۲- تغییر مطلق	۵۵ ۵۲
۴.۱ - تغییر نسبی	۵۹-۵۵	۴۶-۳۷	۳.۳- تغییر میانه	۵۷ ۳۹/۵۰
۴.۲- تغییر مطلق	۵۹-۵۵	۵۲-۳۲	۳.۴- تغییر میانگین	۵۷ ۴۱/۱۶
۵-روند			۴-همپوشی داده ها	
۵.۱- جهت	نزولی	نزولی	PND -۴.۱	۱۰۰٪
۵.۲- ثبات	با ثبات	با ثبات	POD - ۴.۲	۰٪

خط میانه و محفظه‌ی ثبات تحمل پریشانی آزمودنی دوم در شکل ۴ و خط روند و محفظه‌ی ثبات آزمودنی دوم در تحمل پریشانی در شکل ۵ ارائه شده است.



شکل ۴:ترسیم خط میانه و محفظه ثبات برای تحمل پریشانی آزمودنی دوم

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.26.2]



شکل ۵ترسیم خط روند و محفظه ثبات برای تحمل پریشانی آزمودنی دوم

جدول۲: متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای تحمل پریشانی آزمودنی دوم

درون موقعیتی			بین موقعیتی	
۱-توالی موقعیت ها	A	B	۱-مقایسه ی موقعیت	B A
۲-طول موقعیت ها	۲	۶	۲-تغییرات روند	
۳-سطح			۲.۱- تغییر جهت	
۳.۱- میانه	۶۳/۵۰	۵۶/۵۰	۲.۲- اثر وابسته به هدف	مثبت
۳.۲- میانگین	۶۳/۵۰	۵۳/۳۳	۲.۳- تغییر ثبات	باثبات با ثبات
۳.۳- دامنه تغییرات	۶۴-۶۳	۶۰-۴۲	۳-تغییر در سطح	
۳.۴- دامنه ی تغییرات محفظه‌ی ثبات ۲۰٪ از میانه ی هر موقعیت	با ثبات	باثبات	۳.۱- تغییر نسبی	۶۳ ۵۹
۴-تغییر سطح			۳.۲- تغییر مطلق	۶۳ ۶۰
۴.۱ - تغییر نسبی	۶۴-۶۳	۶۰-۴۲	۳.۳- تغییر میانه	۶۳/۵۰ ۵۶/۵۰
۴.۲- تغییر مطلق	۶۴-۶۳	۶۰-۴۲	۳.۴- تغییر میانگین	۶۳/۵۰ ۵۳/۳۳
۵-روند			۴-همپوشی داده ها	
۵.۱- جهت	نزولی	نزولی	PND -۴.۱	۱۰۰٪
۵.۲- ثبات	با ثبات	با ثبات	POD - ۴.۲	۰٪

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.26.2]

طبق جدول شماره ۲ و۱، آزمودنی شماره یک، طی دونقطه خط پایه روندی ثابت در نمرات خود نشان داده است. با شروع درمان تغییری در سطح و روند (طبق شاخص تغییر سطح و تغییر روند) نمرات ایجاد شده و روند نمرات، نزولی بوده است که این نشانگر اثربخشی مداخله است. میانگین نمرات تحمل پریشانی آزمودنی اول از ۶۳/۵۰ در خط پایه به ۵۳/۳۳ و میانگین نمرات تحمل پریشانی آزمودنی دوم از ۶۳/۵۰ در خط پایه به ۵۰/ ۵۶ در مداخله رسیده است که نشان دهنده‌ی افزایش تحمل پریشانی در هر دو آزمودنی است. همچنین شاخص PND درمان با ۱۰۰درصد اطمینان، اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه گیری

همانطور که ملاحظه شد نتایج پژوهش حاضر نشانگر تأیید اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر بهبود تحمل پریشانی هر دو آزمودنی پژوهش بود. این نتیجه با نتایج پژوهش های پیشین از جمله صفا و همکاران (۱۳۹۴) که نشان داد نگرش‌های ناکارآمد، تحمل پذیری، گرایش به جلب توجه، از هم گسیختن عملکرد، ارزیابی و قابلیت پذیرش در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد هم سو است. هم چنین این نتیجه با پژوهش جلالی (۱۳۹۴) که حاکی از وجود تفاوت معنادار بین میانگین‌ها در مراحل خط پایه و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل از نظر توانایی تحمل استرس، سازش‌پذیری و سطح اضطراب بود نیز همسو می‌باشد.در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان به جنبه‌های مختلفی از مبانی درمان ذهن آگاهی اشاره کرد. اهمیت این یافته‌ها آن است که بار دیگر نقش مداخلات مثبت، به ویژه ذهن آگاهی را پر رنگ کرد. در نهایت می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به دلیل دارا بودن تکنیک‌های آگاهانه و به دور از قضاوت می‌تواند در تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیاشتهایی عصبی موثر باشد. اما باید توجه داشت که تداوم این اثربخشی مستلزم انجام تمرینات مستمر و گسترش تکنیک های ذهن آگاهی در سراسر زندگی می‌باشد. به طوری که این شیوه به یک سبک برای زندگی تبدیل شود.

در پایان کار لازم است به محدودیت‌های پژوهش اشاره کرد. این پژوهش تنها بر روی دو آزمودنی اجرا شد. هرچند این موضوع با طرح پژوهش حاضر همخوانی دارد ولی تعمیم پذیری این یافته‌ها نیازمند انجام پژوهش‌های بیشتری است. هم چنین در این پژوهش اثربخشی مداخله با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی همچون سن، تحصیلات و تأهل مورد بررسی قرار نگرفت، در حالی که این احتمال وجود دارد که بعضی از متغیرهای جمعیت شناختی به عنوان متغیر تعدیل کننده، بر نتایج تأثیر داشته باشند. با توجه به نتایج مثبت حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که از این درمان در جلسات مشاوره‌ای، درمانی و آموزشی بیشتر استفاده شود و در ارتقای سلامت روانی جوانان به عنوان بخشی از جامعه و کسانی که آینده کشور را خواهند ساخت، مورد استفاده قرار گیرد که این امر، منطبق و همسو با سیاست‌های وزارت بهداشت کشور و نیازهای ملی نیز می‌باشد.

منابع

جلالی، ندا. (۱۳۹۴). اثر بخشی مداخله MBRP بر بازداری هیجانی، تاب آوری، تحمل پریشانی و وسوسه در بیماران وابسته به مت آمفتامین. پایان نامه ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد.

صفا، میترا؛ قاسم بروجردی، فاطمه؛ کرملو، سمیرا و مسجدی، محمدرضا. (۱۳۹۴). اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر تحمل پریشانی و نگرش های ناکارآمد در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ریوی. پژوهش در سلامت روانشناختی ، ۸ (۴)، ۱۷-۶.

Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). DSM-5® guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Pub.

Costa, C., Ramos, E., Severo, M., Barros, H., & Lopes, C. (2008). Determinants of eating disorders symptomatology in Portuguese adolescents. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 162(12), 1126-1132.

Espeset, E. M. S. (2011). Body Image Disturbance and Emotional Regulation in Anorexia Nervosa.

Kanekoa, M. L. (2007). The Correlation Between the Eating Attitudes Test and Body Shape Questionnaire.

Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. Behavior Therapy, 41(4), 567-574.

Ledford, J. R., & Gast, D. L. (Eds.). (2009). Single subject research methodology in behavioral sciences. Routledge

Marlatt, G. A. (2003). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. Cognitive and behavioral practice, 9(1), 44-50.

O'Cleirigh, C., Ironson, G., & Smits, J. A. (2007). Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV?. Behavior therapy, 38(3), 314-323.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.26.2]

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.

Samnaliev, M., Noh, H. L., Sonneville, K. R., & Austin, S. B. (2015). The economic burden of eating disorders and related mental health comorbidities: An exploratory analysis using the US Medical Expenditures Panel Survey. Preventive medicine reports, 2, 32-34.

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion, 29(2), 83-102.

Zvolensky, M. J., Bernstein, A. & Vujanovic, A. A. (2011). Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application. New York: Guilford Press.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.6.26.2]