

## مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و رژیم درمانی مبتنی بر مدل رفتاری بر تنظیم هیجانی و تصویر بدنی در افراد مبتلا به اختلال پر خوری

سیدسجاد ایرانی<sup>۱</sup>، بهمن اکبری گوابری<sup>۲</sup>، عباس ابوالقاسمی<sup>۳</sup>، عباس بخشی پور رودسری<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** تنها درصد کمی از افراد مبتلا به اختلالات خوردن به درمان شناختی-رفتاری استاندارد پاسخ مثبت داده‌اند. این مطالعه به مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رژیم مبتنی بر مدل رفتاری در تنظیم هیجان و تصویر بدن در افراد چاق مبتلا به اختلال پر خوری می‌پردازد.

**روش پژوهش:** این پژوهش با طرح پیش‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. ۳۰ نفر از افراد چاق مبتلا به اختلالات پر خوری مراجعه کننده به کلینیک های تغذیه شهر رشت به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی به ترتیب طرحواره درمانی و مداخلات رژیم مبتنی بر مدل رفتاری دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های سبک‌های تنظیم هیجان طرحواره‌های ناسازگار، پرسشنامه نگرانی تصویر بدن و شاخص توده بدن بود. داده‌ها قبل، بعد و در طول دوره پیگیری جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده شد.

**یافته‌ها:** طرحواره درمانی و رژیم درمانی مبتنی بر مدل رفتاری هردو در کاهش اختلالات خوردن و تصویر بدن مؤثر بودند. تفاوت‌های معناداری در خرده مقیاس‌های خودسرنشگری و فاجعه‌سازی بین روش‌های درمانی وجود نداشت، اما طرحواره درمانی تأثیر بیشتری داشت. در خرده مقیاس‌های دیگر اثرگذاری درمان‌ها مشاهده نشد، به استثنای خرده مقیاس تمرکز مجدد مثبت که رژیم درمانی رفتاری تأثیر مثبت داشت.

**نتیجه‌گیری:** باتوجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت هر دو درمان در کاهش نگرانی از تصویر بدنی مؤثر عمل کرد اما برای تنظیم هیجان، اثربخشی دو درمان در خرده مقیاس های مختلف نتایج متفاوتی داشت.

**واژگان کلیدی:** اختلال پر خوری، تصویر بدنی، رژیم درمانی، طرحواره درمانی

**تاریخ دریافت:** ۱۴۰۲/۴/۶ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۲/۵/۳۱

**استناد:** ایرانی سید سجاد، اکبری گوابری بهمن، ابوالقاسمی عباس، بخشی پور رودسری عباس. مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رژیم درمانی مبتنی بر مدل رفتاری بر تنظیم هیجانی و تصویر بدنی در افراد مبتلا به اختلال پر خوری، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۴): ۱۵۰-۱۳۶

<sup>۱</sup> - گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران [Sajjad.irani3808@gmail.com](mailto:Sajjad.irani3808@gmail.com)

<sup>۲</sup> - (نویسنده مسئول)، استاد گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران. Tel: 09111361102 [Bakbari44@yahoo.com](mailto:Bakbari44@yahoo.com)

<sup>۳</sup> - استاد گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران [Abolghasemi1344@guilan.ac.ir](mailto:Abolghasemi1344@guilan.ac.ir)

<sup>۴</sup> - استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران [Bakhshipour@tabrizu.ac.ir](mailto:Bakhshipour@tabrizu.ac.ir)

## مقدمه:

اختلال پرخوری<sup>۱</sup> (BED) که اولین بار توسط استانکارد<sup>۲</sup> در ۱۹۵۰ شرح داده شد، الگویی متفاوت از پرخوری کردن است که با یک حس ناتوانی در کنترل بر زیاد خوردن بدون رفتارهای جبرانی مانند پاکسازی و ورزش، همراه می باشد (۱). میزان شدت اختلال بر پایه تعداد دوره‌های پرخوری از خفیف تا بسیار شدید متفاوت است (۲). اختلال پرخوری کردن با مسایل و مشکلات جسمانی و روان‌شناختی قابل توجهی همراه بوده و به دلیل مشکلات سازگاری در نقش اجتماعی، کیفیت ضعیف و رضایت از زندگی پایین، باعث افزایش کلی عوارض پزشکی و میزان مرگ و میر ناشی از افزایش وزن و چاقی در مبتلایان می شود (۳). در سبب‌شناسی اختلالات خوردن عوامل زیستی، روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی مطرح شده است (۳).

در پژوهش بادل<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۸)، نشان داده شده است که عواطف منفی و مشکلات تنظیم هیجان کاملاً در سبب‌شناسی و آسیب‌شناسی روانی اختلالات خوردن مهم هستند (۴).

مشاهدات بالینی رفتارهای خوردن در افراد چاق به آشکار شدن اهمیت هیجانات و برخی جنبه‌های ذهنی-روانی در حالات آنها منجر شد، مطالعات حوزه تنظیم هیجان بیماران تاکید دارد که خوردن یک راهبرد پاسخ دادن موثر بر آشفتگی روانشناختی یا یک آسیب تحولی در افراد می باشد (۵)؛ و مطالعات میکانتی<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد چندین راهبرد تنظیم هیجان نابهنجار مانند نشخوار، اجتناب و بازداری هیجانی با اختلالات خوردن مرتبط هستند، در واقع خوردن هیجان محور به عنوان تمایل به پرخوری در پاسخ به هیجانات منفی در افراد تعریف می‌شود که با صفات شخصیتی بیمارگون و اختلال در سیستم بد تنظیمی عدم کنترل به ویژه برای اضطراب غمگینی تصویر بدنی و تکانه‌ها مرتبط است. تکانه‌ها، خلق، تصویر بدنی و اضطراب ابعاد ذهنی هستند که در تنظیم هیجان مشارکت دارند و در تعیین ویژگی‌های رفتار خوردن به صورت تأثیر دوطرفه و متقابل موثر هستند (۵، ۶).

به نظر می رسد در پرخوری‌ها، در تنظیم هیجان‌های افراد اختلال ایجاد می شود بطوریکه خود غذا به مانند یک نظم دهنده تبدیل می‌شود، اگرچه این تغییر و بهبود در خلق بعد از دوره پرخوری با ثبات و قابل توجه نمی‌باشد (۳).

گوپتا و همکاران دریافتند زنان دارای اختلالات خوردن در مقایسه با گروه غیر بیمار، آگاهی کمتری از هیجانات خود داشته و در کنترل هیجانات خود با مشکل مواجهه می شوند. به غیر از این، تنظیم هیجانات می تواند به اصلاح و درمان نشانگان اختلالات خوردن منجر شود (۷). مفهوم تنظیم هیجان یک هدف کلیدی مداخلات چندین رویکرد درمانی اختلالات خوردن است و از دیگر سو، به لحاظ بالینی تصویر بدنی آشفته، بشکل گسترده‌ای جنبه هسته‌ای اختلالات خوردن محسوب می‌شود (۸). به همان میزان که شیوع چاقی و اضافه وزن افزایش یافته است منطقی است انتظار این را داشته باشیم میزان نارضایتی از تصویر بدنی هم افزایش داشته باشد، تحقیقات بلوئت<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۶) نشان داده است که درمانهایی که انعطاف‌پذیری فیزیکی و تصویر بدنی را مورد هدف قرار می‌دهند می‌تواند به طور معنی داری منجر به کاهش اختلالات خوردن در افراد مبتلا شود (۹). تصویر بدنی منفی ترکیبی از علایم نارضایتی بدنی با یک وارسی مربوط به بدن، رفتار اجتنابی و مختل شده را نیز شامل می‌گردد، جنبه مفهومی تصویر بدنی به عنوان بروز یا تظاهر ذهنی از شکل و ظاهر اندام شخص توصیف شده است (۱۰).

با در مقایسه با دیگر اختلالات خوردن، تصویر بدنی مختل شده یکی از مهمترین و برجسته ترین عوامل خطرپذیری در رابطه با سبب‌شناسی، استمرار و عود اختلال پرخوری است (۳).

<sup>۱</sup>- Binge Eating Disorder

<sup>۲</sup>- Stunkard, A. J.,

<sup>۳</sup>- Bodell

<sup>۴</sup>- Micanti

<sup>۵</sup>- Bluett

چندین مطالعه جنبه ارزشیابی تصویر بدنی مختل شده را در اختلال پرخوری بررسی کرده‌اند. در مجموعه یافته‌های بررسی لور و همکارانش نشان می‌دهد که تصویر بدنی مختل شده در اختلال اختلال پرخوری به ویژه همراه با وزن بالا، جثه بزرگتر از حد متعارف و نارضایتی بدنی به وقوع می‌پیوندد (۱۰).

درمان اختلالات خوردن یک کار دشوار است و تعداد نسبتاً کمی از مبتلایان به درمان شناختی رفتاری پاسخ می‌دهند (۱۱). یافته‌های بدست آمده از تحقیقات متعدد، مشخص شده است درمان شناختی - رفتاری برای اشکال مختلف اختلال خوردن ضروری است اما کافی نیست (۱۲، ۱۳). با توجه به این عدم اثربخشی رویکرد مورد نظر و مسایلی از این دست، این نکته که طرحواره درمانی ممکن است یک جایگزین ارزشمند برای درمان شناختی رفتاری در مورد تعدادی از بیماران باشد پیشنهاد و مطرح شده است (۱۴).

طرحواره درمانی که توسط یانگ و با تلفیق مداخلات شناختی، تجربی یا همان هیجان محور و الگوشکنی رفتاری جهت درمان طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی ایجاد شده است؛ مدلی فراتشخیصی است و کاربرد آن برای اختلال اختلالات خوردن، اختلال استرس پس از آسیب، اختلالات شخصیت و سوء مصرف مواد در سراسر دنیا مورد کاوش و ارزیابی قرار گرفته است و هم بیماران و هم درمانگران این رویکرد را مثبت ارزیابی کرده‌اند (۱۵، ۱۶).

طرحواره درمانی اختلالات خوردن، چهارچوبی فراهم می‌کند که در آن شناختها، هیجانات، رفتارها و روابط بین فردی ناکارآمد که در آسیب شناسی اختلالات خوردن می‌تواند درگیر باشد تقریباً مشخص می‌شود (۱۶). باید توجه داشت درمان‌هایی که در قالب گروه درمانی انجام می‌شوند می‌توانند با ایجاد یک فضای حمایتی باعث اثربخشی بیشتر درمان و افزایش تاب‌آوری درمانجویان شوند (۱۷، ۱۸). در مطالعه مروری که توسط کالورت<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۲۰۱۸ به ارزیابی طرحواره درمانی در اختلال خوردن پرداختند، مشخص گردید که طرحواره درمانی برای درمان این بیماران، تکنیکی امیدوار کننده است. شواهدی که در زمینه عوامل موثر بر خطر پرخوری وجود دارد، بطور ضمنی وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در افراد مبتلا به اختلال پرخوری تایید می‌کند (۱۱).

اگرچه پژوهش‌ها سودمندی طرحواره درمانی را در گستره وسیعی از اختلالات نشان می‌دهند و استفاده از طرحواره درمانی افزایش یافته است، گسترش کاربرد این درمان نیازمند ارزیابی کافی از اثربخشی آن است. با توجه به آنچه بیان شد بررسی حاضر در نظر دارد با مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رژیم درمانی مبتنی بر مدل رفتاری در تنظیم هیجانی، تصویر بدنی افراد چاق مبتلا اختلال پرخوری مرضی؛ به این سوال پاسخ دهد که آیا طرحواره درمانی و رژیم درمانی مبتنی بر مدل رفتاری بر کاهش پرخوری عصبی موثر است یا خیر؟ و کدام یکی از این دو روش موثرتر عمل می‌کند؟

### روش پژوهش:

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه آزمایشی مداخله‌ای (طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال پرخوری مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه شهر رشت در طول سال ۹۶ - ۹۷ می‌باشد. نمونه آماری تحقیق مشتمل بر ۳۰ نفر می‌باشد که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهایی که برای ورود به مطالعه انتخاب شدند شامل: عدم ابتلاء به اختلالات روانی شدید دیگر، سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، نمایه توده بدنی بالاتر از ۲۵، عدم ابتلاء به اختلال جسمانی مزمن، میزان تحصیلات سیکل و بالاتر، باردار نبودن، عدم مصرف داروهای روان گردان یا داروهای تاثیرگذار بر روی وزن، عدم وجود عوامل استرس زای شدید اخیر در شش ماه گذشته (مثل طلاق)، عدم وجود سابقه بیماری‌های نظیر تیروئید، دیابت، بیماری کلیوی، بیماری قلبی - عروقی. افراد شرکت کننده در مطالعه افرادی بودند که در زمان اجرای

مطالعه هیچ گونه برنامه‌ی مداخله‌ای دریافت نمی کردند. در ابتدای مطالعه وزن تمامی افراد مطالعه توسط ترازوی دیجیتالی اندازه گیری و یادداشت شد.

در مرحله بعد هریک از آزمودنی ها توسط دو روانشناس و براساس DSM-5 مورد ارزیابی و مصاحبه بالینی قرار گرفتند و سی نفر بعنوان افراد چاق مبتلاء به اختلال پرخوری انتخاب شدند. سپس این افراد به صورت گمارش تصادفی در سه گروه قرار گرفتند (گروه آزمایش طرحواره درمانی، گروه رژیم درمانی رفتاری و گروه کنترل بدون هیچ گونه مداخله). افراد گروه دوم توسط متخصص تغذیه و رژیم درمانی، رژیم غذایی رفتاری کم کالری<sup>۱</sup> با کنترل وزن و رژیم غذایی در دوره های چهارده روزه و به مدت سه ماه جهت کنترل و مدیریت تغذیه و کاهش وزن دریافت کردند. بعلاوه از افراد خواسته شد تا برنامه فعالیت بدنی خود را با توجه به نظر متخصص تغذیه تنظیم کرده و میزان آن را در طول مطالعه تغییر ندهند. ضمن اینکه در ابتدای برنامه درمانی توسط پژوهشگر درباره ی اختلال پرخوری و نشانگان این اختلال از جمله رفتار پرخوری های دوره ای و خوردن هیجانی برای سرکوبی هیجانات منفی شان آگاهی بخشی شد.

در ابتدای تحقیق پیش آزمون ( پرسشنامه های تنظیم هیجان و تصویر بدنی و عوامل دموگرافیک ) در تمام گروهها اجرا شد و مداخله در گروههای آزمایش ( طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری) اجرا شد و در اتمام مداخله، پس آزمون انجام شد. نهایتاً بعد از گذشت ۲ ماه پیگیری انجام شد. برای گروه اول، طرحواره درمانی بر اساس پروتکل اختلالات خوردن، طی ۱۰ جلسه، هر جلسه به مدت ۱ ساعت و نیم و یک بار در هفته برگزار شد. ابزار پژوهش:

۱. پرسشنامه سبکهای تنظیم شناختی هیجان فرم کوتاه<sup>۲</sup>: این پرسش نامه را گارنفسکی و کرایچ<sup>۳</sup> ساخته اند و ۱۸ سؤال دارد (۱۹). پاسخگویی به هریک از آیتمهای آن به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه ای میباشد. ساختار این پرسش نامه چند بعدی بوده و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی بعد از تجربه ای ناگوار به کار می رود. این پرسشنامه در گروه های بهنجار و بالینی از سن ۱۲ سال به بالا قابل اجرا است. سازندگان این پرسش نامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و راهبردهای منفی ۰/۸۷ و راهبردهای مثبت ۰/۹۱ محاسبه کرده اند. نتایج پژوهش حسنی نشان داد که فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است. نتایج آلفای کرونباخ ( با دامنه ی ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ ) نشان داد که ۹ خرده مقیاس فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان دارای اعتبار مطلوبی هستند (۲۰).

۲. پرسشنامه نگرانی در مورد تصویر بدنی: پرسشنامه نگرانی در مورد تصویر بدنی توسط لیتون و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است ایران مورد ارزیابی قرار گرفت (۲۱) این پرسشنامه ۱۹ ماده دارد که به صورت ۵ گزینه ای با دامنه ی یک تا پنج نمره گذاری می شود. این محققین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۳ و ضریب اعتبار این پرسشنامه را از طریق مقیاس وسواس پادو (۰/۶۳) و مقیاس اختلالات خوردن (۰/۴۰) مطلوب و رضایت بخش گزارش کردند. در ایران محمدی از طریق همسانی درونی و بازآزمایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۶ گزارش کرده اند در ایران (P<۰/۰۱) کردند. همچنین بین این پرسشنامه و مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت همبستگی معناداری دست آمده است (۰/۶۱) (۲۱).

۳. پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ فرم کوتاه<sup>۴</sup>: برای سنجش طرحواره های ناسازگار اولیه از پرسشنامه ای که یانگ (۲۰۰۵) با ۷۵ سؤال، مقیاس پاسخگویی ۶ درجهای لیکرت (کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۶) و ۱۵ خرده مقیاس شامل محرومیت هیجانی، رها شدگی، بیاعتمادی / بد رفتاری، انزوای اجتماعی، نقص / شرم، وابستگی / بی کفایتی، آسیب

<sup>۱</sup> - Low calorie Behavioral Diet

<sup>۲</sup> - CERQ- Short Form

<sup>۳</sup> - Garnefski, N., & Kraaij, V.

<sup>۴</sup> - YSQ- SF

پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، گرفتاری/ در دام افتادگی، اطاعت، بازداري هیجانی، از خودگذشتگی، معیارهای سرسختانه، خویشتنداری خودانضباطی ناکافی، استحقاق و شکست تهیه و آماده اجرا کرده، استفاده شد. هر پنج سؤال این پرسشنامه مربوط به یک طرحواره و برای بدست آوردن نمره طرحوارهها، میانگین نمره در هر ۵ سؤال محاسبه میگردد. این پرسشنامه از اعتبار صوری مطلوبی برخوردار است (۲۲) پژوهشهای متعددی نیز کارآیی آن را در تفکیک بیماران بر مبنای طرحوارههای ناسازگارانه اولیه نشان داده اند (۲۳).

۴. شاخص توده بدن (BMI): شاخص توده بدن از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه شده است. وزن با استفاده از ترازوی دیجیتالی باحساسیت ۱۰۰ گرم سنجیده و قد نیز با استفاده از یک متر نواری غیر قابل اتساع به دقت ۰/۵ سانتی متر اندازه گیری شده است (۲۴).

جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل کواریانس چند متغیره در نرم افزار SPSS-24 استفاده شد.

#### یافته‌ها:

داده‌های جمعیت شناختی نشان میدهد میانگین سنی بیماران در گروه طرحواره- درمانی ۴ / ۳۱ و در گروه رژیم درمانی رفتاری ۸ / ۳۴ و گروه گواه ۳ / ۳۰ بود. ۳۷ درصد از شرکت کنندگان در پژوهش شاغل و ۴۶ درصد خانه دار و ۱۷ درصد بیکار بودند. بیشترین میزان فراوانی تحصیلات در هر سه گروه لیسانس ۱۶ نفر و کمترین فراوانی کارشناسی ارشد ۲ نفر بود. تمامی شرکت کنندگان در هر سه گروه زن بودند.

تعداد کل شرکت کنندگان در این پژوهش ۳۰ نفر در سه گروه ۱۰ نفری می‌باشد. در گروه طرحواره درمانی ۱۰ نفر حضور داشتند که ۴ نفر دارای تحصیلات کمتر از لیسانس، ۶ نفر دارای تحصیلات لیسانس می‌باشند. در گروه رژیم درمانی رفتاری ۱۰ حضور داشتند که ۴ نفر دارای تحصیلات کمتر از لیسانس، ۵ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۱ نفر دارای تحصیلات بیشتر از لیسانس می‌باشند. همچنین در گروه کنترل ۱۰ زن حضور داشتند که ۴ نفر دارای تحصیلات کمتر از لیسانس، ۶ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۱ نفر دارای تحصیلات بیشتر از لیسانس می‌باشند.

یافته‌ها حاکی از آن است که نمرات متغیر تنظیم هیجان در پس آزمون گروه طرحواره درمانی ۴۹/۹۰۰، در گروه رژیم درمانی رفتاری ۵۲/۰۱۰ و در گروه گواه ۶۱/۸۰۰ می‌باشد. همچنین نمرات متغیر تصویر بدنی در پس آزمون گروه طرحواره درمانی ۵۰/۵۰۰، در گروه رژیم درمانی رفتاری ۵۳/۹۰۰ و در گروه گواه ۶۶/۰۰۰ می‌باشد.

به منظور بررسی پیش فرض‌های استفاده از تحلیل‌های پارامتریک، ابتدا با استفاده از کلموگروف اسمیرنوف<sup>۱</sup> بررسی نرمال بودن داده‌ها انجام میگردد. یافته‌ها حاکی از آن است که داده‌های متغیرهای پژوهش هم در پیش آزمون و هم در پس آزمون بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان دهنده نرمال بودن داده‌ها می‌باشد. به منظور بررسی برابری ماتریکس واریانس‌ها، از آزمون باکسز<sup>۲</sup> استفاده شده است. داده‌ها نشان می‌دهد، سطح معناداری در آزمون باکسز بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد و مفروضه بعدی تحلیل‌های پارامتریک رعایت شده است.

یافته‌ها نشان می‌دهند که هر دو درمان طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری بر متغیرهای تنظیم هیجان و تصویر بدنی تاثیر داشته‌اند. حال به منظور مقایسه اثربخشی این دو شیوه درمانی از آزمون تعقیبی LSD در جدول ۵ استفاده می‌شود.

<sup>۱</sup>. Kolmogorov-Smirnov

<sup>۲</sup>. Box's

**جدول ۱. مقایسه دو درمان طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری با آزمون تعقیبی LSD برای متغیرهای وابسته**

| متغیر              | گروه اول           | گروه دوم | میانگین تغییرات | سطح معناداری |
|--------------------|--------------------|----------|-----------------|--------------|
| طرحواره درمانی     | رژیم درمانی رفتاری | -۱/۱۸۵   | ۰/۵۷۳           |              |
| تنظیم هیجان        | طرحواره درمانی     | کنترل    | -۱۱/۷۸۴         | ۰/۰۰۱        |
| رژیم درمانی رفتاری | کنترل              | -۱۰/۵۶۲  | ۰/۰۰۱           |              |
| طرحواره درمانی     | رژیم درمانی رفتاری | -۲/۲۷۱   | ۰/۶۱۱           |              |
| تصویر بدنی         | طرحواره درمانی     | کنترل    | -۱۵/۶۹۰         | ۰/۰۰۲        |
| رژیم درمانی رفتاری | کنترل              | -۱۳/۴۱۸  | ۰/۰۰۶           |              |

یافته های جدول ۱ نشان می دهند، بین دو درمان طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری بر هیچ یک از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی داری وجود ندارد، لذا فرضیه اصلی این پژوهش مبنی بر تفاوت این دو شیوه درمانی بر متغیرهای تنظیم هیجان و تصویر بدنی رد می شود. با این حال، یافته ها نشان می دهند که هر دو درمان بر هر دو متغیر پژوهش اثر گذار بودند. بر این اساس، فرضیه های فرعی این پژوهش مبنی بر (۱) اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و تصویر بدنی، و (۲) اثربخشی رژیم درمانی رفتاری بر تنظیم هیجان و تصویر بدنی، هر دو تایید می شوند. حال با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۲ به بررسی اثربخشی این دو درمان بر خرده مقیاس های پژوهش پرداخته می شود، سپس با استفاده از آزمون تعقیبی LSD در جدول ۳ به مقایسه این دو درمان بر خرده مقیاس های پژوهش پرداخته می شود.

**جدول ۲. بررسی تحلیل کوواریانس چند متغیره برای خرده مقیاس های پژوهش**

| منبع      | متغیر وابسته           | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذور | F      | سطح معناداری |
|-----------|------------------------|---------------|------------|---------------|--------|--------------|
| پیش آزمون | خود سرزنشی             | ۲۶/۴۰۸        | ۲          | ۱۳/۲۰۴        | ۹/۷۷۳  | ۰/۰۰۲        |
|           | پذیرش                  | ۶/۶۷۵         | ۲          | ۳/۳۳۸         | ۱/۹۵۲  | ۰/۱۷۴        |
|           | نشخوار فکری            | ۴۸/۶۸۲        | ۲          | ۲۴/۳۴۱        | ۱۱/۱۱۷ | ۰/۰۰۱        |
|           | تمرکز مجدد مثبت        | ۹/۷۰۷         | ۲          | ۴/۸۵۳         | ۴/۳۵۵  | ۰/۰۳۱        |
|           | تمرکز بر برنامه ریزی   | ۱/۲۱۴         | ۲          | ۰/۶۰۷         | ۰/۲۷۸  | ۰/۷۶۱        |
|           | ارزیابی مجدد مثبت      | ۴/۳۰۳         | ۲          | ۲/۱۵۲         | ۱/۹۸۰  | ۰/۱۷۱        |
|           | دیدگاه گیری            | ۶/۸۴۰         | ۲          | ۳/۴۲۰         | ۲/۰۵۷  | ۰/۱۶۰        |
|           | فاجعه سازی             | ۳۰/۲۱۶        | ۲          | ۱۵/۱۰۸        | ۱۲/۸۴۳ | ۰/۰۰۱        |
|           | ملامت دیگران           | ۶۴/۵۳۱        | ۲          | ۳۲/۲۶۶        | ۱۶/۳۵۴ | ۰/۰۰۱        |
|           | خجالت از ظاهر خود      | ۳۸۷/۷۶۲       | ۲          | ۱۹۳/۸۸۱       | ۴/۶۷۴  | ۰/۰۲۵        |
|           | تداخل نگرانی در عملکرد | ۲۱۹/۲۳۱       | ۲          | ۱۰۹/۶۱۵       | ۵/۱۴۵  | ۰/۰۱۹        |

## جدول ۳. مقایسه دو درمان طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری با آزمون تعقیبی LSD برای خورده مقیاس ها

| متغیر                | گروه اول           | گروه دوم | میانگین تغییرات | سطح معناداری |
|----------------------|--------------------|----------|-----------------|--------------|
| طرحواره درمانی       | رژیم درمانی رفتاری | ۲/۲۵۱-   | ۰/۰۰۴           |              |
| خود سرزنش گری        | طرحواره درمانی     | کنترل    | ۲/۷۱۶-          | ۰/۰۰۱        |
| رژیم درمانی رفتاری   | کنترل              | ۰/۴۶۴-   | ۰/۴۹۰           |              |
| طرحواره درمانی       | رژیم درمانی رفتاری | ۰/۷۳۰-   | ۰/۳۴۲           |              |
| پذیرش                | طرحواره درمانی     | کنترل    | ۱/۴۵۳-          | ۰/۰۶۶        |
| رژیم درمانی رفتاری   | کنترل              | ۰/۷۲۳-   | ۰/۳۴۲           |              |
| طرحواره درمانی       | رژیم درمانی رفتاری | ۰/۵۳۰-   | ۰/۵۳۹           |              |
| نشخوار فکری          | طرحواره درمانی     | کنترل    | ۳/۶۲۶-          | ۰/۰۰۱        |
| رژیم درمانی رفتاری   | کنترل              | ۳/۰۹۶-   | ۰/۰۰۲           |              |
| طرحواره درمانی       | رژیم درمانی رفتاری | ۱/۵۴۷    | ۰/۰۲۱           |              |
| تمرکز مجدد مثبت      | طرحواره درمانی     | کنترل    | ۰/۰۲۲           | ۰/۹۷۱        |
| رژیم درمانی رفتاری   | کنترل              | ۱/۵۲۵-   | ۰/۰۲۱           |              |
| طرحواره درمانی       | رژیم درمانی رفتاری | ۰/۵۸۱    | ۰/۵۰۰           |              |
| تمرکز بر برنامه ریزی | طرحواره درمانی     | کنترل    | ۰/۴۹۱           | ۰/۵۶۳        |
| رژیم درمانی رفتاری   | کنترل              | ۰/۰۹۱-   | ۰/۹۱۵           |              |
| طرحواره درمانی       | رژیم درمانی رفتاری | ۱/۱۷۹    | ۰/۰۶۵           |              |
| ارزیابی مجدد مثبت    | طرحواره درمانی     | کنترل    | ۰/۶۶۱           | ۰/۲۷۶        |
| رژیم درمانی رفتاری   | کنترل              | ۰/۵۱۸-   | ۰/۳۹۲           |              |
| طرحواره درمانی       | رژیم درمانی رفتاری | ۱/۱۶۸    | ۰/۱۳۲           |              |
| کم اهمیت شماری       | طرحواره درمانی     | کنترل    | ۰/۲۱۱-          | ۰/۷۷۵        |
| رژیم درمانی رفتاری   | کنترل              | ۱/۳۷۹-   | ۰/۰۷۷           |              |
| طرحواره درمانی       | رژیم درمانی رفتاری | ۲/۲۹۲-   | ۰/۰۰۲           |              |
| فاجعه سازی           | طرحواره درمانی     | کنترل    | ۲/۹۶۰-          | ۰/۰۰۱        |
| رژیم درمانی رفتاری   | کنترل              | ۰/۶۶۸-   | ۰/۲۹۲           |              |
| طرحواره درمانی       | رژیم درمانی رفتاری | ۱/۳۹۶-   | ۰/۱۰۱           |              |
| ملامت دیگران         | طرحواره درمانی     | کنترل    | ۴/۴۱۳-          | ۰/۰۰۱        |
| رژیم درمانی رفتاری   | کنترل              | ۳/۰۱۸-   | ۰/۰۰۲           |              |
| طرحواره درمانی       | رژیم درمانی رفتاری | ۰/۹۹۹-   | ۰/۷۸۹           |              |
| خجالت از ظاهر خود    | طرحواره درمانی     | کنترل    | ۱۰/۰۳۴-         | ۰/۰۱۴        |
| رژیم درمانی رفتاری   | کنترل              | ۹/۰۳۶-   | ۰/۰۲۴           |              |
| طرحواره درمانی       | رژیم درمانی رفتاری | ۲/۹۳۰-   | ۰/۲۸۲           |              |

|                        |                |        |        |       |
|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| تداخل نگرانی در عملکرد | طرحواره درمانی | کنترل  | ۸/۲۰۶- | ۰/۰۰۶ |
| رژیم درمانی رفتاری     | کنترل          | ۵/۲۷۶- | ۰/۰۶۰  |       |

یافته‌های جدول ۲ و ۳ نشان می‌دهند، در خورده مقیاس های خود سرزنش گری و فاجعه سازی افراد تحت درمان رژیم درمانی رفتاری هیچ تفاوت معناداری با گروه کنترل ندارند، در حالی که این تفاوت در افراد تحت درمان با طرحواره درمانی، معنا دار می باشد بدین معنی که طرحواره درمانی بر این خورده مقیاس ها اثر گذار بوده اما رژیم درمانی رفتاری تاثیری بر آنها نداشته است. در خورده مقیاس های پذیرش، تمرکز بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، و کم اهمیت شماری، هیچ یک از دو درمان طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری، بر این متغیرها اثر گذار نبوده است. در خورده مقیاس های نشخوار فکری، ملامت دیگران، و خجالت از ظاهر خود، هر دو درمان اثر گذار بوده اند، اما بین اثربخشی آنها تفاوت معنی داری یافت نشد. در خورده مقیاس تمرکز مجدد مثبت، طرحواره درمانی اثری بر این متغیر نداشته است، در حالی که رژیم درمانی رفتاری بر این متغیر اثربخش بوده است. در خورده مقیاس تداخل نگرانی در عملکرد، رژیم درمانی رفتاری تاثیری بر این متغیر نداشته است، در حالی که طرحواره درمانی برای این متغیر اثر بخش بوده است. در جدول ۴ با استفاده از تحلیل واریانس با نمرات افتراقی به بررسی دوره پیگیری مداخلات انجام شده پرداخته شد.

#### جدول ۴. تحلیل واریانس با میانگین نمرات افتراقی جهت دوره پیگیری

| مجموع مجذورات | درجه آزادی  | میانگین مجذور | F      | سطح معناداری |
|---------------|-------------|---------------|--------|--------------|
| تنظیم هیجان   | بین گروه ها | ۸۶۴/۰۶۷       | ۲      | ۴۳۲/۰۳۳      |
| درون گروه ها  | ۶۶۵/۸۰۰     | ۲۷            | ۲۴/۶۵۹ |              |
| تصویر بدنی    | بین گروه ها | ۱۴۱۰/۸۶۷      | ۲      | ۷۰۵/۴۳۳      |
| درون گروه ها  | ۲۱۷۲/۵۰۰    | ۲۷            | ۸۰/۴۶۳ |              |

یافته های جدول ۴ نشان می دهد در دوره پیگیری هر دو درمان بر متغیرهای تنظیم هیجان و تصویر بدنی دارای پایداری بوده اند. حال با استفاده از آزمون تعقیبی شفه به مقایسه دو شیوه درمان پرداخته می شود.

#### جدول ۵. مقایسه دو درمان در دوره پیگیری با آزمون تعقیبی شفه

| متغیر       | گروه اول           | گروه دوم           | میانگین تغییرات | سطح معناداری |
|-------------|--------------------|--------------------|-----------------|--------------|
| تنظیم هیجان | طرحواره درمانی     | رژیم درمانی رفتاری | ۱/۶۰۰-          | ۰/۷۷۳        |
|             | طرحواره درمانی     | کنترل              | ۱۲/۱۰۰-         | ۰/۰۰۱        |
|             | رژیم درمانی رفتاری | کنترل              | ۱۰/۵۰۰-         | ۰/۰۰۱        |
|             | طرحواره درمانی     | رژیم درمانی رفتاری | ۳/۹۰۰-          | ۰/۶۲۸        |
| تصویر بدنی  | طرحواره درمانی     | کنترل              | ۱۶/۱۰۰-         | ۰/۰۰۲        |
|             | رژیم درمانی رفتاری | کنترل              | ۱۲/۲۰۰-         | ۰/۰۱۹        |



یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که در دوره پیگیری همچنان بین اثربخشی دو درمان طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری در هیچ یک از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی داری وجود ندارد.

### بحث و نتیجه گیری:

در پژوهش حاضر هدف، مطالعه مقایسه اثربخشی دو روش طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری بر تنظیم هیجان و تصویر بدنی در افراد مبتلا به اختلال پرخوری بود. بین دو درمان طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری بر هیچ یک از متغیرهای اصلی پژوهش یعنی تصویر بدنی و تنظیم هیجانی تفاوت معنی داری وجود ندارد، لذا فرضیه اصلی این پژوهش مبنی بر تفاوت این دو شیوه درمانی بر متغیرهای تنظیم هیجان و تصویر بدنی رد می‌شود. با این حال، یافته‌ها نشان می‌دهند که هر دو درمان بر هر دو متغیر پژوهش اثر گذار بودند. فرضیه‌های فرعی این پژوهش مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و تصویر بدنی، و اثربخشی رژیم درمانی رفتاری بر تنظیم هیجان و تصویر بدنی، هر دو تایید می‌شوند. در خرده مقیاس‌های خود سرزنش‌گری و فاجعه‌سازی افراد تحت درمان رژیم درمانی رفتاری هیچ تفاوت معناداری با گروه کنترل ندارند، در حالی که این تفاوت در افراد تحت درمان با طرحواره درمانی، معنادار می‌باشد بدین معنی که طرحواره درمانی بر این خرده مقیاس‌ها اثر گذار بوده اما رژیم درمانی رفتاری تاثیری بر آنها نداشته است. در خرده مقیاس‌های پذیرش، تمرکز بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، و کم اهمیت شماری، هیچ یک از دو درمان طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری، بر این متغیرها اثر گذار نبوده است. در خرده مقیاس‌های نشخوار فکری، ملامت دیگران، و خجالت از ظاهر خود، هر دو درمان اثر گذار بوده اند، اما بین اثربخشی آنها تفاوت معنی داری یافت نشد. در خرده مقیاس تمرکز مجدد مثبت، طرحواره درمانی اثری بر این متغیر نداشته است، در حالی که رژیم درمانی رفتاری بر این متغیر اثربخش بوده است. در خرده مقیاس تداخل نگرانی در عملکرد، رژیم درمانی رفتاری تاثیری بر این متغیر نداشته است، در حالی که طرحواره درمانی برای این متغیر اثر بخش بوده است. هر دو درمان طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری بر متغیرهای تنظیم هیجان و تصویر بدنی تاثیر داشته‌اند.

اگرچه پژوهش مشابهی که بتوان یافته‌های حاضر را با آن مقایسه کرد، چندان زیاد نیست، ولی نتایج پژوهش حاضر به گونه غیرمستقیم با نتایج پژوهشهایی که طرحواره درمانی را در بهبود و درمان علایم روان شناختی مبتلایان به اختلالات خوردن به کاربرده‌اند همخوان می‌باشد. نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی در تنظیم هیجان و تصویر بدنی در افراد مبتلا به اختلال پرخوری بود. این یافته‌های با یافته‌های سیمپسون و همکاران (۲۵)، کالورت و همکاران (۱۱) همخوانی دارد.

به طور کلی در تبیین این نتایج می‌توان گفت افرادی که از سبک‌های شناختی ضعیف مانند نشخوار فکری، تلقی فاجعه آمیز و سرزنش خود استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد در برابر مشکلات هیجانی آسیب پذیرتر می‌باشند، در حالی که در افرادی که از سبک‌های مطلوب دیگر مانند ارزیابی مثبت استفاده می‌کنند، میزان آسیب پذیری کمتر است (۲۶، ۲۷). ارزیابی مثبت یک راهبرد شناختی تنظیم هیجان است که شامل تغییر روش‌های فکری، به منظور کاهش فشارهای هیجانی، در موقعیت بالقوه برانگیزاننده‌ی هیجان است که هم منجر به کاهش رفتارهای بیانگر و هم تجربه‌های منفی هیجانی می‌شود.

اما اینکه آیا طرح واره درمانی برای درمان بیماران دارای اختلال خوردن درمان نهایی است، هر چند بر طبق یافته‌های بدست آمده نتایج بیانگر مثر بودن این روش درمانی است اما هنوز زود است در این خصوص نتیجه‌گیری کنیم، پژوهش‌های آینده راه را برای نتیجه‌گیری بهتر روشن می‌سازند، اما آنچه تا حدودی مشخص و بارز است در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت طرحواره درمانی به دلیل ماهیت درمان بر برخی مولفه‌های اساسی مرتبط با اختلالات خوردن مانند تنظیم هیجان اثربخشی دارد. آنچه در پژوهش حاضر به دست آمد بیانگر آن است که در اختلال پرخوری هرگونه مداخله‌ای که بتواند آگاهی فردی برای بینش در بیمار نسبت به پرخوری به عنوان راهکاری برای افزایش توانایی در شناسایی و توصیف حالات عاطفی منجر

شود می تواند منجر به تنظیم هیجان و کاهش رفتارهای خوردن تکانه‌ای بویژه پرخوری کربوهیدرات شود. در تحقیق حاضر نیز اگرچه هردو روش رژیم درمانی و طرحواره درمانی در مقایسه با گروه کنترل بر تنظیم هیجان در بیماران مبتلاء تاثیرگذار بوده است اما در خرده مقیاس های تنظیم هیجان دو روش درمانی تفاوت وجود دارد. بنابر نظریه تئوری گریز که اختلال پرخوری تلاشی برای فرار از آگاهی فردی می داند مداخله در تنظیم هیجان می تواند منجر به تغییر در خودآگاهی و هشیاری افزایی فرد نسبت به رفتار پرخوری تکانشی شود. باتوجه به نتایج به دست آمده می توان گفت هر دو درمان در کاهش نگرانی از تصویر بدنی موثر عمل کرد اما برای تنظیم هیجان، هرکدام از این روش ها توانستند فقط تا حدی تاثیرگذار باشند.

### ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت کدهای اخلاقی، در تمام مراحل این پژوهش ملاحظات اخلاقی همچون اصل اخلاقی امانتداری علمی، حق معنوی مؤلفین آثار، رازداری و رضایت آگاهانه از تمام شرکت کنندگان شرکت کننده، رعایت شده است. این پژوهش در شورای پژوهشی و اخلاق دانشگاه آزاد رشت با کد اخلاق (IR. IAU.RASHT.REC.1399.013) به تأیید رسیده است.

### محدودیت های پژوهش

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به محدودیت در شناسایی و کنترل متغیرهای درون خانوادگی موثر بر متغیر وابسته، عدم آگاهی از میزان دقت و صحت پاسخ های نمونه آماری، محدودیت در کنترل بیمارهای زمینه ای جسمانی و روانی اشاره کرد. جامعه پژوهش محدود به شهر رشت بود و برای تعمیم یافته ها به کل جامعه، به مطالعات تکمیلی با ابعادی وسیع تر نیاز است اما با توجه به محدودیت امکانات، این گروه پژوهشی از انجام مطالعات پیگیری معذور بود.

### پیشنهادهای

براین اساس پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، می توان از دیگر رواندرومانی های موج سوم مانند پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> (ACT)، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در درمان اختلالات خوردن بویژه اختلال پرخوری استفاده شود.

### پیشنهادهای کاربردی

همچنین توصیه می گردد در مراکز خدمات روانپزشکی و روانشناختی، در درمان اختلال پرخوری از هردو روش طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری در درمان و کاهش علایم اختلال استفاده شود.

### References:

1. Saules KK, Carey J, Carr MM, Sienko RM. Binge-eating disorder: prevalence, predictors, and management in the primary care setting. J Clin Outcomes Manag. 2015; 22: 512-28.
2. Burton, Amy L. and Maree J. Abbott. "Conceptualising Binge Eating: A Review of the Theoretical and Empirical Literature." Behaviour Change, 2017; 34: 168 - 198.
3. Hilbert A. Binge-Eating Disorder. Psychiatr Clin North Am. 2019 Mar; 42(1):33-43. Doi:10.1016/j.psc.2018.10.011. Epub 2018 Dec 22. PMID: 30704638.
4. Bodell LP, Pearson CM, Smith KE, Cao L, Crosby RD, Peterson CB, Crow SJ, Berg KC. Longitudinal associations between emotion regulation skills, negative affect, and eating disorder symptoms in a clinical sample of individuals with binge eating. Eat

<sup>1</sup>- Acceptance and Commitment Therapy.

- Behav. 2019 Jan; 32: 69-73. Doi:10.1016/j.eatbeh.2018.12.005. Epub 2018 Dec 28. PMID: 30654193; PMCID: PMC7043891.
5. Micanti F, Iasevoli F, Cucciniello C, Costabile R, Loiarro G, Pecoraro G, Pasanisi F, Rossetti G, Galletta D. The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. *Eat Weight Disord.* 2017 Mar; 22(1): 105-115. Doi: 10.1007/s40519-016-0275-7. Epub 2016 Apr 11. PMID: 27068173; PMCID: PMC5334401.
  6. Moradi A, Ebrahimi ME, Rad I. The relationship between psychological hardness, demographic variables, and mental disorders of the nursing staff at Be'sat Hospital. *J Res Med Dent Sci.* 2018; 6(3): 198-205.
  7. Gupta S, Zachary Rosenthal M, Mancini AD, Cheavens JS, Lynch TR. Emotion regulation skills mediate the effects of shame on eating disorder symptoms in women. *Eat Disord.* 2008 Oct-Dec; 16(5):405-17. Doi: 10.1080/10640260802370572.
  8. Monell E, Clinton D, Birgegård A. Emotion dysregulation and eating disorders-Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *Int J Eat Disord.* 2018 Aug; 51(8): 921-930. Doi: 10.1002/eat.22925. Epub 2018 Jul 21. PMID: 30030942.
  9. Bluett EJ, Lee EB, Simone M, Lockhart G, Twohig MP, Lensegrav-Benson T, Quakenbush-Roberts B. The role of body image psychological flexibility on the treatment of eating disorders in a residential facility. *Eat Behav.* 2016 Dec; 23: 150-155. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.10.002. Epub 2016 Oct 19. PMID: 27776279.
  10. Lewer M, Nasrawi N, Schroeder D, Vocks S. Body image disturbance in binge eating disorder: a comparison of obese patients with and without binge eating disorder regarding the cognitive, behavioral and perceptual component of body image. *Eat Weight Disord.* 2016 Mar; 21(1): 115-25. Doi: 10.1007/s40519-015-0200-5. Epub 2015 Jul 16. PMID: 26178486.
  11. Calvert F, Smith E, Brockman R, Simpson S. Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *J Eat Disord.* 2018 Jan 9; 6: 1. Doi: 10.1186/s40337-017-0185-8. PMID: 29344359; PMCID: PMC5761160.
  12. Mathisen TF, Rosenvinge JH, Pettersen G, Friberg O, Vrabel K, Bratland-Sanda S, Svendsen M, Stensrud T, Bakland M, Wynn R, Sundgot-Borgen J. The PED-t trial protocol: The effect of physical exercise -and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC Psychiatry.* 2017 May 12; 17(1):180. Doi: 10.1186/s12888-017-1312-4. PMID: 28494809; PMCID: PMC5427572.
  13. Azari S, Haddadi A, Ebrahimi M I. The Effect of Cognitive-Behavioural Stress Management Training on Reducing Depressive Symptoms in Women with Premenstrual Syndrome. *hrjbaq.* 2021; 7 (1): 32-42. Doi: 10.52547/hrjbaq.7.1.32.
  14. Rania M, Aloï M, Caroleo M, Carbone EA, Fazia G, Calabrò G, de Filippis R, Staltari F, Segura-Garcia C. 'Impaired Autonomy and Performance' predicts binge eating disorder among obese patients. *Eat Weight Disord.* 2020 Oct; 25(5): 1183-1189. Doi: 10.1007/s40519-019-00747-z. Epub 2019 Jul 13. PMID: 31302882.
  15. Zamani N, Haddadi A. The Effect of Dialectical Behavior Therapy Skills on Reducing the Risky Behaviors of Patients with Borderline Semi-Clinical Symptoms. *hrjbaq.* 2019; 5 (1): 64-70. Doi: 10.29252/hrjbaq.5.1.64.

16. Meneguzzo P, Cazzola C, Castegnaro R, Buscaglia F, Bucci E, Pillan A, Garolla A, Bonello E, Todisco P. Associations Between Trauma, Early Maladaptive Schemas, Personality Traits, and Clinical Severity in Eating Disorder Patients: A Clinical Presentation and Mediation Analysis. *Front Psychol*. 2021 Mar 31; 12: 661924. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.661924. PMID: 33868136; PMCID: PMC8044897.
17. Haddadi A, Ebrahimi M E. The Effect of Yalom Group Therapy on Resiliency and Communication Skills in Students. *hrjbaq*. 2020; 5 (3): 188-198. doi:10.29252/hrjbaq.5.3.188.
18. Haddadi A, Ebrahimi M E, Zamani N, Zarabian N. Effects of Yalom Group therapy on the Resilience and Meaning in Life of the Nurses in Covid-19 Centers. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology*. 2021; 8(4): 209-214. Doi: 10.32592/ajnpp.2021.8.4.107.
19. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *Eur J Psychol Assess*. 2007; 23(3): 141-9.
20. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Res Behav Sci*. 2011; 9(4): 113. Available from: <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-207-en.html>
21. Mohammadi, N., Sajadinejad, M. The Relationship Among Body Image Concern, Fear of Negative Evaluation and Self-Esteem with Social Anxiety. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2007; 2(5): 55-70.
22. Oei, T.P.S. and Baranoff, J. (2007), Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59: 78-86. <https://doi.org/10.1080/00049530601148397>
23. ghahari S, viesy F, kavand H, yeke fallah M, zandifar H, farrokhi N et al . Psychometric Properties of Early Maladaptive Schemas Questionnaire Short Form-75 Items (YSQ-SF). *NPWJM*. 2020; 8 (27): 31-40. doi:10.29252/npwjm.8.27.31.
24. Weir CB, Jan A. BMI Classification Percentile and Cut off Points. In *Treasure Island (FL)*; 2022.
25. Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Front Psychol*. 2010 Nov 16; 1: 182. Doi: 10.3389/fpsyg.2010.00182. PMID: 21833243; PMCID: PMC3153792.
26. Videler AC, van Royen RJJ, Legra MJH, Ouwers MA. Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions. *Behav Cogn Psychother*. 2020 Jul; 48(4): 481-491. Doi: 10.1017/S1352465820000077. Epub 2020 Mar 10. PMID: 32153260.
27. Barati A, Ebrahimi M E, Firoozeh Z. Comparison of the effectiveness of gestalt coaching training and acceptance and commitment-based therapy on emotional intelligence and self-efficacy. *RBS*. 2021; 18 (4): 470-480. URL: <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-937-en.html>