



The efficacy of schema therapy on coping styles and body image concerns in obese people with binge-eating disorder : A single subject study

Maryam Nourizadeh Mirabadi¹, Marjan Hosseinzadeh Taghvaie², Reza Moloodi³, Sheida Sodagar⁴, Maryam Bahrami Hidaji⁵

1. Ph.D Candidate in Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: mnourizadeh49@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: marjantaghvai@yahoo.com

3. Assistant Professor, Substance Abuse and Dependence Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: k.moloodi@gmail.com

4. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: sh_so90@yahoo.com

5. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: Bahrami_h3@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 10 December 2022

Received in revised form 01 January 2023

Accepted 25 January 2023

Published Online 20 February 2023

Keywords:

Schema therapy, coping styles, body image concerns, obesity, binge eating disorder

ABSTRACT

Background: Inefficient coping styles and concern about body image are among the components that affect obese people with binge-eating disorders and lead to unhealthy eating behaviors. However, deep psychological interventions that focus on these components have received less attention. Considering that schema therapy is an integrated, deep, and effective treatment, the question of the current research is whether this intervention can affect coping styles and body image concerns in obese people with binge-eating disorders.

Aims: The purpose of the study was the effectiveness of schema therapy on coping styles and body image concerns in obese people with binge eating disorder.

Methods: The design of the current research was semi-experimental with a single-subject structure, including baseline, intervention and follow-up. The statistical population of the study included all obese women suffering from overeating who referred to a slimming clinic in Tehran in 2021-2022. The research sample consisted of eight obese women. The research tools were Young and Rygh's extreme compensation questionnaire (1994), Young and Rygh's avoidance questionnaire (1994), Fairburn's eating disorder symptoms questionnaire (2008) and semi-structured interview and schema therapy protocol (Simpson, 2018). For data analysis, percentage of non-overlapping data, improvement percentage, valid change index and trend chart were used.

Results: Indicators of improvement percentage, percentage of non-overlapping data, and reliable change index in the avoidance variable for the second, fourth, sixth, seventh, and eighth participants; In the variable of extreme compensation for the fourth, sixth, seventh, and eighth participants and in the variable of physical concerns, all the participants had a significant improvement in the intervention and follow-up stage (they had an RCI higher than 1.96), which indicates The efficacy and stability of schema therapy results.

Conclusion: Considering the effectiveness of schema therapy on extreme avoidance and compensation styles and body image concerns, it is suggested to pay attention to the physical components in the treatment of obese people suffering from overeating, to psychological components such as maladaptive schemas and coping styles arising from them.

Citation: Nourizadeh Mirabadi, M., Hosseinzadeh Taghvaie, M., Moloodi, R., Sodagar, Sh & Bahrami Hidaji, M. (2023). The efficacy of schema therapy on coping styles and body image concerns in obese people with binge-eating disorder : A single subject study. *Journal of Psychological Science*, 21(120), 2501-2518. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1920-fa.html>

Journal of Psychological Science, Vol. 21, No. 120, March, 2023

© 2021 The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.21.120.2501](https://doi.org/10.52547/JPS.21.120.2501)



✉ **Corresponding Author:** Marjan Hosseinzadeh Taghvaie, Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

E-mail: marjantaghvai@yahoo.com, Tel: (+98) 9125223220

Extended Abstract

Introduction

Binge-eating is one of the common disorders among obese people. In addition to focusing on physical treatments used for this disorder, paying attention to psychological treatments is helpful and considered a basic need. Diverse studies have demonstrated that treating the binge-eating disorder is a complicated process and nearly half of the patients with eating disorders have shown extreme symptoms 60 weeks after treatment (Fairburn et al., 2009). Considering the conflicting results regarding the effect of using cognitive and behavioral treatments in binge-eating disorder, it is necessary to use deeper treatments, such as schema therapy (Burton & Abbott, 2017; Virginia et al., 2016). Schema therapy is an integrated therapy that was devised by Young, and it is mainly based on the expansion of traditional cognitive behavioral therapy concepts and methods. Schema therapy links cognitive, behavioral, and experiential dimensions, interpersonal interactions, and psychoanalytic treatments in an integrated model (Bamelis et al., 2014). One of the strengths of this approach is considering the possibility of damage in the deep layers of personality and cognition with schemas. Considering the prevalence of comorbidity and complex personality traits in people with eating disorders, schema therapy has been identified as a potentially suitable treatment option. The schemas targeted for treatment are persistent, self-injurious patterns that usually begin early in life. These patterns consist of negative/inefficient thoughts and feelings that have been repeated many times and create obstacles to achieving goals and meeting one's needs (Rafaeli, 2020). Schema therapy is designed to eliminate negative patterns of thinking, emotions, and behavior, as well as make suitable alternatives for them (Bamelis et al., 2014). This method has been used in both individual and group forms, with a wide variety of clinical disorders, including borderline personality disorder (Farrell et al., 2012; Giesen-Bloo, 2006), chronic depression (Snorrason et al., 2019; Renner et al., 2016) and eating disorders (Pourjaberi & Dasht Bagri, 2018; Pugh & Rae, 2019; Simpson et al., 2010). The significant effect of

schema therapy on mental disorders has been reported in the research of Pugh (2019) and Masley et al. (2012) at a moderate level. In another study, Simpson et al. (2010) showed that schema therapy led to changes in eating disorder severity in obese individuals with eating disorders. Furthermore, schema therapy has influenced the body image of obese people with binge-eating disorders (Kang & Kwack, 2020; Espie et al., 2019). Considering that complicated psychological factors are involved in the phenomenon of obesity and eating disorders, it is necessary to use treatments that pay attention to the comprehensive changes in people. The main question of the current research is whether schema therapy has an effect on the coping styles and body image of obese people with binge-eating disorder in a single-subject study.

Method

The current study is a quasi-experimental study with a single-subject structure, including baseline and follow-up (ABA). The statistical population of this research included all obese women suffering from overeating who were referred to a slimming clinic in Tehran in 2021-2022. Eight obese women were selected purposefully as the study sample according to the inclusion criteria. In order to carry out the research, first among the clients of a slimming clinic, screening was done using the eating disorder questionnaire. Then, a clinical interview was conducted with 20 clients who scored above the cut-off line (cut-off line = 4) in the questionnaire. According to the results of the questionnaire and interview, 8 people were selected as the research sample, and they were given explanations about the purpose and number of meetings. Entrance criteria include; Minimum education at the diploma level, minimum age of 24 years and maximum age of 45 years, suffering from binge-eating disorder based on medical records, completed questionnaire and diagnostic interview, having a body mass index equal to 30 and above and not having a history of heart attack or stroke. Exit criteria include; participating in another educational workshop or receiving other treatments at the same time, having physical diseases affecting eating and weight, and suffering from psychiatric disorders interfering with treatment

(psychotic disorders, drug use, suicidal thoughts) according to the items listed in the individual records profile, and taking drugs that increase appetite or weight. During the intervention, questionnaires were measured and recorded every other week. In order to follow up the process of changes after the intervention, the subjects were followed up 2 months later, once every 2 weeks using the measurement tool. For data analysis, percentage of non-overlapping data (PND), improvement percentage, and reliable change index (RCI) were used as effect size indicators. Finally, in order to visualize and better understand the above values, the trend chart and interpretation of the ups and downs of the participants' scores in different stages of the baseline, intervention and follow-up were used. The research tools were Young and Rygh's extreme compensation Young and Rygh's Compensation Inventory (1994), Young and Rygh's Avoidance Inventory (1994), Fairburn's eating disorder symptoms questionnaire (2008), and semi-structured interview, and Simpson's schema therapy protocol (Simpson, 2018).

Results

The improvement percentage, the percentage of non-overlapping data and the reliable change index (RCI) in the avoidance variable in the second, fourth, sixth, seventh and eighth participants had a significant improvement in the intervention phase (RCI higher than 1.96 or it was not possible to calculate because the variance of the baseline scores was zero). The second, fourth, sixth, seventh and eighth participants continued their improvement in the follow-up phase, which indicates the stability of the treatment results. In the variable of compensation, the fourth, sixth, seventh and eighth participants had a significant improvement in the intervention stage. The 3rd, 4th, 6th, 7th, and 8th participants continued their improvement in the follow-up phase, which indicates the stability of the treatment results. In the variable of body image concerns, all participants had a significant improvement in the intervention stage. Furthermore, all participants continued their

improvement in the follow-up phase, which indicates the stability of the treatment results.

Conclusion

The aim of the present study was the efficacy of schema therapy on coping styles and body image concerns in obese people with binge-eating disorder. As the findings showed, a significant improvement was observed in the variables of avoidance coping style, compensation and body image concerns in the intervention and follow-up stage, which indicates the efficacy and stability of schema therapy results. In the explanation of the results, it can be stated that during the schema therapy sessions, due to the strengthening of healthy adults, overeating behavior as one of the common behaviors when using the avoidance coping style was removed from the behavioral treasury of the participants, and they were fully aware of this process. Furthermore, the results showed that in people whose impulsive-undisciplined child is more active, the use of short-term and habitual methods as well as solutions that seek immediate profit are more common, and changing the coping style is associated with more challenges. In schema therapy, the goal is to first identify the initial maladaptive schemas and the initial experiences that caused the disorder and problem as a result of them, and then by changing these schemas, the person drives the eating behaviors, including worrying about the body or body image decreases. Obese people have problems with body image, which is a multifaceted psychological experience that includes evaluative thoughts, beliefs, feelings, and behaviors related to one's physical appearance (Snorrason et al., 2019). Obese people have excessive mental preoccupation with their physical appearance, in such a way that their performance in different areas of life is affected, and it makes them susceptible to suffering from psychological disorders and disturbances in many areas of life. Disturbing images and thoughts about physical appearance reduce their quality of life and daily functioning (Dennin & Lee, 2018). It seems that by using cognitive, experiential, behavioral and interpersonal guides, the participants achieved the reconstruction of negative cognitions and bitter memories about the body and eating, and were able to

correct unhealthy schema mentalities such as the critical parent, the vulnerable child, angry and impulsive as well as ineffective confrontations, improve their evaluation and negative perceptions of themselves and have a more positive understanding of their body. One of the limitations of the current research was holding meetings during the Corona era, which caused some exercises to be omitted. Another limitation was the large number of assessments, which could be boring for respondents. Experts working in slimming clinics are advised to use deep psychological interventions, including schema therapy, in addition to diet therapy, in order to correct coping styles and body image concerns that affect eating styles.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: Ethical permission for this article has been issued by Islamic Azad University, Karaj branch. This article is taken from the doctoral dissertation of Islamic Azad University, Karaj branch. The permission to carry out this research was issued by the Islamic Azad University of Karaj with the code of ethics IR.IAU.K.REC.1400.055. It can also be seen on the website of the National System of Ethics in Biomedical Research.

Funding: This study was conducted as a Ph.D. dissertation with no financial support.

Authors' contribution: The first author is a student and the main researcher, the second and third authors are supervisors, and the fourth and fifth authors are advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We hereby thank and appreciate the management of the slimming clinic that cooperated in this research and all the participants who collaborated in this research.



اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای و نگرانی‌های تصویر بدنی در افراد چاق مبتلا به اختلال پر خوری: مطالعه تک آزمودنی

مریم نوری‌زاده میرآبادی^۱، مرجان حسین‌زاده تقوایی^۲، رضا مولودی^۳، شیدا سوداگر^۴، مریم بهرامی هیدجی^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳. استادیار، مرکز تحقیقات سومصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۵. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و نگرانی درباره تصویر بدنی از جمله مؤلفه‌هایی هستند که بر روی افراد چاق دچار اختلال پر خوری تأثیر می‌گذارند و منجر به رفتارهای ناسالم خوردن می‌شوند. با این وجود مداخلات عمیق روانشناختی که بر روی این مؤلفه‌ها تمرکز کند، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به اینکه طرحواره درمانی، درمان یکپارچه، عمیق و کارآمدی است سؤال پژوهش حاضر این است که آیا این مداخله می‌تواند بر سبک‌های مقابله‌ای و نگرانی تصویر بدنی در افراد چاق مبتلا به اختلال پر خوری تأثیرگذار باشد؟

هدف: هدف پژوهش اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای و نگرانی‌های تصویر بدنی در افراد چاق مبتلا به اختلال پر خوری بود. **روش:** طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با ساختار تک آزمودنی شامل خط پایه، مداخله و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان چاق مبتلا به پر خوری مراجعه کننده به یک کلینیک لاغری شهر تهران در سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش را هشت نفر از زنان چاق تشکیل داده بودند. ابزار پژوهش پرسشنامه جبران افراطی یانگ و رای (۱۹۹۴)، پرسشنامه اجتناب یانگ و رای (۱۹۹۴)، پرسشنامه نشانه‌های اختلال خوردن فیورون (۲۰۰۸) و مصاحبه نیمه ساختاریافته و پروتکل طرحواره درمانی (سیمپسون، ۲۰۱۸) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از درصد داده‌های ناهمپوش، درصد بهبودی و شاخص تغییرات معتبر و نمودار روند استفاده شد.

یافته‌ها: شاخص‌های درصد بهبودی، درصد داده‌های ناهمپوش و شاخص تغییرات معتبر در متغیر اجتناب برای شرکت کنندگان دوم، چهارم، ششم، هفتم و هشتم؛ در متغیر جبران افراطی برای شرکت کنندگان چهارم، ششم، هفتم و هشتم و در متغیر نگرانی‌های بدنی تمام شرکت کنندگان دارای بهبود چشمگیری در مرحله مداخله و پیگیری بودند (دارای RCI بالاتر از ۱/۹۶ بودند) که این نشان‌دهنده اثربخشی و ثبات نتایج طرحواره درمانی است.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های اجتناب و جبران افراطی و نگرانی‌های تصویر بدنی پیشنهاد می‌گردد علاوه بر توجه به مؤلفه‌های جسمانی در درمان افراد چاق مبتلا به پر خوری به مؤلفه‌های روانشناختی از نوع طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای برخاسته از آن‌ها نیز توجه شود.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۹

بازنگری: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۰۵

انتشار برخط: ۱۴۰۱/۱۲/۰۱

کلیدواژه‌ها:

طرحواره درمانی،

سبک‌های مقابله‌ای،

نگرانی‌های تصویر بدنی،

چاقی،

اختلال پر خوری

استاد: نوری‌زاده میرآبادی، مریم؛ حسین‌زاده تقوایی، مرجان؛ مولودی، رضا؛ سوداگر، شیدا؛ بهرامی هیدجی، مریم (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای و نگرانی‌های تصویر بدنی در افراد چاق مبتلا به اختلال پر خوری: مطالعه تک آزمودنی، مجله علوم روانشناختی، دوره بیست و یکم، شماره ۱۲۰، ۲۵۱۸-۲۵۰۱.

مجله علوم روانشناختی، دوره بیست و یکم، شماره ۱۲۰، زمستان (اسفند) ۱۴۰۱.



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: مرجان حسین‌زاده تقوایی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: marjantaghvai@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۲۵۲۲۳۲۲۰

مقدمه

تغییرات شیوه زندگی و عادات غذایی مردم در جهت مصرف زیاد غذاهای پرچرب و انرژی‌زا و کاهش فعالیت فیزیکی موجب رشد روزافزون چاقی و اضافه‌وزن شده است (لوینگ، استفان و سابوت، ۲۰۲۰؛ گریتر و همکاران، ۲۰۲۰). چاقی به اختلال مزمنی گفته می‌شود که شامل تعامل پیچیده عوامل محیطی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، متابولیکی و ژنتیکی است (کوالسکی و همکاران، ۲۰۱۷). سازمان جهانی بهداشت، چاقی را به‌عنوان یک مشکل جهانی در نظر گرفته (تسکا و همکاران، ۲۰۱۱) و برآورد کرده است که چاقی در سال ۲۰۲۵ از اختلالات شایع سلامتی در جهان باشد. در ایران ۵/۵ درصد از کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال و ۵ و ۲۱ درصد از افراد بالاتر از ۱۸ سال مبتلا به چاقی هستند (ساسان‌فر، ۲۰۱۶). چاقی یکی از مشکلات عمده جوامع در حال توسعه است که با اختلال خوردن مرتبط است، به همین دلیل یکی از مشکلات افراد چاق، ابتلا به اختلالات خوردن است (بوزکرلی، ۲۰۰۷؛ پورجباری و دشت‌بزرگی، ۲۰۱۹). این اختلالات با رفتارهای مرتبط با خوردن مشخص شده و منجر به تغییر در مصرف و جذب غذا و آسیب قابل توجه به سلامت و عملکرد فرد می‌گردد (اسمیت، زمروسکی و دود، ۲۰۱۸). اگرچه اختلال پرخوری تنها به افراد چاق محدود نمی‌شود، اما اختلال تشخیصی رایج در این گروه است (کوپر، کالوگ و دیل، ۲۰۲۰). اختلال پرخوری دوره‌های مکرر پرخوری است که به‌طور متوسط یک‌بار در هفته بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی نامتناسب کنترل وزن به مدت سه ماه مداوم رخ دهد. در تشخیص اختلال پرخوری علاوه بر احساس درماندگی، وجود سه مورد از موارد؛ خوردن با سرعتی بسیار بیشتر نسبت به حالت عادی غذا خوردن، غذا خوردن تا زمان احساس سیری آزاردهنده، خوردن مقادیر زیادی از مواد غذایی در زمان احساس عدم گرسنگی از لحاظ جسمی، به‌تنهایی غذا خوردن به دلیل احساس خجالت نسبت به میزان زیاد غذایی که فرد می‌خورد، احساس تنفر نسبت به خود، افسردگی یا احساس گناه شدید پس از پرخوری لازم است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۹).

از جمله متغیرهای مهم روانشناختی که می‌تواند با چاقی و افزایش وزن در ارتباط باشد، طرحواره‌های ناکارآمد (بسیل، تنور و منسینی، ۲۰۱۹)، سبک‌های مقابله‌ای طرحواره‌ای (بسیل و همکاران، ۲۰۱۹) و نگرانی در تصویر بدنی (مونپیر، ۲۰۱۸؛ جاهد، برجعلی و اسکندری، ۲۰۲۰) است. مطالعات نشان می‌دهد که تصویر ذهنی از بدن اثرات مخرب‌تری نسبت به اضافه‌وزن واقعی افراد بر روی افسردگی و عزت‌نفس می‌گذارد (کش، ۲۰۰۲؛ منتو و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طرحواره‌ها و ذهنیت‌های آن از طریق به وجود آوردن سبک‌های مقابله‌ای رفتارهای افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (یانگ، ۱۹۹۴). در طرحواره درمانی سه سبک مقابله‌ای تسلیم^۱، اجتناب^۲ و جبران افراطی^۳ معرفی شده است (یانگ، ۱۹۹۴). در سبک تسلیم افراد تسلیم طرحواره‌های خود می‌شوند و هیچ‌وقت سعی نمی‌کنند با طرحواره بجنگند یا از آن اجتناب کنند بلکه می‌پذیرند که طرحواره درست است. وقتی افراد سبک مقابله‌ای اجتناب را به کار می‌برند، سعی می‌کنند به‌گونه‌ای عمل کنند که هیچ‌وقت طرحواره فعال نشود. در سبک مقابله‌ای جبران افراطی، افراد از طریق فکر، احساس، رفتار و روابط بین فردی به‌گونه‌ای با طرحواره می‌جنگند که انگار طرحواره متضادی دارند (تیم، ۲۰۱۰). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که در اختلالات خوردن، سبک مقابله‌ای با فشار روانی از جمله عمده‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده محسوب می‌شود به‌گونه‌ای که افراد برای مقابله با فشار روانی تلاش می‌کنند تا نوعی سبک مقابله برای کاهش آن‌ها انتخاب کنند. انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه به‌جای حل تعارضات می‌تواند منجر به انواع اختلالات خوردن شود (میرزاحسینی و همکاران، ۲۰۱۷). از جمله سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، سبک هیجانی - اجتناب است که افراد چاق در مواجهه با مسائل خود از این سبک استفاده می‌کنند وقتی ذهنیت‌های کودک‌تکانشگر و کودک آسیب‌پذیر در افراد چاق فعال می‌شود در مواجهه با مسائل پیش‌رو با به‌کارگیری سبک مقابله‌ای هیجانی - اجتناب از بروز طرحواره پیشگیری می‌کنند (بسیل و همکاران، ۲۰۱۹). با وجود آنکه تمرکز اصلی تحقیقات مربوط به چاقی روی پیامدهای جسمانی آن بوده اما از مهمترین عوارض روانشناختی چاقی نگرانی تصویر بدنی^۴ است. افراد چاق در تصویر بدنی که یک تجربه روانشناختی

1. submission
2. avoidance

3. overcompensation
4. Body image worry

چندوجهی است و شامل افکار، عقاید و احساسات ارزیابی‌کننده و رفتارهایی در رابطه با ظاهر فیزیکی فرد است، دچار مشکل هستند (دنیان و لی، ۲۰۱۸؛ اسنوراسون و همکاران، ۲۰۱۹). این افراد درباره ظاهر جسمانی خود اشتغال ذهنی مفرط دارند، به نحوی که عملکردشان در حیطه‌های مختلف زندگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و آن‌ها را مستعد ابتلا به اختلالات روانشناختی و آشفتگی در حوزه‌های متعدد زندگی می‌کند. تصاویر و افکار مزاحم درباره ظاهر جسمانی کیفیت زندگی و کارکرد روزانه آن‌ها را کاهش می‌دهد (دنیان و لی، ۲۰۱۸). فیربورن باور دارد اختلال‌های خوردن اساساً اختلالاتی شناختی هستند. از دید وی بی‌اشتهایی عصبی، پر‌اشتهایی عصبی و بیشتر موارد اختلال‌های خوردن، در آسیب‌شناسی زیربنایی با همدیگر سهم‌اند و این آسیب‌شناسی در ذات خود، شناختی است. بر اساس نظریه شناختی رفتاری ارتقایافته، ارزیابی افراطی شکل و وزن بدن و تلاش برای کنترل آن‌ها از نشانه‌های کلیدی اختلالات خوردن است (فیربورن، ۲۰۰۸).

با توجه به شیوع اختلال پرخوری در میان افراد چاق و با توجه به تأکید و تمرکز بر ابعاد و درمان‌های جسمانی که تاکنون برای این اختلال به کاررفته است، توجه به درمان‌های روانشناختی با توجه به مسائل روانشناختی که آن‌ها با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند یک نیاز اساسی محسوب می‌شود. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که درمان اختلال پرخوری فرآیند دشواری است و فقط بخش کوچکی از درمان‌جویان به درمان‌های شناختی رفتاری پاسخ می‌دهند و تقریباً نیمی از بیماران دچار اختلال خوردن در پیگیری ۶۰ هفته‌ای پس از درمان، همچنان علائم شدید از خود نشان داده‌اند (فیربورن و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به کارگیری درمان‌های شناختی و رفتاری در اختلال پرخوری و نتایج ضدونقیضی که در مورد اثربخشی آن در پژوهش‌های مختلف به آن اشاره شده است (بورتون و ابود، ۲۰۱۷). لزوم به کارگیری درمان‌های عمیق‌تری، همچون طرحواره درمانی را مطرح می‌کند (ویرجینیا و همکاران، ۲۰۱۶). طرحواره درمانی، درمان یکپارچه‌ای است که توسط یانگ به وجود آمده و به‌طور عمده بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی رفتاری سنتی بناشده است. طرحواره درمانی، ابعاد شناختی، رفتاری، تجربی، تعاملات میان فردی و درمان‌های روانکاوی را در یک مدل یکپارچه و تلفیقی، پیوند می‌دهد (بامیلیز و همکاران، ۲۰۱۴). از جمله نقاط قوت این رویکرد در نظر

گرفتن احتمال آسیب‌شناسی در لایه‌های عمیق شخصیتی و شناختی با طرحواره‌ها است (آقایی، کهرآزهی و فرنام، ۱۳۹۸). با توجه به شیوع همبودی و ویژگی‌های شخصیتی پیچیده، در افراد مبتلا به اختلالات خوردن، طرحواره درمانی به‌عنوان یک گزینه درمانی مناسب بالقوه شناسایی شده است. طرحواره‌هایی که هدف درمان قرار می‌گیرند، الگوهای پایدار و خود آسیب‌رسان هستند که معمولاً در اوایل زندگی آغاز می‌شوند (سید شریفی، نوایی‌نژاد و فرزاد، ۱۳۹۸). این الگوها متشکل از افکار و احساسات منفی/ناکارآمد هستند که بارها و بارها تکرار شده‌اند و جهت تحقق اهداف و تأمین نیازهای شخص موانعی ایجاد می‌کنند (رافائیلی، ۲۰۲۰). این طرحواره‌ها به لحاظ رفتاری از طریق سبک‌های مقابله‌ای اجتناب از طرحواره و تسلیم و جبران تداوم می‌یابند. مدل طرحواره درمانی برای کمک به شخص در از بین بردن الگوهای منفی تفکر، احساسات و رفتار و همچنین ایجاد جایگزین‌های سالم‌تر برای آن‌ها طراحی شده است (بامیلیز و همکاران، ۲۰۱۴). این روش به دو صورت فردی و گروهی، با تنوع گسترده‌ای از اختلالات بالینی از جمله اختلال شخصیتی مرزی (فارل، شو و شو، ۲۰۱۲؛ گیسن-بلو، ۲۰۰۶)، افسردگی مزمن (اسنوراسون و همکاران، ۲۰۱۹؛ پرر و همکاران، ۲۰۱۶) و اختلالات خوردن (پورجباری و دشت بزرگی، ۱۳۹۸؛ پوق و رای، ۲۰۱۹؛ سیمپسون، مارو و رید، ۲۰۱۰) به کاررفته است. در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلالات روانی اثربخشی آن در پژوهش‌های مروری پوق (۲۰۱۹) و ماسلی و همکاران (۲۰۱۲) متوسط گزارش شده است. در یک مطالعه دیگر، سیمپسون و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که طرحواره درمانی منجر به تغییر در شدت اختلال خوردن در افراد چاق مبتلا به اختلال خوردن شده بود. همچنین، طرحواره درمانی بر تصویر بدنی افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری تأثیرگذار بوده است (کانگ و کاواک، ۲۰۲۰؛ اسپای و همکاران، ۲۰۱۹). سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و نگرانی درباره تصویر بدنی از جمله مؤلفه‌هایی هستند که بر روی افراد چاق دچار اختلال پرخوری تأثیر می‌گذارند و منجر به رفتارهای ناسالم خوردن می‌شوند. با این وجود مداخلات عمیق روانشناختی که بر روی این مؤلفه‌ها تمرکز کند، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به اینکه طرحواره درمانی، درمان یکپارچه، عمیق و کارآمدی است سؤال پژوهش حاضر این است که آیا

این مداخله می‌تواند بر سبک‌های مقابله‌ای و تصویر بدنی افراد چاق مبتلا به اختلال پر خوری تأثیر گذار باشد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش نیمه آزمایشی با ساختار تک آزمودنی شامل خط پایه و پیگیری (ABA) است. (A) یعنی خط پایه یا مرحله بدون دست‌کاری، (B) درمان یا مداخله آزمایشی و (A) مرحله پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان چاق مبتلا به پر خوری مراجعه کننده به یک کلینیک لاغری شهر تهران در سال‌های ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. نمونه مورد مطالعه را هشت نفر از زنان چاق با توجه به ملاک‌های ورود تشکیل داده‌اند. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند بود. به منظور اجرای پژوهش ابتدا از بین مراجعان یک کلینیک لاغری و کاهش وزن، غربالگری با استفاده از پرسشنامه اختلال خوردن انجام شد. سپس با ۲۰ نفر از مراجعانی که نمره‌ی بالای خط برش (خط برش = ۴) در پرسشنامه کسب کرده بودند مصاحبه بالینی انجام شد. با توجه به نتایج پرسشنامه و مصاحبه، ۸ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و برای آن‌ها توضیحاتی در مورد هدف و

تعداد جلسات ارائه شد. ملاک‌های ورود شامل؛ حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، حداقل سن ۲۴ سال و حداکثر سن ۴۵ سال، ابتلا به اختلال پر خوری بر اساس پرونده پزشکی، پرسشنامه تکمیل شده و مصاحبه تشخیصی، داشتن شاخص توده‌ی بدنی مساوی ۳۰ و بالاتر و نداشتن سابقه عارضه سکنه قلبی یا مغزی. ملاک‌های خروج شامل؛ شرکت در کارگاه آموزشی دیگر یا دریافت درمان‌های دیگر به‌طور هم‌زمان، داشتن بیماری‌های جسمانی تأثیرگذار روی خوردن و وزن، ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی مداخله‌کننده در درمان (اختلالات سایکوتیک، سو مصرف مواد، افکار خودکشی) با توجه به موارد مندرج در پرونده و مصرف داروهایی که باعث افزایش اشتها یا وزن شود.

جهت اجرای پژوهش، هماهنگی‌های لازم با مرکز درمانی انجام شد. شیوه اجرا بدین صورت بود که پس از هماهنگی و ارائه اطلاعاتی راجع به نمونه موردنظر (از جمله سن و تحصیلات)، گروه نمونه در اختیار محقق قرار گرفت و پرسشنامه‌ها و پروتکل‌های درمانی در گروه اجرا شد. طرح پژوهش حاضر در ۳ مرحله خط پایه، مرحله مداخله و مرحله پیگیری انجام شد.

جدول ۱. طرح پژوهش

مراحل	خط پایه																
	پایه ۱	پایه ۲	پایه ۳	ارزیابی ۱	ارزیابی ۲	ارزیابی ۳	ارزیابی ۴	ارزیابی ۵	ارزیابی ۶	ارزیابی ۷	ارزیابی ۸	ارزیابی ۹	ارزیابی ۱۰				
آزمودنی	۱	۲	۳	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

شرکت‌کنندگان یک کتابچه راهنما داده شد تا در فاصله جلسات امکان مرور مطالب آموزشی را داشته باشند. طی انجام مداخله، پرسشنامه‌ها یک جلسه در میان اندازه‌گیری و ثبت شدند. به منظور پیگیری روند تغییرات پس از مداخله نیز آزمودنی‌ها، ۲ ماه بعد، هر ۲ هفته یک‌بار به وسیله ابزار اندازه‌گیری مورد پیگیری قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از درصد داده‌های ناهمپوش^۱ (PND)، درصد بهبودی^۲، شاخص تغییرات معتبر^۳ (RCI) به عنوان شاخص اندازه‌ی اثر استفاده شد. در نهایت به منظور دیده‌سازی و فهم بهتر مقادیر فوق از نمودار روند و تفسیر فراز و فرودهای

اندازه‌گیری‌ها پیش از اجرای مداخله در (خط پایه) حداقل به مدت ۳ جلسه انجام شد. آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله‌ای اجتناب، جبران افراطی و نشانه‌های اختلال خوردن فیورن را تکمیل کردند. پس از ترسیم خط پایه متغیرها، روند درمان طبق اصول طرح‌های تجربی تک آزمودنی با خط پایه انجام شد. این برنامه با رویکرد طرحواره درمانی، طی ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی و ۴ جلسه تکمیلی انفرادی اجرا شد تا به شرکت‌کنندگان در شناسایی و به چالش کشیدن طرحواره‌ها و ذهنیت‌های دخیل در اختلال پر خوری کمک شود. همچنین، به همه

3. reliable change index

1. percentage of non-overlapping data

2. improvement percentage

نمرات شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف خط‌پایه، مداخله و پیگیری استفاده شد (نوفروستی و حسن آبادی، ۱۳۹۷).

ب) ابزار

مصاحبه تشخیصی: مصاحبه ساخت‌یافته یا ساختاری، نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه برخلاف مصاحبه غیر ساختاری، موضوعات موردبحث طبق برنامه از پیش تنظیم‌شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد. در این پژوهش به منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال خوردن، با تأکید بر اختلال پرخوری بر اساس معیارهای DSM5، مصاحبه تشخیصی ساخت‌یافته به دست روانشناس بالینی انجام شد.

پرسشنامه جبران افراطی یانگ و رای^۱: پرسشنامه جبران افراطی یانگ رای (۱۹۹۴) دارای ۴۸ سؤال است و به بررسی راهبردهای مقابله‌ای جبران افراطی می‌پردازد. سؤالات این مقیاس در طیف لیکرت ۱ تا ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. هر سؤال دارای زیربنایی از چند طرحواره مختلف است که راهبردهای افراطی چون رفتار انتقادگرایانه، خوداتکایی افراطی، ذهن وسواسی، خوشبینی بیش از حد، رفتارهای تکانشگرانه، نازلنده‌سازی در پاسخ به طرحواره صورت می‌گیرند. نمرات بالا نشان دهنده وجود راهبرد جبران افراطی غالب در فرد است. در مطالعه یانگ و همکاران (۲۰۰۳) ضریب پایایی پرسشنامه از طریق دو نیمه‌سازی ۰/۸۰ و همسانی درونی پرسشنامه ۰/۷۲ گزارش شده است. در مطالعه بایرامی، بخشی‌پور و اسماعیلی (۲۰۱۲) ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق دو نیمه‌سازی ۰/۷۹ و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد شده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب یانگ و رای^۲: پرسشنامه جبران افراطی یانگ و رای (۱۹۹۴) دارای ۴۱ سؤال است و به بررسی راهبردهای مقابله‌ای اجتناب می‌پردازد. سؤالات این مقیاس در طیف لیکرت ۱ تا ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. هر سؤال دارای زیربنایی از چند طرحواره مختلف است که راهبردهای افراطی چون فکر نکردن به طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند، سوء مصرف مواد، انکار ناخوشی، کنترل و منطقی بودن

افراطی، سرکوب خشم، گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از مردم، انکار خاطرات، اجتناب از طریق خوابیدن / فقدان انرژی، حواس‌پرتی از طریق درگیر شدن در فعالیت‌های مختلف، آرام کردن خود، بازداری منفعلانه هیجان‌های ناخوشایند، حواس‌پرتی منفعل، رویاپردازی و اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند در پاسخ به طرحواره صورت می‌گیرند. نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی راهبرد اجتناب غالب بیمار است. در مطالعه شفلید و همکاران (۲۰۰۹) ضریب پایایی پرسشنامه از طریق دو نیمه‌سازی ۰/۷۵ و همسانی درونی پرسشنامه ۰/۷۹ گزارش شده است. در مطالعه صلواتی (۱۳۸۶) ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق دو نیمه‌سازی ۰/۷۷ و همسانی درونی ۰/۷۵ برآورد شده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد. روایی این ابزار توسط سلیمانی‌صفت و همکاران (۱۳۹۶) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است به این صورت که هشت عامل پرسشنامه در مجموع ۹۳ درصد از واریانس کل را تبیین می‌نمود.

پرسشنامه نشانه‌های اختلال خوردن^۳: این پرسشنامه توسط فیورن و همکاران در سال ۲۰۰۸ تدوین شده و دارای ۲۸ گزاره است و ویژگی‌های اصلی مربوط به اختلال خوردن مانند تأکید بیش از اندازه بر وزن و اندام (تصویر بدنی)، خوردن محدود، دوره‌های پرخوری و رفتارهای پاکسازی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه برای سنجش نگرانی درباره تصویر بدنی چهار آیتم نگرانی درباره‌ی وزن، نگرانی درباره‌ی سایز، نگرانی درباره‌ی خوردن و محدودیت در خوردن را مورد سنجش قرار داد. مجموع این چهار نمره به عنوان ملاک ارزیابی متغیر نگرانی درباره‌ی تصویر بدنی در نظر گرفته شده است.

در خارج از ایران لاس، کروتر و پل (۲۰۰۸) همسانی درونی پرسشنامه را ۰/۹۰ و روایی همگرایی مناسبی را از طریق ارتباط نمرات پرسشنامه با مقیاس پرخوری گزارش نمودند. در ایران مولودی و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای همسانی درونی پرسشنامه را ۰/۸۰ و روایی همگرایی مناسبی را از طریق ارتباط نمرات پرسشنامه با مقیاس پرخوری گزارش نمودند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۵ به دست آمد.

جلسات پروتکل طرحواره درمانی: این پروتکل شامل ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی و ۴ جلسه تکمیلی ۴۵ دقیقه‌ای انفرادی است. طبق الگوی پیشنهادی

3. eating Disorder examination questionnaire

1. Young-Rygh Compensation Inventory

2. Young-Rygh Avoidance Inventory

سوزان سیمپسون (۲۰۱۸) سیر جلسات طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار به طور مختصر در جدول ۱ آمده است.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات طرحواره درمانی

جلسات	هدف	محتوا
جلسات اول تا سوم	آشنایی افراد گروه با یکدیگر، مرور قوانین گروه و آموزش مدل طرحواره‌ای	خوش آمدگویی و تمرینات یخ‌شکن به منظور آشنایی افراد با یکدیگر و ایجاد فضای امن، آشنایی با قوانین گروه. آموزش مدل طرحواره‌ای
جلسات چهارم تا ششم	آموزش مدل ذهنیت‌های طرحواره‌ای و رسیدن به یک مفهوم‌پردازی	تکلیف: ارائه جزوه آموزشی شماره ۱ و کاربرگ جهت تمرین در طول هفته مرور جلسات قبل و تکالیف منزل همراه با فعالیت گروهی، معرفی ذهنیت‌های کودک، والد و مقابله‌ای (مفهوم، ریشه‌های شکل‌گیری)، کمک به شرکت‌کنندگان برای شناسایی ارتباط بین ذهنیت‌ها و مشکلات خوردن
جلسات هفتم تا نهم	شناسایی و آگاهی از ذهنیت‌ها	تکلیف: ارائه جزوه آموزشی شماره ۲ و کاربرگ جهت شناسایی ذهنیت‌های مرتبط با خوردن در طول هفته شناسایی ذهنیت کودک آسیب‌پذیر با توجه به نیازهای ارضا نشده، شناسایی ذهنیت منتقد و پر توقع در مواجهه با خوردن و تصویر بدنی، شناسایی ذهنیت‌های مقابله‌ای فعال شده در مواجهه با خوردن و تصویر بدن
جلسات دهم تا دوازدهم	مدیریت ذهنیت‌های مرتبط با خوردن با استفاده از مداخلات شناختی و تجربی	تکلیف: ارائه کاربرگ و تمرین جهت تقویت بزرگسال سالم در طول هفته شناسایی رفتارهای مخرب در رابطه با خوردن و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد در رابطه با خوردن
جلسات سیزدهم تا پانزدهم	مدیریت ذهنیت‌های دخیل در خوردن با استفاده از مداخلات الگوشکنی رفتاری	تکلیف: ارائه جزوه آموزشی شماره ۳ و کاربرگ جهت تقویت بزرگسال سالم در طول هفته تمرین رفتارهای سالم و سبک زندگی سالم و تمرین بزرگسال سالم، پیدا کردن فعالیت‌های لذت‌بخش برای کودک شاد
جلسات شانزدهم تا هجدهم	مدیریت ذهنیت‌های دخیل در خوردن با استفاده از راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین‌فردی	تکلیف: ارائه کاربرگ و تمرین جهت تقویت بزرگسال سالم و کودک شاد در طول هفته فعالیت‌های گروهی و ایفای نقش جهت غلبه بر موانع (پیشگیری از عود)
جلسات نوزدهم و بیستم	آماده‌سازی برای پایان درمان	تکلیف: ارائه جزوه تکمیلی و کتاب راهنما

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۹/۵ با انحراف معیار ۹/۳۲ بود. از بین هشت زن شرکت‌کننده در پژوهش ۴ نفر مجرد و ۴ نفر متأهل بودند. همان‌طور که در جدول ۳ و نمودار دیداری در شکل ۱ مشاهده می‌شود، در سبک مقابله‌ای اجتناب شرکت‌کننده‌های دوم، چهارم، ششم، هفتم و هشتم پژوهش از مرحله‌ی خط پایه به مرحله‌ی مداخله دارای روند نزولی و کاهشی بودند، همچنین می‌توان مشاهده کرد این سیر نزولی در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شده است و نمرات پیگیری کمتر از نمرات خط پایه است که این می‌تواند حاکی از ثبات نتایج درمان باشد.

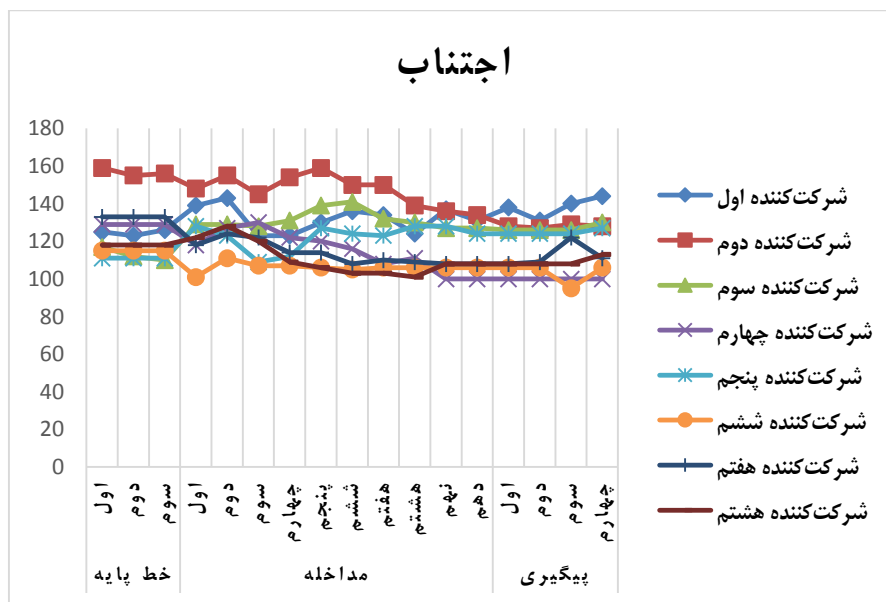
همان‌طور که در جدول ۳ و نمودار دیداری در شکل ۲ مشاهده می‌شود در سبک مقابله‌ای جبران افراطی شرکت‌کننده‌های چهارم، پنجم، ششم، هفتم و هشتم پژوهش از مرحله‌ی خط پایه به مرحله‌ی مداخله دارای روند نزولی و کاهشی بودند، همچنین می‌توان مشاهده کرد این سیر نزولی در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شده است و نمرات پیگیری نیز در این شرکت‌کنندگان و

شرکت‌کننده سوم کمتر از نمرات خط پایه است که این می‌تواند حاکی از ثبات نتایج درمان باشد.

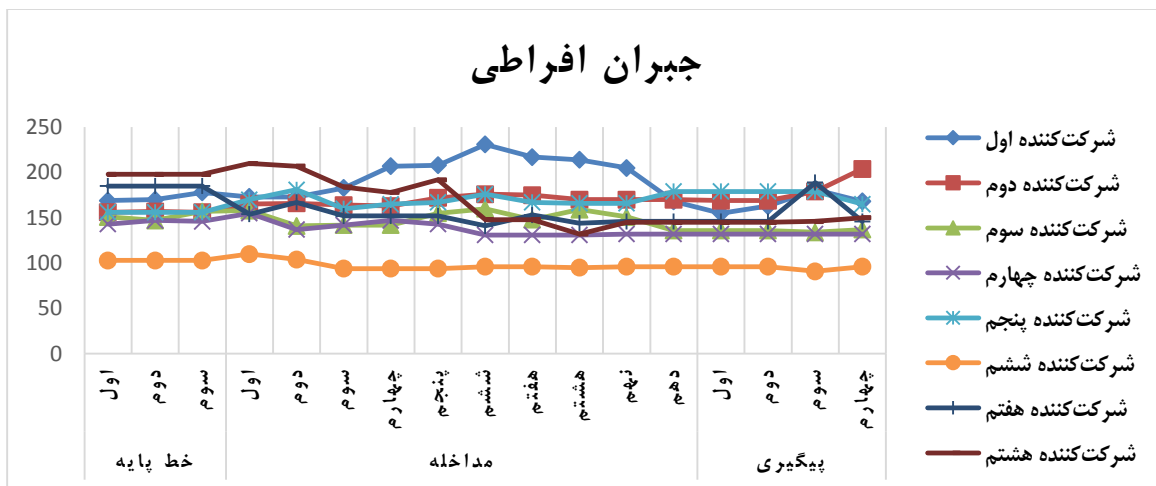
همان‌طور که در جدول ۳ و نمودار دیداری در شکل ۳ مشاهده می‌شود در نگرانی‌های تصویر بدنی تمام شرکت‌کننده‌های پژوهش از مرحله‌ی خط پایه به مرحله‌ی مداخله دارای روند نزولی و کاهشی بودند، همچنین می‌توان مشاهده کرد این سیر نزولی در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شده است و نمرات پیگیری نیز در این شرکت‌کنندگان کمتر از نمرات خط پایه است و این می‌تواند حاکی از ثبات نتایج درمان باشد.

جدول ۳. نمرات اجتناب، جبران و نگرانی‌های بدن شرکت‌کنندگان در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری

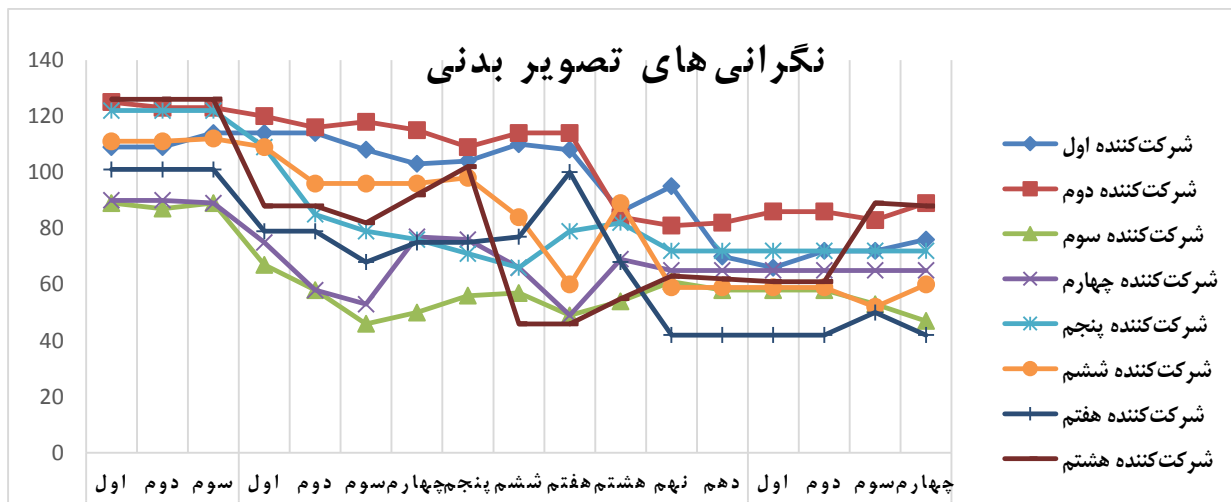
متغیر	شرکت‌کننده	خط پایه				مداخله								پیگیری				
		اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	چهارم	
اجتناب	۱	۱۲۵	۱۲۳	۱۲۶	۱۳۹	۱۴۳	۱۲۳	۱۲۳	۱۲۳	۱۲۳	۱۲۳	۱۲۳	۱۲۳	۱۲۳	۱۲۳	۱۲۳	۱۲۳	۱۲۳
	۲	۱۵۹	۱۵۵	۱۵۶	۱۴۸	۱۵۵	۱۴۵	۱۵۴	۱۴۵	۱۵۴	۱۴۵	۱۵۴	۱۴۵	۱۵۴	۱۴۵	۱۵۴	۱۴۵	۱۵۴
	۳	۱۱۷	۱۱۲	۱۱۲	۱۲۹	۱۲۹	۱۲۸	۱۲۹	۱۲۹	۱۲۹	۱۲۸	۱۲۹	۱۲۹	۱۲۹	۱۲۸	۱۲۹	۱۲۸	۱۲۹
	۴	۱۲۹	۱۲۹	۱۲۹	۱۱۸	۱۲۷	۱۳۰	۱۲۲	۱۲۲	۱۲۲	۱۳۰	۱۲۷	۱۲۷	۱۲۷	۱۳۰	۱۲۷	۱۲۷	۱۲۷
	۵	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۱	۱۲۳	۱۲۳	۱۱۲	۱۱۲	۱۱۲	۱۰۹	۱۲۳	۱۲۳	۱۱۲	۱۱۲	۱۰۹	۱۲۳	۱۲۳
	۶	۱۱۵	۱۱۵	۱۱۵	۱۰۱	۱۱۱	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷	۱۰۷
	۷	۱۳۳	۱۳۳	۱۳۳	۱۱۸	۱۲۴	۱۲۴	۱۱۴	۱۱۴	۱۱۴	۱۲۲	۱۲۴	۱۲۴	۱۱۸	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴	۱۲۴
	۸	۱۱۸	۱۱۸	۱۱۸	۱۱۸	۱۲۲	۱۲۸	۱۲۰	۱۲۰	۱۲۰	۱۲۰	۱۲۸	۱۲۲	۱۱۸	۱۲۲	۱۲۲	۱۲۲	۱۲۲
جبران احوالی	۱	۱۶۹	۱۷۰	۱۷۸	۱۷۳	۱۷۳	۱۸۳	۲۰۷	۲۰۷	۲۰۸	۲۳۱	۲۱۷	۲۱۴	۲۱۴	۲۰۵	۱۶۸	۱۵۵	۱۶۳
	۲	۱۵۶	۱۵۷	۱۵۶	۱۶۵	۱۶۶	۱۶۴	۱۶۳	۱۶۳	۱۶۳	۱۷۲	۱۷۶	۱۷۵	۱۷۵	۱۷۰	۱۷۰	۱۶۹	۱۶۹
	۳	۱۵۱	۱۴۷	۱۴۷	۱۵۸	۱۴۱	۱۴۲	۱۴۲	۱۴۲	۱۵۵	۱۶۰	۱۴۸	۱۵۹	۱۵۹	۱۵۱	۱۳۶	۱۳۶	۱۳۶
	۴	۱۴۳	۱۴۷	۱۴۷	۱۵۵	۱۳۷	۱۴۲	۱۴۲	۱۴۲	۱۴۳	۱۳۱	۱۳۱	۱۳۱	۱۳۱	۱۳۲	۱۳۲	۱۳۲	۱۳۲
	۵	۱۵۶	۱۵۶	۱۵۶	۱۷۰	۱۸۱	۱۶۰	۱۶۵	۱۶۵	۱۶۷	۱۶۷	۱۷۶	۱۶۷	۱۶۶	۱۶۶	۱۶۶	۱۶۶	۱۶۶
	۶	۱۰۳	۱۰۳	۱۰۳	۱۱۰	۱۰۴	۹۴	۹۴	۹۴	۹۴	۹۴	۹۴	۹۴	۹۵	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶
	۷	۱۸۵	۱۸۵	۱۸۵	۱۵۴	۱۶۷	۱۵۲	۱۵۲	۱۵۲	۱۵۲	۱۴۱	۱۵۳	۱۴۴	۱۴۴	۱۴۴	۱۴۴	۱۴۴	۱۴۴
	۸	۱۹۸	۱۹۸	۱۹۸	۲۱۰	۲۰۷	۱۸۴	۱۷۸	۱۷۸	۱۹۲	۱۴۸	۱۴۸	۱۳۲	۱۳۲	۱۴۵	۱۴۵	۱۴۵	۱۴۵
نگرانی‌های بدنی	۱	۱۰۹	۱۰۹	۱۱۴	۱۱۴	۱۱۴	۱۰۸	۱۰۳	۱۰۳	۱۰۴	۱۱۰	۱۰۸	۸۶	۹۵	۷۰	۶۶	۷۲	۷۲
	۲	۱۲۵	۱۲۳	۱۲۳	۱۲۰	۱۱۶	۱۱۸	۱۱۵	۱۱۵	۱۰۹	۱۱۴	۱۱۴	۱۱۴	۸۱	۸۲	۸۶	۸۶	۸۳
	۳	۸۹	۸۷	۸۷	۸۹	۵۸	۴۶	۵۰	۵۰	۵۶	۵۷	۴۹	۵۴	۶۱	۵۸	۵۸	۵۸	۵۳
	۴	۹۰	۹۰	۹۰	۷۵	۵۸	۵۳	۷۷	۷۷	۷۶	۶۶	۴۹	۶۹	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵
	۵	۱۲۲	۱۲۲	۱۲۲	۱۰۹	۸۵	۷۹	۷۶	۷۶	۷۱	۶۶	۷۹	۸۲	۷۲	۷۲	۷۲	۷۲	۷۲
	۶	۱۱۱	۱۱۱	۱۱۱	۱۰۹	۹۶	۹۶	۹۶	۹۶	۹۸	۸۴	۶۰	۸۹	۵۹	۵۹	۵۹	۵۹	۵۲
	۷	۱۰۱	۱۰۱	۱۰۱	۷۹	۷۹	۶۸	۷۵	۷۵	۷۵	۷۷	۱۰۰	۶۸	۴۲	۴۲	۴۲	۴۲	۵۰
	۸	۱۲۶	۱۲۶	۱۲۶	۸۸	۸۸	۸۲	۹۲	۹۲	۱۰۲	۴۶	۴۶	۵۵	۶۳	۶۲	۶۱	۶۱	۸۹



شکل ۱. روند تغییرات نمرات شرکت‌کنندگان در متغیر اجتناب



شکل ۲. روند تغییرات نمرات شرکت‌کنندگان در متغیر جبران افراطی



شکل ۳. روند تغییرات نمرات شرکت‌کنندگان در متغیر نگرانی تصویر بدنی

جدول ۴. شاخص‌های درصد بهبودی، درصد داده‌های ناهمپوش و شاخص تغییرات معتبر برای هر شرکت‌کننده در متغیرهای پژوهش

متغیر	شرکت‌کنندگان	مداخله			پی‌گیری		
		PND	درصد بهبودی	RCI	PND	درصد بهبودی	RCI
اجتناب	۱	٪۱۰	-۶٪	-۷/۵۶	٪۰	-۱۱٪	-۱۴
	۲	٪۸۵	۶٪	۷/۳۳	٪۱۰۰	۱۸٪	۲۱/۷۲
	۳	٪۰	-۱۶٪	-۷/۸۹	٪۰	-۱۲٪	-۶/۱۴
	۴	٪۹۰	۱۱٪	-	٪۱۰۰	۲۲٪	-
	۵	٪۱۰	-۱۰٪	-	٪۰	-۱۲٪	-
	۶	٪۱۰۰	۸٪	-	٪۱۰۰	۱۰٪	-
	۷	٪۱۰۰	۱۵٪	-	٪۱۰۰	۱۵٪	-
	۸	٪۷۰	۶٪	-	٪۱۰۰	۷٪	-
جبران افراطی	۱	٪۱۰	-۱۵٪	-۸/۱۹	٪۷۵	۳٪	-۱/۷۹
	۲	٪۰	-۸٪	-۳۴/۵۱	٪۰	-۱۵٪	-۶۴/۶۵
	۳	٪۴۰	۲٪	۰/۷۸	٪۱۰۰	۱۰٪	۵/۰۱
	۴	٪۷۵	۵٪	۵/۴۸	٪۱۰۰	۹٪	۱۰/۱۰

متغیر	شرکت‌کنندگان	مداخله			پیگیری		
		PND	درصد بهبودی	RCI	PND	درصد بهبودی	RCI
نگرانی‌های بدنی	۵	%۰	-۹%	-	%۰	-۱۳%	-
	۶	%۸۰	۵%	-	%۱۰۰	۸%	-
	۷	%۱۰۰	۱۹%	-	%۷۵	۱۵%	-
	۸	%۸۰	۱۵%	-	%۱۰۰	۲۶%	-
	۱	%۷۰	۹%	۴/۸۱	%۱۰۰	۳۵%	۲۱/۰۴
	۲	%۱۰۰	۱۵%	۲۵/۱۶	%۱۰۰	۳۰%	۵۱/۶۰
	۳	%۱۰۰	۳۷%	۴۴/۸۳	%۱۰۰	۳۹%	۴۷/۰۲
	۴	%۱۰۰	۲۷%	۶۵/۸۶	%۱۰۰	۲۸%	۶۶/۶۷
	۵	%۱۰۰	۳۵%	-	%۱۰۰	۴۱%	-
	۶	%۱۰۰	۲۴%	۷۲/۳۴	%۱۰۰	۴۸%	۱۴۵/۴۹
	۷	%۱۰۰	۳۰%	-	%۱۰۰	۵۶%	-
	۸	%۱۰۰	۴۳%	-	%۱۰۰	۴۱%	-

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود شاخص‌های درصد بهبودی، درصد داده‌های ناهمپوش و شاخص تغییرات معتبر در متغیر اجتناب در شرکت‌کنندگان دوم، چهارم، ششم، هفتم و هشتم دارای بهبود چشمگیری در مرحله‌ی مداخله بودند (دارای RCI بالاتر از ۱/۹۶ بودند یا امکان محاسبه آن به دلیل صفر شدن واریانس نمرات خط پایه وجود نداشت). شرکت‌کنندگان دوم، چهارم، ششم، هفتم و هشتم بهبود خود را در مرحله‌ی پیگیری نیز تداوم دادند که این نشان‌دهنده‌ی ثبات نتایج درمان است. در متغیر جبران افراطی شرکت‌کنندگان چهارم، ششم، هفتم و هشتم دارای بهبود چشمگیری در مرحله‌ی مداخله بودند. شرکت‌کنندگان سوم، چهارم، ششم، هفتم و هشتم بهبود خود را در مرحله‌ی پیگیری نیز تداوم دادند که این نشان‌دهنده‌ی ثبات نتایج درمان است. در متغیر نگرانی‌های بدنی تمام شرکت‌کنندگان دارای بهبود چشمگیری در مرحله‌ی مداخله بوده‌اند. همچنین تمام شرکت‌کنندگان بهبود خود را در مرحله‌ی پیگیری نیز تداوم دادند که این نشان‌دهنده‌ی ثبات نتایج درمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای و نگرانی‌های تصویر بدنی افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری بود. در مورد سبک مقابله‌ای اجتناب، روند تغییرات نمرات و درصد بهبودی در شرکت‌کننده دوم، چهارم، ششم، هفتم و هشتم نشانه‌ی بهبودی معنادار در مرحله‌ی مداخله است. شرکت‌کنندگان دوم، چهارم، ششم، هفتم و هشتم

بهبود خود را در مرحله‌ی پیگیری نیز تداوم دادند که این نشان‌دهنده‌ی ثبات نتایج طرحواره درمانی است. این یافته با پژوهش بسیل و همکاران (۲۰۱۹) و پژوهش براون و همکاران (۲۰۱۶) همخوانی دارد. سیر نزولی سبک مقابله‌ای اجتناب در شرکت‌کنندگان دوم، چهارم، ششم، هفتم و هشتم منطبق با پژوهش‌های انجام‌شده و هدف طرحواره درمانی است. چراکه طرحواره درمانی با تغییر سبک مقابله‌ای ناسالم منجر به کاهش شدت طرحواره‌ها و مدیریت مشکلات جاری می‌شود. پیش از شروع درمان از آنجایی که این افراد برای اجتناب از مشکلات و هیجان‌های منفی به بیش‌خوری پناه می‌بردند، در طی درمان با اصلاح سبک مقابله‌ای اجتناب، در نمرات خوردن هیجانی نیز بهبودی چشمگیری نشان دادند. اما از بین هشت آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش حاضر آزمودنی شماره یک، سه و پنج تغییراتی در جهت کاهش سبک مقابله‌ای اجتناب نشان نداده‌اند. سیر صعودی نمره اجتناب در شرکت‌کنندگان اول، سوم و پنجم برخلاف هدف طرحواره درمانی و پژوهش‌های انجام‌شده است. این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که شرکت‌کننده اول، سوم و پنجم پس از بررسی ریشه‌های تحولی ذهنیت‌های خودشان و دستیابی به کودک آسیب‌پذیر، برای رهایی از هیجان‌های منفی به وجود آمده با رفتارهای اجتنابی اما نه از جنس پرخوری باعث بالا رفتن نمرات اجتناب شدند. نکته قابل توجه آن است که به دلیل تقویت شدن بزرگ‌سال سالم در آن‌ها رفتار بیش‌خوری به‌عنوان یکی از رفتارهای متداول هنگام به کارگیری سبک

مقابله‌ای اجتناب از خزانه‌ی رفتاری آن‌ها حذف شد و نسبت به این روند کاملاً آگاه بودند، اما در حقیقت این سبک با پاسخ‌های مقابله‌ای دیگری غیر از پرخوری تداوم پیدا کرد. یکی از تفاوت‌های عمده‌ی این سه نفر نسبت به افراد دیگر پررنگ بودن ذهنیت کودک‌تکانشی - بی‌انضباطی نسبت به سایر افراد بود. این مسئله می‌تواند این‌گونه تبیین شود در افرادی که کودک‌تکانشی - بی‌انضباط فعال‌تر است، استفاده از روش‌های میان‌بر و عادت‌ی و نیز راهکارهایی که در پی سود آنی هستند، رایج‌تر است و تغییر سبک مقابله‌ای با چالش‌های بیشتری همراه است.

در مورد متغیر سبک مقابله‌ای جبران، روند تغییرات نمرات و نمرات درصد بهبودی بیشتر شرکت‌کنندگان نشان از بهبودی معنادار در مرحله‌ی مداخله دارد. شرکت‌کنندگان سوم، چهارم، ششم، هفتم و هشتم بهبود خود را در مرحله‌ی پیگیری نیز تداوم دادند که این نشان‌دهنده‌ی ثبات نتایج طرحواره درمانی است. این یافته با پژوهش بسیل و همکاران (۲۰۱۹) و براون و همکاران (۲۰۱۶) همخوانی دارد. این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد، سیر نزولی نمره سبک مقابله‌ای جبران افراطی در شرکت‌کنندگان سوم، چهارم، ششم، هفتم و هشتم منطبق با پژوهش‌های انجام شده و هدف طرحواره درمانی است. به نظر می‌رسد در زمان اجرای مداخلات درمانی این شرکت‌کنندگان به نیازهای کودک‌آسیب‌پذیر و عصبانی و سخت‌گیری‌ها و انتقادهای والد سخت‌گیر و منتقد دسترسی داشتند و به‌درستی به آن رسیدگی کردند. اما سیر صعودی نمره جبران افراطی در شرکت‌کنندگان اول، سوم و پنجم قابل‌بررسی و تبیین است. به نظر می‌رسد شناسایی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها و آگاهی نسبت به نیازهای برآورده نشده کودک، موجب گردید این افراد دچار نوعی خشم نسبت به منبع و منشأ مشکلاتشان بشوند. به نظر می‌رسد در شرکت‌کنندگان اول و پنجم جبران افراطی برای سرپوش‌گذاشتن به تله خویشنداری - انضباط ناکافی و شکست در حین درمان شدت گرفت. هر دوی این افراد سخت در تلاش بودند تا با برنامه‌ریزی و هدف‌گزینی سخت‌گیرانه به هدف خود نزدیک شوند. جالب‌توجه است شرکت‌کنندگان اول و سوم هم در نمره اجتناب و هم در نمره جبران افراطی سیر صعودی نشان دادند. این امر خود مبتنی بر این استدلال است که شاید در این افراد که تحمل‌پذیرش رویارویی با موضوعات تلخ زندگی را ندارند، کناره‌گیری و اجتناب از

رویارویی با مسائل و یا وارونه جلوه دادن احساسات واقعی به شکل رفتارهای پرخاشگرانه خود را نشان دهد.

روند تغییرات نمرات و نمرات درصد بهبودی نشان داد که در متغیر نگرانی‌های تصویر بدنی تمام شرکت‌کنندگان دارای بهبود چشمگیری در مرحله‌ی مداخله بوده‌اند. همچنین تمام شرکت‌کنندگان بهبود خود را در مرحله‌ی پیگیری نیز تداوم دادند که این نشان‌دهنده‌ی ثبات نتایج طرحواره درمانی است. این یافته با پژوهش پاک‌اندیش و همکاران (۱۳۹۹) همخوانی دارد. این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که در طرحواره درمانی هدف این است که ابتدا طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تجربیات ابتدایی که اختلال و مشکل در نتیجه آن‌ها ایجاد شده است شناسایی شوند و سپس با تغییر در این طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها سائق فرد به رفتارهای مربوط به خوردن از جمله نگرانی در مورد بدن یا تصویر بدنی کاهش می‌یابد (پاک‌اندیش و همکاران، ۱۳۹۹). افراد چاق در تصویر بدنی که یک تجربه روانشناختی چندوجهی است و شامل افکار، عقاید و احساسات ارزیابی‌کننده و رفتارهایی در رابطه با ظاهر فیزیکی فرد است، دچار مشکل هستند (اسنوراسون و همکاران، ۲۰۱۹). این افراد درباره ظاهر جسمانی خود اشتغال ذهنی مفرد دارند، به‌نحوی که عملکردشان در حیطه‌های مختلف زندگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و آن‌ها را مستعد ابتلا به اختلالات روانشناختی و آشفتگی در حوزه‌های متعدد زندگی می‌کند. تصاویر و افکار مزاحم درباره ظاهر جسمانی کیفیت زندگی و کارکرد روزانه آن‌ها را کاهش می‌دهد (دنیان و لی، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد شرکت‌کنندگان با استفاده از راهبرهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین‌فردی به بازسازی شناخت‌واره‌های منفی و خاطرات تلخ درباره‌ی بدن و خوردن دست یافتند و توانستند با اصلاح ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناسالم از جمله والد سرزنشگر و منتقد، کودک‌آسیب‌پذیر، عصبانی و تکانشگر و نیز مقابله‌های ناکارآمد، ارزیابی و برداشت‌های منفی از خود را بهبود ببخشند و درک مثبت‌تری از جسم خود داشته باشند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، برگزاری جلسات در دوران کرونا بود که باعث شد برخی تمرینات مرتبط با کودک‌شاد چه در گروه و چه خارج از گروه حذف گردد. از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تمرینات مربوط به کودک‌شاد بیشتر مورد توجه قرار بگیرد تا افراد بتوانند در خلق و به‌کارگیری مهارت‌های کارآمد هنگام مواجهه با هیجانات منفی

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: مجوز اخلاقی این مقاله توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج صادر شده است. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی رساله‌ی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی کرج است. مجوز اجرای این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1400.055 توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج صادر شده است و در وبگاه سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی نیز قابل مشاهده است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول دانشجو و محقق اصلی پژوهش، نویسنده دوم و سوم استاد راهنما و نویسنده چهارم و پنجم استاد مشاور رساله می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مدیریت کلینیک لاغری و تمامی شرکت‌کنندگان که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

توانمندتر و خلاق‌تر رفتار کنند. محدودیت دیگر، تعداد زیاد ارزیابی‌ها بود که می‌تواند برای پاسخ‌دهندگان کسالت‌آور باشد بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی تعداد ارزیابی‌ها مدنظر پژوهشگران قرار گیرد و متناسب با شرایط پژوهش لحاظ گردد. این پژوهش به صورت هدفمند بر روی گروه محدودی از زنان چاق مبتلا به اختلال پرخوری مراجعه‌کننده به یک کلینیک لاغری در شهر تهران انجام شده بود که می‌تواند در پژوهش‌های آتی بر روی مردان مبتلا به اختلال پرخوری نیز مورد اجرا قرار بگیرد. در مجموع به متخصصان شاغل در کلینیک‌های لاغری توصیه می‌شود در کنار رژیم درمانی برای افراد مبتلا به اختلال پرخوری، مداخلات روانشناختی عمیق از جمله طرحواره درمانی را به منظور اصلاح سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و نگرانی‌های تصویر بدنی که بر رفتار خوردن تأثیر می‌گذارند مورد توجه و استفاده قرار دهند.

References

- Aghaee, A., Karezahi, F., & Farnam, A. (2019). The comparison of the effectiveness of group schema therapy and group emotional-based couple therapy on couples' maladaptive schemas and life satisfaction. *Psychological sciences*, 18(73), 133-142. (Persian) [20.1001.1.17357462.1398.18.73.1.6](https://doi.org/10.17357462.1398.18.73.1.6)
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. R. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305-322. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2019). Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*, 5(9), e02361. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02361>
- Brooks, S., Prince, A., Stahl, D., Campbell, I. C., & Treasure, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of cognitive bias to food stimuli in people with disordered eating behaviour. *Clinical psychology review*, 31(1), 37-51. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.006>
- Brown, J. M., Selth, S., Stretton, A., & Simpson, S. (2016). Do dysfunctional coping modes mediate the relationship between perceived parenting style and disordered eating behaviours?. *Journal of eating disorders*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.1017/bec.2017.12>
- Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2017). Conceptualising binge eating: a review of the theoretical and empirical literature. *Behaviour Change*, 34(3), 168-198. <https://doi.org/10.1017/bec.2017.12>
- Cash, T. F. (2002). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1-5. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
- Cooper, Z., Calugi, S., & Dalle Grave, R. (2020). Controlling binge eating and weight: a treatment for binge eating disorder worth researching?. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(4), 1105-1109. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-019-00734-4>
- Dennin, M. H., & Lee, M. S. (2018). Body dysmorphic disorder in pediatric dermatology. *Pediatric dermatology*, 35(6), 868-874. <https://doi.org/10.1111/pde.13581>
- Espie, C. A., Emsley, R., Kyle, S. D., Gordon, C., Drake, C. L., Siriwardena, A. N., Cape, J., Ong, J. C., Sheaves, B., Foster, R., Freeman, D., Costa-Font, J., Marsden, A., & Luik, A. I. (2019). Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 76(1), 21-30. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2745>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., & Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
- Farrell, J. M., Shaw, I., & Shaw, I. A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. John Wiley & Sons. <https://www.wiley.com/en-gp/Group+Schema+Therapy+for+Borderline+Personality+Disorder:+A+Step+by+Step+Treatment+Manual+with+Patient+Workbook-p-9781119958291>
- Geerts, M., Elske, M. Laura, R., & Jaap, P. (2020). Behavioral and psychological factors associated with suboptimal weight loss in post-bariatric surgery patients. *Eating and weight disorders*, 1, 351-357. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-020-00930-7>
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Jacob, G., Van Genderen, H., & Seebauer, L. (2014). *Breaking negative thinking patterns: A schema therapy self-help and support book*. John Wiley & Sons. <https://www.savetoalistedbalans.rs/wp-content/uploads/2021/06/Breaking-negative-thinking-patterns-a-schema-therapy-self-help-and-support.pdf>
- Jahed, T., Eskandari, H., Barjali, A. (2020). The Effects of a Mindfulness-Based Intervention on Emotion Regulation and Body Image Concern in Women with Binge Eating Disorder. *Journal of Disability Studies*, 10, 239-239. (Persian)

- <http://dori.net/dor/20.1001.1.23222840.1399.10.0.238.7>
- Kang, N. R., & Kwack, Y. S. (2020). An Update on Mental Health Problems and Cognitive Behavioral Therapy in Pediatric Obesity. *Pediatric gastroenterology, hepatology & nutrition*, 23(1), 15-25. <https://doi.org/10.5223/pghn.2020.23.1.15>
- Kowaleski-Jones, L., Brown, B. B., Fan, J. X., Hanson, H. A., Smith, K. R., & Zick, C. D. (2017). The joint effects of family risk of obesity and neighborhood environment on obesity among women. *Social science & medicine*, 195, 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.018>
- Levinge, E., Stapleton, P., & Sabot, D. (2020). Delineating the psychological and behavioural factors of successful weight loss maintenance. *Heliyon*, 6(1), 31-40. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e03100>
- Macgowan, M. J., & Wong, S. E. (2014). Single-case designs in group work: Past applications, future directions. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 18(2), 138-158. <https://doi.org/10.1037/gdn0000003>
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 185-202. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.614274>
- Mento, C., Silvestri, M. C., Muscatello, M. R. A., Rizzo, A., Celebre, L., Cedro, C., Zoccali, R. A., Navarra, G., & Bruno, A. (2022). The role of body image in obese identity changes post bariatric surgery. *Eating and weight disorders: EWD*, 27(4), 1269-1278. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01270-w>
- Mirza-Hosseini, H., Arjmand, S., & Lajevardi, H. (2017). The Predictive Model of Eating Behaviour Based on Early Maladaptive Schemas, Personality Disorders, and Coping Styles. *RBS*, 14(4), 479-485. https://rbs.mui.ac.ir/browse.php?a_id=502&sid=1&slc_lang=en
- Monpellier, V. M., Antoniou, E. E., Mulken, S., Janssen, I. M., van der Molen, A. B. M., & Jansen, A. T. (2018). Body image dissatisfaction and depression in postbariatric patients is associated with less weight loss and a desire for body contouring surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14(10), 1507-1515. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.04.016>
- Pakandish, SH., Kraskian, A., & Jahormi, F. (2019). Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy on the quality of life and body image of obese women. *Quarterly Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*, 9(34), 20-32. (Persian) https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article_675551.html
- Pourjaberi, B., & DashtBozorgi, Z. (2019). The Effectiveness of Schema Therapy on Eating Disorder and Rumination of Obese Adolescent Girls in Ahvaz. *Community Health Journal*, 13(1), 1-10. http://chj.rums.ac.ir/article_89635_en.html?lang=fa
- Pugh, M., & Rae, S. (2019). *Chairwork in schema therapy: Applications and considerations in the treatment of eating disorders*. In *Schema Therapy for Eating Disorders* (pp. 102-120). Routledge. <https://chairwork.co.uk/wp-content/uploads/2020/03/Pugh-Rae-2019-Chairwork-schema-therapy-and-eating-disorders-chapter.pdf>
- Rafaeli, E. (2020). Schema therapy. In *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 4559-4564). Cham: Springer International Publishing. https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-319-24612-3_943
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 51, 66-73. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001>
- Sasanfar, H. R., Shabahari, R., Pazouki, A., Pishgahroudsari, M., & Ghanbari, J. A. (2016). The effectiveness of combined cognitive group therapy and diet therapy on obese women's weight-loss and self-efficacy. *RJMS*, 23(148), 11-9. <https://www.sid.ir/paper/10207/en>
- Seyyedsharifi, M., Navabi Nezhad, S., & Farzad, V. (2019). Comparison of the effectiveness of emotional - focused and schema therapy approach on the self-Efficacy of parenting in mothers of the household head. *Psychological sciences*, 18(76), 407-415. [20.1001.1.17357462.1398.18.76.8.9](https://doi.org/10.1007/s40519-021-01270-w)
- Simpson, S. G., Morrow, E., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in psychology*, 1, 182. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00182>
- Smith, A. R., Zuromski, K. L., & Dodd, D. R. (2018). Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current opinion in psychology*, 22, 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.023>

- Snorrason, I., Beard, C., Christensen, K., Bjornsson, A. S., & Björgvinsson, T. (2019). Body dysmorphic disorder and major depressive episode have comorbidity-independent associations with suicidality in an acute psychiatric setting. *Journal of affective disorders*, 259, 266-270. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.059>
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *The International journal of eating disorders*, 13(2), 137-153. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8477283/>
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krysanski, V., & Balfour, L. (2011). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The Mediating Role of Affect Regulation Strategies. *Personality and Individual Differences*, 46(6), 662-66. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.006>
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4), 373-380. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.03.009>
- Young, J. E. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema- Focused Approach*. Sarasota: Professional Resource Press. <https://psycnet.apa.org/record/1999-02395-000>