

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

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 طرحواره‌درمانی و رژیم مبتنی بر مدل رفتاری در تنظیم هیجان و تصویر بدن در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری می‌پردازد.

**روش پژوهش:** این پژوهش با طرح پیش‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. ۳۰ نفر از افراد چاق مبتلا به اختلالات پرخوری 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 طرحواره‌درمانی 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:** طرحواره‌درمانی و رژیم درمانی مبتنی بر مدل رفتاری هر دو در کاهش اختلالات خوردن و تصویر بدن مؤثر بودند. تفاوت‌های معناداری در خرده مقیاس‌های خودسرنزنگری و فاجعه‌سازی بین روش‌های درمانی وجود نداشت، اما طرحواره‌درمانی تأثیر بیشتری داشت. در خرده مقیاس‌های دیگر اثرگذاری درمان‌ها مشاهده نشد، به استثنای خرده مقیاس تمرکز مجدد مثبت که رژیم‌درمانی رفتاری تأثیر مثبت داشت.

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

**واژگان کلیدی:** اختلال پرخوری، 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 پرخوری، 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> - استاد گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران. [Bakbari44@yahoo.com](mailto:Bakbari44@yahoo.com), Tel: 09111361102

<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.az.ir](mailto:Bakhshipour@tabrizu.az.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 می‌رسد در پرخوری‌ها، در تنظیم هیجان‌های افراد اختلال ایجاد می‌شود 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 می‌شوند. به غیر از این، تنظیم هیجان‌ات می‌تواند 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 معنی‌داری منجر به کاهش اختلالات خوردن در افراد مبتلاء 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).

<sup>۱</sup>- Binge Eating Disorder

<sup>۲</sup>- Stunkard, A. J.,

<sup>۳</sup>- Bodell

<sup>۴</sup>- Micanti

<sup>۵</sup>- Bluett

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

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 درمان هایی 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 طرحواره های 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 مداخله ای (طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل) است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال پرخوری مراجعه کننده به کلینیک های تغذیه شهر رشت در طول سال ۹۶ - ۹۷ می‌باشد. نمونه آماری تحقیق مشتمل بر ۳۰ نفر می‌باشد که با روش نمونه گیری 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 بیماری‌هایی 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 دیجیتال اندازه گیری و یادداشت شد.

در مرحله بعد هریک از آزمودنی‌ها توسط دو روانشناس و براساس DSM-5 مورد ارزیابی و مصاحبه بالینی قرار گرفتند و سی نفر بعنوان افراد چاق مبتلا 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 دوره‌های 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 درباره‌ی اختلال پرخوری و نشانگان این اختلال از جمله رفتار پرخوری‌های دوره‌ای و خوردن هیجانی برای سرکوبی هیجانات منفی شان آگاهی بخشی شد.

در ابتدای تحقیق پیش‌آزمون (پرسشنامه‌های 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، پس‌آزمون 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 کرایج<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 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 لیلتون 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 ( $P < 0.001$ ) کردند. همچنین بین این پرسشنامه و مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت همبستگی معناداری دست آمده است (۰/۶۱) (۲۱).

۱ - Low calorie Behavioral Diet

۲ - CERQ- Short Form

۳ - Garnefski, N., & Kraaij, V.

۳. پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ فرم کوتاه<sup>۱</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 پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، گرفتاری / در دام افتادگی، اطاعت، بازداری 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 دیجیتال با حساسیت 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:

داده های 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 می باشند. 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 می باشند. 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 می باشند.

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 می باشد. 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 می باشد.

به منظور بررسی پیش فرض های استفاده از تحلیل های پارامتریک، ابتدا با استفاده از کلموگروف اسمیرنوف<sup>۲</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 می باشد که نشان دهنده نرمال بودن داده‌ها می باشد. به منظور بررسی برابری ماتریکس واریانس ها، از آزمون باکسز<sup>۳</sup>

۱ - YSQ- SF

۲. Kolmogorov-Smirnov

۳. Box's

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.

**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	

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهند، بین دو درمان طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری بر هیچ یک از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری 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. بر این اساس، فرضیه‌های 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 می‌شوند. حال با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۲ به بررسی اثربخشی این دو درمان بر خرده مقیاس‌های پژوهش پرداخته می‌شود، سپس با استفاده از آزمون تعقیبی LSD در جدول ۳ به مقایسه این دو درمان بر خرده مقیاس‌های پژوهش پرداخته می‌شود.

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

منبع	متغیر وابسته	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح معناداری
		مجذورات	آزادی	مجذور		
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
	دیدگاه‌گیری	۶/۸۴۰	۲	۳/۴۲۰	۲/۰۵۷	۰/۱۶۰
	فاجعه‌سازی	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

۰/۰۱۹	۵/۱۴۵	۱۰۹/۶۱۵	۲	۲۱۹/۲۳۱	تداخل نگرانی در عملکرد
-------	-------	---------	---	---------	------------------------

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

۰/۷۸۹	-۰/۹۹۹	رژیم درمانی رفتاری	طرحواره درمانی	
۰/۰۱۴	-۱/۰۳۴	کنترل	طرحواره درمانی	خجالت از ظاهر خود
۰/۰۲۴	-۹/۰۳۶	کنترل	رژیم درمانی رفتاری	
۰/۲۸۲	-۲/۹۳۰	رژیم درمانی رفتاری	طرحواره درمانی	
۰/۰۰۶	-۸/۲۰۶	کنترل	طرحواره درمانی	تداخل نگرانی در عملکرد
۰/۰۶۰	-۵/۲۷۶	کنترل	رژیم درمانی رفتاری	

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

سطح معناداری	F	میانگین مجذور	درجه آزادی	مجموع مجذورات	بین گروه ها	تنظیم هیجان
۰/۰۰۱	۱۷/۵۲۰	۴۳۲/۰۳۳	۲	۸۶۴/۰۶۷	بین گروه ها	
		۲۴/۶۵۹	۲۷	۶۶۵/۸۰۰	درون گروه ها	
۰/۰۰۱	۸/۷۶۷	۷۰۵/۴۳۳	۲	۱۴۱۰/۸۶۷	بین گروه ها	تصویر بدنی
		۸۰/۴۶۳	۲۷	۲۱۷۲/۵۰۰	درون گروه ها	

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

سطح معناداری	میانگین تغییرات	گروه دوم	گروه اول	متغیر
۰/۷۷۳	-۱/۶۰۰	رژیم درمانی رفتاری	طرحواره درمانی	طرحواره درمانی
۰/۰۰۱	-۱۲/۱۰۰	کنترل	طرحواره درمانی	تنظیم هیجان
۰/۰۰۱	-۱۰/۵۰۰	کنترل	رژیم درمانی رفتاری	رژیم درمانی رفتاری



۰/۶۲۸	-۳/۹۰۰	رژیم درمانی رفتاری	طرحواره درمانی	
۰/۰۰۲	-۱۶/۱۰۰	کنترل	طرحواره درمانی	تصویر بدنی
۰/۰۱۹	-۱۲/۲۰۰	کنترل	رژیم درمانی رفتاری	

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. فرضیه های 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 مقیاس های 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 تأثیری بر آنها نداشته است. در خرده مقیاس‌های پذیرش، تمرکز بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، و کم‌اهمیت‌شماری، 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 تأثیری 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 تأثیر 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 روان‌شناختی مبتلابان 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 طرح‌واره درمانی برای درمان بیماران دارای اختلال خوردن درمان‌نهایی 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 می‌تواند 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 مقیاس‌های تنظیم هیجان دو روش درمانی تفاوت وجود دارد. بنابر نظریه تئوری گریز که اختلال پرخوری تلاشی برای فرار از آگاهی فردی می‌داند مداخله در تنظیم هیجان می‌تواند منجر به تغییر در خودآگاهی و هشیاری افزایشی فرد نسبت به رفتار پرخوری تکانشی شود. باتوجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت هر دو درمان در کاهش نگرانی از تصویر بدنی موثر عمل کرد اما برای تنظیم هیجان، هرکدام از این روش‌ها 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 شرکت‌کنندگان 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.

### محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت در شناسایی و کنترل متغیرهای درون خانوادگی موثر بر متغیر وابسته، عدم آگاهی از میزان دقت و صحت پاسخ‌های نمونه آماری، محدودیت در کنترل بیمارهای زمینه‌ای جسمانی و روانی اشاره کرد. جامعه پژوهش محدود به شهر رشت بود و برای تعمیم یافته‌ها به کل جامعه، به مطالعات تکمیلی با ابعادی وسیع‌تر نیاز است اما با توجه به محدودیت امکانات، این گروه پژوهشی از انجام مطالعات پیگیری معذور بود.

### پیشنهادها

براین اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، می‌توان از دیگر روان‌درمانی‌های موج سوم مانند پذیرش و تعهد<sup>1</sup> (ACT)، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در درمان اختلالات خوردن بویژه اختلال پرخوری استفاده شود.

### پیشنهادهای کاربردی

همچنین توصیه می‌گردد در مراکز خدمات روانپزشکی و روانشناختی، در درمان اختلال پرخوری از هردو روش طرحواره درمانی و رژیم درمانی رفتاری در درمان و کاهش علائم 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.

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

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 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 hardiness, 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, Friborg 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, Ouwens 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>

