

Comparison of the Effectiveness of Group Therapies based on Acceptance and Commitment and Schema on Coping Style Avoidance and Body Mass Index in Obese and Overweight People with Emotional Eating

The aim of this study was to compare the effectiveness of group therapies based on acceptance and commitment and schema on coping-avoidance style in obese and overweight people with emotional eating. The present study was a quasi-experimental study in which a pretest-posttest design with a control group. The research population included all men and women aged 21 to 50 who referred to nutrition and obesity clinics in Tehran in the summer and fall of 2019. Using cluster sampling method and based on entry and exit criteria, a sample of 60 people was selected and randomly assigned to three groups of 20 people (acceptance and commitment therapy, schema Treatment and control) were assigned. The research instruments included the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) and the General and Exclusive Avoidance Questionnaire (GASQ), which were answered by the subjects in three stages: pre-test and post-test. Data were analyzed using covariance analysis and Bonferroni's post hoc test using SPSS version 24 software. The results showed that group therapies based on acceptance and commitment and schema therapy were effective on coping style avoidance in obese and overweight people with emotional overeating and reduced avoidance of experimental groups compared to the group has been controlled. Based on the findings, it can be concluded that group therapy based on acceptance, commitment and schema therapy can reduce the use of coping style avoidance in obese and overweight people.

Keywords: Avoidance Coping Style, Emotional Eating, Group Therapy Based on Acceptance and Commitment, Group Therapy Based on Schema.

Extended abstract

Introduction

Eating disorders are multi-factorial problems caused by personal, environmental and biological factors ([Kachooei et al., 2016](#)). Avoidant distraction is associated with a disturbed attitude towards eating and nutrient requirements in adults, especially in young women and women with eating disorders ([Czaja et al., 2009](#)). Among the effective treatments for obese people who eat in response to their thoughts and feelings is acceptance and commitment group therapy ([Nourian, Aqaei & Qorbani, 2016](#)). Considering the avoidance of people with eating disorders, another treatment that can play an effective role in helping them is group schema therapy ([Mahmoudian Dastnaii et al., 2018](#)). Accordingly, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of acceptance and commitment group therapy and group schema therapy in avoidance coping in obese and overweight people suffering from emotional eating.

Method

The current research was a semi-experimental study with a pretest-posttest control group design. The research population comprised all men and women aged 21 to 50 who referred to nutrition and obesity clinics in Tehran in the summer and fall of 2020. The research sample included 45 obese people suffering from emotional eating who were selected through convenience sampling in Mehrdadi and Behpouyan nutrition and obesity clinics. The selected subjects were randomly (by lot) placed in two experimental groups and one control group, each containing 15 people. The experimental groups underwent acceptance and commitment group

therapy in 12 sessions of 90 minutes (once a week) and group schema therapy in 12 sessions of 90 minutes (once a week), but the control group did not receive any treatment. The research inclusion criteria were: age between 21 and 50 years, a body mass index over 25, a minimum score of 3.25 in the subscale of emotional eating and having a diploma. The exclusion criteria were: breastfeeding or pregnant women, suffering from eating disorders and serious medical problems such as type 1 diabetes or thyroid problems and substance abuse, the current use of antipsychotic medications and any type of drug affecting weight and surgery for obesity. Before and after the weekly sessions, in the posttest stage, the experimental and control groups completed Avoidance Coping Questionnaire and their body mass index was measured and recorded. Data were analyzed using the analysis of covariance and Bonferroni's post hoc test with the help of SPSS-24. The significance level in this research was determined to be 0.05.

Findings

The results demonstrated that according to the average scores of the avoidance coping style of people suffering from obesity and emotional overeating in the experimental groups compared to the average scores of the control group, acceptance and commitment group therapy and group schema therapy caused a decrease in the avoidance coping style of the experimental groups. There is no significant difference between the two experimental groups (group schema therapy and acceptance and commitment group therapy) in terms of the avoidance coping style scores. This indicates that both therapies are relatively equivalent in their effectiveness in reducing the avoidance coping style. Further, according to the average body mass index of people suffering from obesity and emotional overeating in the experimental groups compared to the control group, acceptance and commitment group therapy and group schema therapy have reduced the body mass index of the experimental groups. No significant difference was found between the two experimental groups (acceptance and commitment group therapy and group schema therapy) in terms of body mass index. This suggests that both therapies are relatively equivalent in their effectiveness in reducing body mass index.

Discussion and conclusion

The results of the present study revealed that there is no difference between the acceptance and commitment group therapy and group schema therapy in terms of effectiveness in avoidance coping style of obese and overweight people suffering from emotional eating. Additionally, the results indicated that there is no significant difference between the two therapies in terms of their effectiveness in body mass index in obese and overweight people suffering from emotional eating.

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره بر سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلابه خوردن هیجانی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره بر سبک مقابله‌ای اجتناب در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلابه خوردن هیجانی انجام گردید. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه پژوهش شامل همه مردان و زنان ۲۱ تا ۵۰ سال مراجعه‌کننده به

کلینیک‌های تغذیه و چاقی شهر تهران در تابستان و پاییز ۱۳۹۹ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر از افراد، به روش در دسترس انتخاب و به روش انتساب تصادفی به سه گروه ۲۰ نفری (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره درمانی و گواه) تخصیص یافتند. ابزار پژوهش مشتمل بر پرسشنامه رفتار خوردن داچ (DEBQ) و پرسشنامه اجتناب خاص و عام (GASQ) بود که آزمودنی‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به آن‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان‌های گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی بر سبک مقابله‌ای اجتناب در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به پرخوری هیجانی مؤثر بوده و باعث کاهش اجتناب گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردیده است. مبتنی بر یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان این‌گونه استنباط نمود که گروه‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی می‌تواند منجر به کاهش استفاده از سبک مقابله‌ای اجتناب در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به خوردن هیجانی گردد.

کلیدواژه‌ها: گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمانی مبتنی بر طرح‌واره، سبک مقابله‌ای اجتناب، خوردن هیجانی

۱. مقدمه

یکی از اختلالات شایع روان‌تنی اختلالات خوردن^۱ هستند که منجر به کاهش سازگاری اجتماعی، ایجاد مشکلاتی در ارتباط و پایین آمدن کیفیت زندگی می‌شود و به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای سلامت جسمانی و کارکرد روانی اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار داده و در نهایت باعث مرگ‌ومیر هم می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). این اختلالات به‌طور معمول در طول سال‌های نوجوانی و جوانی روی می‌دهد و با نرخ مرگ‌ومیر بالا مرتبط هستند (باباخانو و همکاران، ۱۳۹۹). مطالعات انجام‌شده در حوزه مشکلات مرتبط با خوردن، عمدتاً رفتارهایی مانند پرخوری افراطی و رفتارهای پاک‌سازی را مدنظر قرار داده‌اند. از جمله این رفتارها می‌توان به رفتارهایی از جمله محدود کردن مصرف غذا^۲، خوردن هیجانی^۳ و خوردن در پاسخ به نشانه‌های بیرونی^۴ (خوردن بیرونی) اشاره کرد. گرچه سه الگوی فوق جزء رفتارهای بالینی خوردن بیمارگون به حساب نمی‌آیند، اما از آن جهت که در سطح افراطی خود، شاخصی برای مشکلات بالینی محسوب می‌شوند مورد توجه هستند (کچوی و همکاران، ۱۳۹۵). یکی از انواع این رفتارهای خوردن مختل خوردن هیجانی است.

خوردن هیجانی را می‌توان گرایش به پرخوری در پاسخ به هیجانات منفی از قبیل اضطراب و تحریک‌پذیری تعریف نمود (بساک نژاد، عارفی و ارشدی، ۱۳۹۷). خوردن هیجانی در بین افرادی که با اضافه‌وزن خود، چالش دارند بسیار شایع است. به‌طوری‌که شصت درصد یا بیشتر از افرادی که اضافه‌وزن دارند و یا چاق هستند، به‌طور هم‌زمان به خوردن هیجانی نیز مبتلا هستند (کاهیل و همکاران، ۲۰۱۸). افراد مبتلا به خوردن هیجانی با احتمال بیشتری در پاسخ به هیجان منفی غذاهای چرب و شیرین مصرف می‌کنند (داوین، کیم و میلجکویک، ۲۰۱۹؛ دروست و کرجسی، ۲۰۱۸؛ لیان و همکاران، ۲۰۲۲). ایرکایا، کارابولوتلو و کالیک^{۱۰} (۲۰۱۸) عنوان کردند که این افراد نسبت به دیگران، چالش بیشتری با کاهش وزن دارند.

1. eating disorder
2. American Psychiatric Association (APA)
3. restrained eating
4. emotional Eating
5. external eating
6. Cahill et al.
7. Daawin, Kim & Miljkovic
8. Deroost & Cserjési
9. Leppanen et al.
10. Erkaya, Karabulutlu & Çalik

اختلالات خوردن و از جمله آن‌ها پرخوری هیجانی به‌عنوان راهبردهایی در نظر گرفته شده‌اند که برای مدیریت حالات هیجانی منفی مورد استفاده قرار می‌گیرند. قبل از آن که رفتار خوردن اتفاق بیفتد، این افراد عواطف منفی بسیاری را تجربه می‌نمایند که تنظیم این عواطف فراتر از توانایی آن‌ها است و همین امر باعث می‌گردد که پرخوری به‌عنوان راهبردی به‌شدت ناسازگارانه انتخاب شود (پادمالا، سمبوکو و پساوا، ۲۰۱۹). از این‌رو برخی از درمان‌هایی که برای خوردن هیجانی به کار می‌روند بر پذیرش حالات هیجانی منفی متمرکز شده‌اند. درمان افراد مبتلابه چاقی که خوردن هیجانی بالایی دارند باید بیش از آنکه بر رژیم‌های محدودکننده کالری تمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجان تمرکز داشته باشد. در همین راستا سنتوس^۲ (۲۰۱۸) استدلال می‌کند که تنظیم هیجانی سازگارانه منجر به افزایش احساس عمومی کارآمدی^۳ می‌شود که این خود منجر به اتخاذ سبک زندگی سالم‌تر مثل برنامه رژیمی سالم می‌شود و در عوض تنظیم هیجان ناسازگارانه، با افزایش آسیب‌پذیری نسبت به هیجانات منفی همراه است جایی که غذا به‌عنوان مقابله با هیجان منفی، پاسخی که با عنوان خوردن هیجانی شناخته می‌شود، در نظر گرفته می‌شود. آن‌ها دریافتند که سطوح بالایی از سرکوب^۴ با میزان بالای خوردن هیجانی در هر دو جنس در ارتباط است.

یکی از درمان‌های همسو با این نوع نگاه درباره خوردن هیجانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ است (عبدالکریمی و همکاران، ۱۳۹۷؛ قنبری، تونزنده‌جانی و نجات، ۱۳۹۸؛ خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۹؛ لیناردون و همکاران، ۲۰۱۹؛ فوگل کیست و همکاران، ۲۰۲۰؛ کاراکل، نیکولو و مروین، ۲۰۲۲). بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انسان‌ها از آن‌رو که بسیاری از احساسات، هیجانات و افکار درونی‌شان را آزاردهنده می‌دانند همواره بر آن‌اند که در وهله نخست آن‌ها را کنترل کنند و در صورت عدم موفقیت از آن‌ها اجتناب نمایند (رتروپ و همکاران، ۲۰۲۲). تلاش برای مهار یا اجتناب از رویدادهای درونی خاص مانند احساسات، افکار و احساسات بدنی منفی اجتناب تجربه‌ای نام دارد (ریچاردز و همکاران، ۲۰۲۲). تجربه شدید هیجانات و همچنین مشکل در شناسایی آن‌ها، افراد را بر آن می‌دارد که احساس کنند، نمی‌توانند با آن احساسات کنار بیایند، بنابراین برای اجتناب از ناراحتی سعی می‌کنند با خوردن خود را آرام سازند، به سخن دیگر خوردن هیجانی در پاسخ به هیجانات منفی رخ می‌دهد. شواهد نشان می‌دهد که خوردن هیجانی می‌تواند کوششی برای کاهش و یا منحرف کردن توجه از این احساسات باشد. بنابراین می‌توان از خوردن هیجانی به‌عنوان نمونه‌ای از اجتناب تجربه‌ای نام برد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در چندین برنامه کاهش وزن به کار گرفته شده است. پروژه «مراقب سلامت خود باشید»^{۱۱} این درمان را با درمان استاندارد رفتاری^{۱۲} مورد مقایسه قرار داده است. نتیجه این مطالعه نشان داد که خورنده‌های هیجانی در گروه ۴ درصد وزن بیشتری از گروه کاسته‌اند و در مطالعات پیگیری ۶ ماهه نیز آن‌ها کاهش وزن خود را بهتر حفظ کرده‌اند (فورمن و همکاران، ۲۰۱۳). تحمل نشانه‌های درونی مانند هیجانات و نشانه‌های بیرونی مانند غذا را تقویت می‌کند. مروین و همکاران^{۱۴} (۲۰۲۱) پیشنهاد می‌کنند که سه مهارت روان‌شناختی برای کنترل وزن به‌صورت موفقیت‌آمیز در این شکل از درمان لازم است: روشن‌سازی ارزش‌ها، ذهن آگاهی، تحمل پریشانی.

با توجه به مزمن بودن مشکل چاقی و به طبع آن رفتارهای خوردن مثل خوردن هیجانی، مدل‌های روان‌شناختی مخصوص مشکلات رفتاری مزمن، می‌توانند کمک‌کننده باشند (میوستی و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از مدل‌های دیگری که برای مشکلات

1. Padmala, Sambuco & Pessoa
2. Santos
3. general feelings of efficacy
4. suppression
5. Acceptance & Commitment Therapy (ACT)
6. Linardon et al.
7. Fogelkvist et al.
8. Karekla, Nikolaou & Merwin
9. Rentrop et al.
10. Richards et al.
11. Mind Your Health
12. standard behavioral treatment (SBT)
13. Forman et al.
14. Merwin et al
15. Musetti et al

مزمّن مانند چاقی مطرح شده، مدل طرح‌واره درمانی است (امام زمانی، مشهدی و سپهری شاملو، ۱۳۹۸). به‌طور کلی می‌توان اذعان داشت که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با هیجان‌های منفی و بخصوص شرم ارتباط دارند. طرح‌واره انزوای اجتماعی به‌طور معناداری شرم را در افراد مبتلا به خوردن پیش‌بینی کرده است (پوگ، ۲۰۱۵).

در گروه درمانی مبتنی بر طرح‌واره^۲ برای اختلالات خوردن، دو نوع اجتناب مطرح شده است که این دو نوع اجتناب می‌تواند منجر به تمایز بین انواع اختلالات خوردن شود. بر اساس این مدل، سبب‌شناسی^۳ اختلالات خوردن محدودساز همچون بی‌اشتهایی عصبی با مکانیسم جبران^۴ (اجتناب اولیه) مرتبط است که در آن فرد طوری فکر یا عمل می‌کند که دقیقاً نقطه مقابل طرح‌واره زیربنایی است تا از فعال شدن طرح‌واره جلوگیری کند. به‌طور مثال رفتارهای ایثارگرایانه فرد می‌تواند به دلیل جلوگیری از فعال شدن طرح‌واره رهاشدگی باشد؛ اما سبب‌شناسی رفتارهای بولیمیک با مکانیسم اجتناب (اجتناب ثانویه) همراه است. برای مثال پرخوری می‌تواند به‌عنوان تلاشی تکانشگرایانه^۵ برای کاهش یا متوقف کردن عاطفه‌ای که قبل از آن توسط طرح‌واره فعال شده است بروز یابد (محمدی، سپهری شاملو و اصغری ابراهیم آبادی، ۱۳۹۸). بر این اساس و با توجه به این که اجتناب از هیجان هسته اصلی خوردن هیجانی است بنابراین باید بر اساس مدل طرح‌واره درمانی آن را به‌عنوان اجتناب ثانویه یعنی تلاش فرد برای کاهش یا بلوکه کردن هیجان در نظر گرفت. هرچند مطالعاتی زیادی در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و چاقی وجود دارد (شمس آزر و همکاران، ۲۰۱۸؛ پورجایی و دشت‌بزرگی، ۲۰۱۹؛ پاک‌اندیش، کراسکیان و جمهری، ۲۰۲۰؛ ایرانی و همکاران، ۲۰۲۰؛ باسیل، تنور و مانکینی، ۲۰۱۹) اما بیشتر تحقیقات صورت گرفته در زمینه‌ی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر اختلالات خوردنی مثل بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی بوده است. از این‌رو با توجه به شیوع بالای خوردن هیجانی و نظر به این که در زمینه مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی مبتنی بر طرح‌واره روی خوردن هیجانی تحقیقی انجام نگرفته است، هدف از پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال است که آیا اثربخشی اعمال گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با طرح‌واره بر سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به خوردن هیجانی تفاوت دارد یا نه؟

۲. روش

۱-۲. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل همه مردان و زنان ۲۱ تا ۵۰ سال مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تغذیه و چاقی شهر تهران در تابستان و پاییز ۱۳۹۹ بود. جهت انتخاب نمونه، پس از کسب مجوزهای لازم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، از بین کلینیک‌های تغذیه و چاقی شهر تهران، ۲ کلینیک مهربادی و بهپویان بصورت در دسترس انتخاب شدند و لیست بیمارانی با حجم ۲۰۰ نفر که برای بهبود چاقی و اضافه وزن خود به این کلینیک‌ها مراجعه کرده بودند، تهیه شد. سپس افراد بر اساس پرسش‌نامه رفتار خوردن داچ و شاخص توده بدنی غربال شدند. پس از گردآوری اطلاعات ۸۰ نفر از افراد دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند. با توجه به آنکه حداقل حجم نمونه آماری در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی برای هر زیرگروه ۱۵ نفر است (بهوندی، خیاطان و گل‌پرور، ۱۴۰۱) نمونه پژوهش شامل ۴۵ فرد چاق مبتلا به خوردن هیجانی بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس در کلینیک‌های تغذیه و چاقی مهربادی و بهپویان انتخاب شدند و پس از انتخاب اعضای نمونه، افراد انتخاب‌شده به شیوه تصادفی (قرعه‌کشی) در ۳ گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. پس از نمونه‌گیری در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل، بسته گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یکبار) و طرح‌واره درمانی گروهی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یکبار) برای گروه‌های آزمایش اجرا و گروه کنترل نیز هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. ملاک‌های ورود شامل سن بین ۲۱ تا ۵۰ سال، داشتن شاخص

1. Pugh, M
2. Schema -Based Group Therapy
3. pathology
4. compensation
5. impulsive attempt
6. Basile, Tenore & Mancini

توده بدنی بالاتر از ۲۵، نمره حداقل ۳/۲۵ در زیر مقیاس خوردن هیجانی، داشتن تحصیلات دیپلم بود و ملاک‌های خروج شامل خانم‌های در حال شیردهی و یا باردار، ابتلا به اختلالات خوردن و مشکلات پزشکی جدی مانند: دیابت نوع ۱ و یا مشکلات تیروئید و سوءمصرف مواد؛ مصرف فعلی داروهای ضدسایکوتیک و هر نوع داروی مؤثر بر وزن و عمل جراحی مربوط به چاقی بود.

۲-۲. شیوه اجرای پژوهش

افراد گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجان را تکمیل کرده و شاخص توده بدنی آنها اندازه‌گیری و ثبت شد. سپس روی گروه آزمایشی اول به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد [لیلیس، دال و وینلند^۱ \(۲۰۱۴\)](#) و روی گروه آزمایشی دوم، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، طرحواره درمانی گروهی بر اساس پروتکل طرحواره درمانی گروهی [محمودیان دستنایی و همکاران \(۱۳۹۷\)](#) به صورت جلسات هفتگی اجرا و گروه کنترل هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی را دریافت نکرد. پس از خاتمه جلسات هفتگی، در مرحله پس‌آزمون مجدداً گروه‌های آزمایش و کنترل پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجان را تکمیل کرده و شاخص توده بدنی آنها اندازه‌گیری و ثبت شد. همچنین با همکار پژوهشگر درباره نحوه و شیوهی اجرا هماهنگی‌های لازم انجام شد و اگر آموزشی در مورد اجرای ابزارهای موردنظر نیاز داشت به ایشان ارائه شد.

جدول ۱ خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (لیلیس، دال و وینلند، ۲۰۱۴)

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی درمانگر و تعیین هدف، درخواست از حاضرین که خود را معرفی کنند و ارزیابی بیماران دارای چاقی و پرخوری هیجانی
دوم	ارزیابی‌های فردی: مصاحبه فردی، بررسی دنیای بیرون و قانون آن در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل
سوم	ادامه بحث تمایل با استفاده از استعاره مهمانی و گدا، معرفی ارزش‌ها و شناسایی ارزش‌های افراد، ارتباط دادن و تفهیم مفهوم تمایل در کنار مفهوم ارزش، بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات
چهارم	ارایه‌ی تکنیک ذهن‌آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارایه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر، بررسی ارزش‌های هریک از افراد، تصریح ارزش‌ها، اهداف، اعمال و موانع درونی و بیرونی و تعمیق این مفاهیم
پنجم	هم‌جوشی شناختی: تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای بیماران، آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمیتوانیم تغییر دهیم را بپذیریم
ششم	مشاهده افکار: توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با دیگران، معرفی انواع آمیختگی، مفهوم خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن، اشاره‌ی به ارزش‌ها و بررسی نمره انطباق، تمرین ذهن آگاهی، آموزش نومییدی خلاقانه
هفتم	انتخاب جهت ارزش‌ها: کمک به مراجعین برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های زندگی، معرفی واقعیت در مقابل ذهنیت، استعاره قطار ذهن، اشاره به ارزش‌ها و لزوم تعهد داشتن به ارزش‌ها
هشتم	یادآوری جلسه قبل، شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود: بازبینی کاربرگ ارزش‌ها در مورد موانع ارزش‌های زندگی
نهم	یادآوری جلسه قبل، ایجاد الگوهای انعطاف پذیر رفتار در رابطه: معرفی تعامل، فرایند تفکر و فرایند مشاهده تفکر، تمرین دیدگاه مشاهده گر
دهم	یادآوری جلسه قبل، خود به عنوان زمینه در این رابطه: طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ تجربه داشتن بیماران در خود به عنوان زمینه رابطه، ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها
یازدهم	پذیرش و اقدام متعهد: بازبینی تعامل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد، ارزش عمل محور، گزینش در برابر تصمیم‌گیری و آشنایی و درگیری با اشتیاق و تعهد، تعیین تکلیف خانگی
دوازدهم	خلاصه کردن جلسات قبل و تأکید بر فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یعنی پذیرش، معرفی مفهوم خود مشاهده گر و بیان استعاره‌ی صفحه شطرنج

جدول ۲ خلاصه جلسات طرحواره درمانی گروهی (محمودیان دستنایی و همکاران، ۱۳۹۷)

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی می شود.
دوم	شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می گیرد و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو می شود.

سوم	تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای آموزش داده می شود.
چهارم	تجربه عناصر هیجانی، شناختی و جسمی طرحواره (تجربه کودک آسیب پذیر)، آموزش سه نوع ذهنیت کودک و شناسایی آن
پنجم	حالات ناکارآمد پدر و مادر، (شناسایی و مداخله)، آموزش دو نوع ذهنیت ناکارآمد پدر مادری (والد تنبیه گر و والد پرتوقع)، شناسایی افراد اثرگذار در شکل گیری آن
ششم	مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده می شود.
هفتم	برقراری ارتباط سالم و آموزش گفتگوی خیالی
هشتم	آموزش تکنیک های تجربی مثل، تصویر سازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها
نهم	آموزش رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن. برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره توسط بیماران
دهم	آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید
یازدهم	آموزش مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
دوازدهم	مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین می شود

۳-۲. ابزار سنجش

۳-۲-۱. پرسشنامه رفتار خوردن داچ (DEBQ)

این پرسش نامه اولین بار توسط وان استرین، فرایجز، بیگرس و دیفارس^۲ در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است. این ابزار جهت سنجش رفتار خوردن برای بزرگسالان مناسب است و ۳۳ گویه دارد که بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی=۳، اغلب=۴ و بسیار زیاد=۵). دامنه امتیازهای قابل کسب بین ۱۶۵-۳۳ بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده رفتارهای نامناسب خوردن است و نمرات پایین نشان دهنده رفتارهای خوردن سالم است (وان استرین و همکاران^۳، ۱۹۸۶). این پرسش نامه سه مولفه غذا خوردن هیجانی^۴ (۱۳ گویه)، محرک های خارجی^۵ (۱۰ گویه) و بازداری در غذا خوردن^۶ (۱۰ گویه) را اندازه گیری می کند. وان استرین و همکاران (۱۹۸۶) پایایی این پرسش نامه را با استفاده آلفای کرونباخ برای مولفه ها و نمره کلی بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ برآورد کردند. در ایران، نجاتی و همکاران (۱۳۹۶) پایایی پرسش نامه را به روش همسانی درونی برای مولفه ها با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ و به روش بازآزمایی ۰/۷۲ تا ۰/۸۳ محاسبه کردند. در پژوهش دیگری روایی واگرایی و (پایایی آلفای کرونباخ) این پرسش نامه با پرسش نامه خوردن ذهن آگاهانه برای مولفه غذا خوردن هیجانی ۰/۲۷- (۰/۸۹)، محرک های خارجی ۰/۱۸- (۰/۹۱) و بازداری در غذا خوردن ۰/۳۸ (۰/۸۳) برآورد شد (پونده نژادان، عطاری و حسین، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر پایایی این پرسش نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

۳-۲-۲. پرسشنامه اجتناب خاص و عام (GSAQ)^۷

این پرسشنامه توسط استیمت و همکاران^۸ (۲۰۱۵) طراحی شد. این پرسشنامه ۴۳ آیتم دارد و به صورت جواب های صحیح و غلط طراحی شده است. تحقیق در زمینه مقابله با نواقص روان سنجی مقیاس های مقابله همراه بوده که معمولاً از اعتبار ظاهری^۹ استفاده کرده و منجر به استخراج عوامل زیاد یا فقدان تحلیل عاملی شده است. در اعتبار ظاهری آیتم ها از نظریه و یا دیگر مقیاس های موجود استخراج می شود؛ اما در این پرسشنامه از تکنیک سناریو^{۱۰} استفاده شده است. برای به دست آوردن آیتم های

1. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)
2. Van Strien, Frijters, Bergers & Defares
3. Van Strien et al
4. emotional eating
5. external stimulues
6. Inhibition of eating
7. the General and Specific Avoidance Questionnaire (GSAQ)
8. Stemmet et al
9. face-value
10. scenario technique

اولیه، از پاسخ‌دهندگان خواسته شد که در ۳۵ سناریو بگویند که چطور فکر خواهند کرد، چطور عمل خواهند کرد و چه احساسی خواهند داشت. پرسشنامه جدید اجتناب خاص و عام از سه عامل اجتناب عمومی^۱، اجتناب از هیجان^۲ و اجتناب از تعارض تشکیل شده است (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۵). ضریب پایایی باز آزمون^۳ برای زیرمقیاس‌های اجتناب عمومی، اجتناب هیجانی و اجتناب از تعارض و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۴۴، ۰/۷۸۰، ۰/۸۲۲، ۰/۸۷۳ است (نجار کاخکی و همکاران، ۱۴۰۲). ضریب آلفای کرونباخ نیز به همان ترتیب ۰/۹۱۵، ۰/۸۱۸، ۰/۸۱۷، ۰/۹۳۳ گزارش شده است (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

۳-۲-۳. شاخص توده بدنی

برای اندازه‌گیری دقیق وزن آزمودنی‌ها از وزنه دیجیتال بیورر^۴ آلمان و برای اندازه‌گیری قد آزمودنی‌ها از قدسنج سکا^۵ و برای به دست آوردن شاخص توده بدنی از فرمول آدولف کوئتل^۶ استفاده شده است.

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار)، آزمون تحلیل کوواریانس، آزمون تعقیبی بونفرونی و روش آلفای کرونباخ جهت محاسبه ضریب پایایی استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه بیست و چهارم صورت گرفت و ضمناً سطح معنی‌داری در این تحقیق، ۰/۰۵ تعیین شده است.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

طبق یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش میانگین سن گروه مداخله طرحواره درمانی گروهی ۳۰/۶۰، گروه مداخله درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۱ و گروه کنترل ۳۲/۶۷ بود. آزمودنی‌ها در گروه مداخله طرحواره درمانی گروهی از نظر جنسیت ۶ نفر مرد (۴۰٪) و ۹ نفر زن (۶۰٪)؛ از نظر تأهل ۷ نفر مجرد (۴۶/۶۷٪) و ۸ نفر متأهل (۵۳/۳۳٪)؛ همچنین از نظر تحصیلات ۴ نفر دیپلم (۲۶/۶۰٪)، ۷ نفر لیسانس (۴۶/۸۰٪) و ۴ نفر تحصیلات بالاتر از لیسانس (۲۶/۶۰٪) بودند؛ در گروه مداخله گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از نظر جنسیت ۵ نفر مرد (۳۳/۳۳٪) و ۱۰ نفر زن (۶۶/۶۷٪)؛ از نظر تأهل ۶ نفر مجرد (۴۰٪) و ۹ نفر متأهل (۶۰٪)؛ همچنین از نظر تحصیلات ۳ نفر دیپلم (۲۰٪)، ۷ نفر لیسانس (۴۶/۸۰٪) و ۵ نفر تحصیلات بالاتر از لیسانس (۳۲/۲۰٪) بودند؛ و در گروه کنترل از نظر جنسیت ۶ نفر مرد (۴۰٪) و ۹ نفر زن (۶۰٪)؛ از نظر تأهل ۵ نفر مجرد (۴۰٪) و ۱۰ نفر متأهل (۶۶/۶۷٪)؛ همچنین از نظر تحصیلات ۵ نفر دیپلم (۳۴/۴۰٪)، ۶ نفر لیسانس (۴۰٪) و ۴ نفر تحصیلات بالاتر از لیسانس (۲۶/۶۰٪) بودند.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

1. General Avoidance
2. Emotional Avoidance
3. Test-retest reliability coefficients
- 4- Beurer
- 5- seca
- 6- Adolphe Quételet

میانگین و انحراف معیار نمره‌های سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی در سه گروه؛ طرحواره درمانی گروهی، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در متغیرهای دشواری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی

سبک مقابله‌ای اجتناب						
کنترل		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		درمان مبتنی بر طرحواره		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۴/۷۳	۲۰	۳/۴۸	۲۳/۵۳	۴/۲۲	۲۳/۵۳	پیش‌آزمون
۵/۱۱	۱۹/۴۷	۳/۷۷	۱۵/۶۷	۳/۷۷	۱۵/۶۷	پس‌آزمون
۴/۷۸	۱۹/۱۳	۲/۵۰	۱۴/۶۰	۳/۷۳	۱۵/۶۷	پیگیری
شاخص توده بدنی						
کنترل		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		درمان مبتنی بر طرحواره		آزمون
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱/۷۹	۳۰/۳۳	۱/۶۱	۳۰/۲۰	۱/۷۰	۳۰/۲۰	پیش‌آزمون
۱/۶۶	۲۹/۹۳	۱/۶۸	۲۷/۴۷	۱/۱۸	۲۸/۴۰	پس‌آزمون
۱/۷۱	۲۹/۶۷	۱/۶۸	۲۶/۶۰	۱/۴۵	۲۷/۴۷	پیگیری

بر اساس جدول ۳، دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی تغییرات کاهشی بیشتری را نشان داده‌اند. در جدول ۴، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس برای بررسی تاثیر طرحواره درمانی گروهی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها ارائه شده است.

۳-۳. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری P	مجدور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۳۸۱/۰۱	۱	۳۸۱/۰۱	۶۲/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱
گروه	۳۶۱/۳۴	۲	۱۸۰/۶۷	۲۹/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
خطا	۲۳۶/۴۶	۳۹	۶/۰۶				
پیش‌آزمون	۵۱/۱۸۳	۱	۵۱/۱۸۳	۴۳/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۶	۱
گروه	۳۳/۶۰	۲	۱۶/۸۰	۱۴/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
خطا	۴۶/۱۰	۳۹	۱/۱۸				

همانگونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، با کنترل پیش‌آزمون بین افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ سبک مقابله‌ای اجتناب تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($F=29/80$ و $p < 0/0001$)، بنابراین حداقل بین یکی از گروه‌ها تفاوت معنی دار وجود دارد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۱ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۶۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون سبک مقابله‌ای اجتناب مربوط به تأثیر گروه درمانی مبتنی بر طرحواره و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱ است. همچنین با کنترل پیش‌آزمون بین افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه‌های

آزمایش و گروه کنترل از لحاظ شاخص توده بدنی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=14/21$ و $p < 0/0001$)، بنابراین حداقل بین یکی از گروه‌ها تفاوت معنی دار وجود دارد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۲ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس از آزمون مربوط به تأثیر تأثیر گروه درمانی مبتنی بر طرحواره و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹ است. معنی دار شدن تفاوت بین گروه‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس نشان نمی‌دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد لذا بدنبال این تحلیل، از تحلیل تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بین نمرات میانگین پس از آزمون سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون.

مراحل	متغیر	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
سبک مقابله‌ای اجتناب	سبک مقابله‌ای اجتناب	طرحواره درمانی گروهی - کنترل	-۶/۴۰	۰/۹۵۶	۰/۰۰۰۱
		درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد - کنترل	-۲/۲۵	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱
شاخص توده بدنی	شاخص توده بدنی	طرحواره درمانی گروهی - درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۲۱۵	۰/۹	۰/۸۹
		طرحواره درمانی گروهی - کنترل	-۱/۳۴	۰/۴۲۲	۰/۰۰۹
پس از آزمون	پس از آزمون	درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد - کنترل	-۲/۲۵	۰/۴۲۳	۰/۰۰۰۱
		طرحواره درمانی گروهی - درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۹۱۱	۰/۳۹	۰/۰۰۸

همان طوری که در جدول ۵ نشان داده شده است بین میانگین پس از آزمون سبک مقابله‌ای اجتناب افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه آزمایش ۱ (گروه درمانی مبتنی بر طرحواره) و آزمایش ۲ (گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) با گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی مبتنی بر طرحواره با توجه به میانگین نمرات سبک مقابله‌ای اجتناب افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه‌های آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش سبک مقابله‌ای اجتناب گروه‌های آزمایش شده است. بین گروه‌های آزمایشی دو گانه (گروه درمانی مبتنی بر طرحواره و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) از لحاظ نمرات سبک مقابله‌ای اجتناب تفاوت معنی داری وجود ندارد. این امر بیانگر تأثیر تقریباً یکسان گروه درمانی مبتنی بر طرحواره و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش سبک مقابله‌ای اجتناب می‌باشد. همچنین بین میانگین پس از آزمون شاخص توده بدنی افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه آزمایش ۱ (گروه درمانی مبتنی بر طرحواره) و آزمایش ۲ (گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) با گروه کنترل تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی مبتنی بر طرحواره با توجه به میانگین شاخص توده بدنی افراد مبتلا به چاقی و پرخوری هیجانی گروه‌های آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش شاخص توده بدنی گروه‌های آزمایش شده است. بین گروه‌های آزمایشی دو گانه گروه درمانی مبتنی بر طرحواره و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) از لحاظ شاخص توده بدنی تفاوت معنی داری وجود ندارد. این امر بیانگر تأثیر تقریباً یکسان گروه درمانی مبتنی بر طرحواره و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شاخص توده بدنی می‌باشد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر سبک مقابله‌ای اجتناب در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به خوردن هیجانی انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که اثر گروه‌ها بر سبک مقابله‌ای اجتناب و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن معنادار است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر بین گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه درمانی مبتنی بر طرحواره، در مراتب اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون) با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که کاهش سبک مقابله‌ای اجتناب در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلا به خوردن، در گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه درمانی مبتنی بر طرحواره بیشتر است. این یافته با یافته‌های [عبدالکریمی و همکاران \(۱۳۹۷\)](#)؛ [قنبری، توندجانی و نجات \(۱۳۹۸\)](#)؛ [خلعتبری و همکاران \(۱۳۹۹\)](#)؛ [لیناردون و همکاران \(۲۰۱۹\)](#)؛ [فوجل کیست و همکاران \(۲۰۲۰\)](#)؛ [کاراکل، نیکولو و مروین \(۲۰۲۲\)](#)؛ [شمس آزر و همکاران \(۲۰۱۸\)](#)؛ [پورجباری و دشت‌بزرگی \(۲۰۱۹\)](#)؛ [پاک‌اندیش، کراسکیان و جمهری \(۲۰۲۰\)](#)؛ [ایرانی و همکاران \(۲۰۲۰\)](#) و [باسیل، تنور و مانکینی، \(۲۰۱۹\)](#) همسو می‌باشند.

پذیرش بدون قضاوت و دفاع که یکی از اصول اساسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است در خوردن هیجانی، عنصری مهم به شما می‌رود. به هنگامی که افراد از سطوح بالای پذیرش برخوردار باشند، بدون آن که تلاشی برای مهار افکار و احساسات خود انجام دهند و یا از آن اجتناب کنند تنها متوجه برانگیختگی‌های روانی خود می‌شوند. از این رو افراد می‌توانند تأثیر افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری خود را کاهش دهند. در تبیین این موضوع می‌توان گفت که پذیرفتن نه بیشتر و نه کمتر افکار،

احساسات و هیجانات و به همان صورت که هستند منجر به گسلش شناختی می‌گردد و از سوی دیگر، هنگامی که شخص در جنگ با پریشانی‌ها و آشفتگی‌هایش نیست، توانایی گسترش خزانه رفتاری‌اش را یافته، برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود زمان بیشتری داشته و در همین راستا خود را به ارزش‌ها و هدف‌های موجود در زندگی‌اش متعهد سازد. [نوریان، آقایی و قربانی \(۱۳۹۴\)](#) عنوان کردند که افراد دارای سطح پذیرش پایین، به‌منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتشان درگیر راهبردهای کنترلی می‌شوند؛ فردی را در نظر بگیرید که به هنگام آشفتگی عاطفی برای تسکین خود از خوردن استفاده می‌کند و همین موضوع منجر به تخریب رفتاری و عملکردی او می‌شود.

از دیگر سو در ارتباط با تأثیر طرح‌واره‌ها پژوهش [باسیل، تنور و مانکینی، \(۲۰۱۹\)](#) نشان داد که پرخوری و افزایش مصرف غذا با باورهای ناسازگارتتری در حوزه محرومیت هیجانی افراد ارتباط داشته و همچنین به‌عنوان روشی برای دوری گزیدن از هیجان‌های منفی که در اثر فعال شدن طرح‌واره رهاشدگی ایجاد شده‌اند مورداستفاده قرار می‌گیرد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد طرح‌واره درمانی روی کاهش وزن در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلابه خوردن هیجانی اثر مثبت معناداری داشته است. در همین راستا [ایرانی و همکاران \(۲۰۲۰\)](#) نشان دادند ۱۲ درصد تغییرات پرخوری را شناخت‌های مربوط به خوردن و طرح‌واره محرومیت هیجانی تبیین می‌کنند. در تبیین این نتایج با استفاده از نظریه شناختی-بک، عنوان شد فعال شدن طرح‌واره‌های پردشدگی و بی‌ارزشی باعث رنجش افراد دارای اضافه‌وزن می‌شود و لازم است این مسئله در درمان‌های روان‌شناختی کاهش وزن مورداستفاده قرار گیرد ([پاک‌اندیش، کراسکیان و جمهری، \(۲۰۲۰\)](#)). همچنین نتایج یک پژوهش نشان داد در افراد چاق طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و شدت رفتارهای پرخوری به‌طور مستقیم با هم ارتباط دارند. با توجه به این‌که فرایند تغییر طرح‌واره‌ها به‌طور کامل امکان‌پذیر نیست، از این‌رو بایستی مقدار ناچیز تغییر را از نظر بالینی معنی‌دار به شمار آورد و بیان نمود که طرح‌واره درمانی بر کاهش وزن تأثیر مثبت دارد ([پوگ، \(۲۰۱۵\)](#)).

یافته‌های دیگر نشان داد که اثر زمان و همچنین اثرات تعاملی گروه و زمان بر شاخص توده بدنی در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلابه خوردن معنادار است ($P < 0/001$). به‌عبارت‌دیگر بین گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه درمانی مبتنی بر طرح‌واره در مراتب اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که کاهش شاخص توده بدنی در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلابه خوردن، در روش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه درمانی مبتنی بر طرح‌واره بیشتر است.

در تبیین این یافته باید عنوان کرد که ذهن آگاهی در گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد که افکار، تنها فکری‌هایی هستند که واقعیت خارجی ندارند و تمام آنچه می‌تواند انجام دهد این است که یک‌قدم از همه افکار چه مثبت و چه منفی فاصله بگیرند و آن‌ها را بپذیرند و نه این‌که سعی در کنترل آن‌ها داشته باشد. افزایش گسلش شناختی و پذیرش آگاهانه به افراد می‌آموزد که پذیرش موقعیت‌ها و تفکراتشان را جایگزین اجتناب از آن‌ها کنند. در همین زمان تصریح ارزش‌های ارتباطی و پایبندی برای فعالیت مطابق با آن ارزش‌ها، برای افراد این فرصت را فراهم می‌آورد تا به‌گونه‌ای اقدام کنند که آن‌ها را به سمت رضایت از زندگی و توده بدنی هدایت کرده و برای کاهش وزن در راستای ارزش‌ها خود اقدام برداشته و به آن متعهد باشند.

گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد همچنین، با استفاده از مهارت‌هایی که به افراد می‌آموزد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آن‌ها را نیز، افزایش می‌دهد ([مروین و همکاران، \(۲۰۲۱\)](#)). در گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تولدایی برای ارتباط با زمان حال به‌طور پیوسته و به‌عنوان یک انسان هشیار و آگاه و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود؛ که ازجمله این ارزش‌ها در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلابه خوردن می‌توان به سلامتی و بهداشت، روابط خانوادگی، روابط با اطرافیان، تحصیلات، تفریح، کار و شغل و... اشاره نمود.

در رابطه با محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت که به دلایلی از قبیل دوری برخی از مراجعه‌کنندگان از محل برگزاری جلسات درمان، محدودیت‌های جسمانی و عدم توانایی مالی در برخی موارد باعث کاهش کیفیت حضور در جلسات می‌شد و به همین دلیل هم بایستی در تعمیم نتایج با احتیاط عمل نمود. همچنین به نظر می‌رسد در صورتی که دوره‌ی پیگیری چندماهه برای بررسی اثربخشی درمان در میان مدت در نظر گرفته می‌شد احتمالاً تصویر بهتری از تفاوت‌های دو درمان در میان مدت به دست

می‌آمد که به دلایل محدودیت زمانی این مسئله انجام نشد و این یکی از محدودیت‌های ناخواسته پژوهش حاضر است که لازم است در تبیین نتایج بدان توجه نمود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که می‌توان مداخله‌های مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی را به‌طور موفقیت‌آمیزی برای کاهش استفاده از سبک مقابله‌ای اجتناب در افراد چاق و دارای اضافه‌وزن مبتلابه خوردن هیجانی به کار گرفت و هیچ‌کدام از این دو درمان در مقایسه با دیگری برتری معناداری در اثربخشی درمانی نداشتند؛ لذا هر دو درمان می‌تواند درزمینه‌ی کار بالینی و مداخلات درمانی شواهد محور درزمینه‌ی سبک مقابله‌ای اجتناب مورد استفاده قرار گیرد و بهتر است درمانگران به برتری اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استفاده از سبک مقابله‌ای اجتناب که در این پژوهش ذکر شده با دیده تردید بنگرند و مطالعات فرا تحلیل وسیع‌تری در این زمینه مورد نیاز است. نهایتاً می‌توان استدلال کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره درمانی به شکل برابری به‌عنوان درمان‌های تکمیلی می‌توانند در کنار درمان‌های پزشکی منجر به ارتقاء کیفیت درمان گردد.

۵. ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر پس از تأیید توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به شماره (IR.IAU.K.REC.1399.076) انجام شد. همچنین جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت افراد در پژوهش، تشریح حقوق و وظایف طرفین و محرمانه نگه داشتن اطلاعات به دست آمده در طی اجرای پژوهش و خروج آزادانه از پژوهش مدنظر قرار گرفت.

۶. تقدیر و تشکر و حمایت مالی

این مطالعه بخشی از رساله دکترای روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بود و بدون دریافت هیچ‌گونه کمک مالی از موسسه یا سازمانی انجام شد. نویسندگان این مقاله از مدیران محترم کلینیک‌های همکاری کننده و شرکت کنندگان محترم در این مطالعه نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

۷. تعارض منافع

هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه و یا دستگاه‌ها تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

منابع

امام زمانی، ز.، مشهدی، ع.، و سپهری شاملو، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرح‌واره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۹(۱)، ۲۴-۵.

https://tpccp.um.ac.ir/article_33191.html

باباخانو، ا.، حقایق، س. ع.، مرادی منش، ف.، و دهقانی، ا. (۱۳۹۹). خوردن هیجانی و خودشفقت‌ورزی در افراد فربه: نقش واسطه‌ای پردازش هیجانی. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۷(۶۶)، ۲۰۵-۲۰۱۶.

https://jip.stb.iau.ir/article_679813.html

بساک نژاد، س.، عارفی، ن.، و ارشادی، ن. (۱۳۹۷). بررسی الگوی خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجان، عزت نفس و تکانشگری در بروز اعتیاد غذایی دانشجویان. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷(۲۶)، ۱۳۲-۱۴۵.

https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4975.html

کجویی، ح.، مرادی، ع.، کاظمی، آ. س.، و قنبری، ز. (۱۳۹۵). نقش متمایز کننده تنظیم هیجان و تکانشگری در انواع مختلف الگوهای خوردن ناسالم، *مجله فیض*، ۲۰ (۴)، ۳۸۳-۳۹۰.

http://feyz.kaums.ac.ir/browse.php?a_id=3141&sid=1&slc_lang=fa

خلعتبری، آ.، قربان شیروودی، ش.، زربخش، م.، ر.، و تیزدست، ط. (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *روانشناسی سلامت*، ۹(۴) (پیاپی ۳۶)، ۷-۲۴.

https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_7223.html

عبدالکریمی، م.، قربان شیروودی، ش.، خلعتبری، ج.، و زربخش، م.، ر. (۱۳۹۷). اثربخشی بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۰)، ۶۵۱-۶۶۱.

<https://psychologicalscience.ir/article-1-276-fa.html>

قنبری، ح.، ر.، توزنده جانی، ح.، و نجات، ح. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (QOLT) بر رفتارهای خود تخریب گرایانه و تنظیم شناختی عاطفی در افراد با سوء مصرف مواد. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۲(۱)، ۴۷-۵۵.

https://jfmh.mums.ac.ir/article_15683.html

محمدی، ح.، سپهری شاملو، ز.، اصغری ابراهیم آباد، م.، ج. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش احساس تنهایی و نشخوار فکری زنان مطلقه. *مطالعات زن و خانواده*، ۷(۲)، ۱۱۵-۱۳۶.

https://jtbcproudehen.iau.ir/article_1481.html

محمودیان دستنایی، ط.، امیری، ش.، نشاط دوست، ح.، ط.، و منشی، غ. ر. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال خوردن در بیماران ۱۶-۲۳ سال مبتلا به پر اشتهای روانی با توجه به پیوند والدینی. *روانشناسی معاصر*، ۱۲(۱)، ۵۲-۳۸.

<https://bjcp.ir/article-1-1107-fa.html>

نجاتی، و.، علی پور، ف.، سعیدپور، ص.، و بدایعی، ا. (۱۳۹۶). خصوصیات روان سنجی نسخه‌ی فارسی سبک‌های پاسخ‌دهی به غذا. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۰(۱)، ۱۱-۳.

<https://doi.org/10.22038/jfmh.2017.10033>

نجم کارخکی، ا.، کلهرنیا گل کار، م.، نژاد محمد نامقی، ع.، محمدی شیر محله ف.، ولی زاده، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی بر اجتناب و دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۰ (۱)، ۸۹-۷۵.

https://shenakht.muk.ac.ir/browse.php?a_id=1666&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=0

نوریان، لیلی، و آقایی، اصغر، و قربانی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خوردن هیجانی در زنان چاق. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۶(۲) (پیاپی ۶۰)، ۱۵-۲۳.

https://jsr- p.isfahan.iau.ir/article_533962.html

References

- Abdolkarimi, M., Ghorban Shirodi, S., Khalatbari, J., & Zarbakhsh, M. R. (2018). Effectiveness of meta diagnosis package of acceptance and commitment therapy, Self-Compassion therapy and dialectic behavioral therapy on emotion regulation and eating behavior of overweight and obese women. *Journal of Psychological Science*, 17(70), 651-662. <http://psychologicalscience.ir/article-1-276-en.html> (in Persian).
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR (TM)). American Psychiatric Association Publishing.
- Babakhanloo, A., Haghayegh, S. A., Moradi Manesh, F., & Dehghani, A. (2020). Emotional Eating and Self-Compassion in People with Obesity: The Mediating Role of Emotional Processing. *Journal of*

- Developmental Psychology*, 17(66), 205-216. https://jip.stb.iau.ir/article_679813.html?lang=en (in Persian)
- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2019). Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*, 5(9), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02361>
- Bassak Nejad, S., Aarefi, N., & Arshadi, N. (2018). Testing a model of Emotional Eating, Emotional Dysregulation, Self-Esteem, and Impulsivity in Food Addiction among students. *Health Psychology*, 7(26), 132-145. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4975.html?lang=en (in Persian)
- Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. (2022). Comparing of Compassion-Based Emotion Focused Therapy with Compassion-Focused Treatment on Quality of Life of Primary Headache Patients. *IJPCP*, 28(2), 210-221. (In Persian). <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-3178-en.html>
- Cahill, A. G., Haire- Joshu, D., Cade, W. T., Stein, R. I., Woolfolk, C. L., Moley, K., ... & Klein, S. (2018). Weight control program and gestational weight gain in disadvantaged women with overweight or obesity: a randomized clinical trial. *Obesity*, 26(3), 485-491. <https://doi.org/10.1002/oby.22070>
- Daawin, P., Kim, S., & Miljkovic, T. (2019). Predictive Modeling of Obesity Prevalence for the US Population. *North American Actuarial Journal*, 23(1), 64-81. <https://ideas.repec.org/a/taf/uaajxx/v23y2019i1p64-81.html>
- Deroost, N., & Cserjési, R. (2018). Attentional avoidance of emotional information in emotional eating. *Psychiatry Research*, 269(5), 172-177. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.053>
- Emam Zamani, Z., Mashhadi, A., & Sepehri Shamloo, Z. (2019). The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy on Anxiety and emotional schemas on Women with Generalized Anxiety Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 9(1), 5-24. <https://doi.org/10.22067/ijap.v9i1.69238> (in Persian).
- Erkaya, R., Karabulutlu, Ö., & Çalik, K. Y. (2018). The effect of maternal obesity on self-esteem and body image. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 53(4), 96-114. <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2018.02.003>
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body image*, 32, 155–166. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002>
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., Bradley, L. E., Lowe, M. R., Herbert, J. D., & Shaw, J. A. (2013). The mind your health project: a randomized controlled trial of an innovative behavioral treatment for obesity. *Obesity*, 21, 1119–1126. <https://doi.org/10.1002/oby.20169>
- Ghanbari, H., Touzandeh Jani, H., & Nejat, H. (2019). Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) and Quality of Life therapy (QOLT) on self-destructive behaviors and emotional cognitive regulation in substance abusers. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 22(1), 47-55. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2019.15683> (in Persian).
- Irani, S., Akbari, B., Abolghasemi, A., & Bakhshipour Roudsari, A. (2020). Comparison of the effectiveness of schema therapy and behavioral model-based diet therapy on emotional adjustment, body image, and weight loss among obese individuals with nervous overweight. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 8(1), 45–51. <http://ajnpp.umsha.ac.ir/article-1-241-en.html>
- Kachooei, M., Moradi, A., Kazemi, A. S., & Ghanbari, Z. (2016). The discriminative role of emotion regulation and impulsivity in different unhealthy eating patterns. *Feyz Medical Sciences Journal*, 20 (4), 383-390 <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3141-en.html> (in Persian).
- Karekla, M., Nikolaou, P., & Merwin, R. M. (2022). Randomized Clinical Trial Evaluating AcceptME—A Digital Gamified Acceptance and Commitment Early Intervention Program for Individuals at High Risk for Eating Disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 11(7), 1775. <https://doi.org/10.3390/jcm11071775>
- Khalatbari, A., Ghorbanshiroudi, S., Zarbakhsh, M., & Tizdast, T. (2021). Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Treatment based on Acceptance and Commitment to Craving, Quality of Life and Psychological Distress in Patients with Type 2 Diabetes. *Health Psychology*, 9(36), 7-24. <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.53961.4884> (in Persian).
- Leppanen, J., Brown, D., McLinden, H., Williams, S., & Tchanturia, K. (2022). The Role of Emotion Regulation in Eating Disorders: A Network Meta-Analysis Approach. *Frontiers in psychiatry*, 13, 793094. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.793094>

- Lillis J, Dahl J, Weineland SM. (2014). The diet trap: Feed your psychological needs and end the weight loss struggle using acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications.
- Linardon, J., Gleeson, J., Yap, K., Murphy, K., & Brennan, L. (2019). Meta-analysis of the effects of third-wave behavioural interventions on disordered eating and body image concerns: implications for eating disorder prevention. *Cognitive behaviour therapy*, 48(1), 15–38. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1517389>
- Mahmoudian Dastnair, T., Neshatdost H, Amiri S & Aanshaee G. (2018). Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on eating disorder beliefs in anorexia and bulimia nervosa patients with regard to parental bonding. *Clinical Psychology and Personality*, 16(1), 33-48. https://bjcp.ir/browse.php?a_id=1107&sid=1&slc_lang=en (in Persian).
- Merwin, R. M., Moskovich, A. A., Babyak, M., Feinglos, M., Honeycutt, L. K., Mooney, J., Freeman, S. P., Batchelder, H., & Sangvai, D. (2021). An open trial of app-assisted acceptance and commitment therapy (iACT) for eating disorders in type 1 diabetes. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00357-6>
- Mohammadi, H., Sepehri Shamloo, Z., & asghari ebrahim abad, M. J. (2019). The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on Decreasing Psychological Distress and Difficulty in Emotional Regulation in Divorced Women. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 14(51), 27-36. https://jtbcpr.roudehen.iau.ir/article_1481.html?lang=en (in Persian).
- Musetti, A., Cattivelli, R., Guerrini, A., Mirto, A. M., Riboni, F. V., Varallo, G., ... & Molinari, E. (2018). Cognitive-Behavioral Therapy: Current Paths in the Management of Obesity. In *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications*. IntechOpen.
- Najjar Kakhki, I., Kalthornia Golkar, M., Nezhad Mohamad Nameghi, A., Mohammadi shirmahaleh, F., Valizadeh, M. (2023). Comparison of effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy on emotion regulation difficulty and body mass index in obese people with emotional eating. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10 (1), 75-89. <http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.1.75> (in Persian).
- Nejati V, Alipour F, Saeidpour S, Bodaghi E. (2018). Psychometric Properties of Persian Version of Dutch Eating Behavior Questionnaire. *J Fundamentals of Mental Health*, 20(1), 5-13. https://jfmh.mums.ac.ir/article_10033.html?lang=en (in Persian).
- Nourian, L., Aghaei, A., & Ghorbani, M. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Eating among Obese Women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 16(2), 15-23. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533962.html?lang=en (in Persian).
- Padmala, S., Sambuco, N., & Pessoa, L. (2019). Interactions between reward motivation and emotional processing. *Progress in Brain Research*, 247(1), 1-21. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.03.023>
- Pakandish, S., kraskyan, A., jomehri, F. (2020). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life and Body Image of Obese Women. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 9(34), 20-32. https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article_675551_5a1e182f13440321351588ad1c12878e.pdf
- Ponde Nejad AA, Attari Y, Dordaneh H. (2018). Evaluating the Predicting Model of Life Quality Based on Mindful Eating with Mediation of Body-Image and Eating Behaviors among Married Women with Overweight and Obesity. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 9(34), 141-170, (In Persian). https://qccpc.atu.ac.ir/article_8641_en.html
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39, 30-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003>
- Pourjaberi, B., & DASHTBOZORGI, Z. (2019). The Effectiveness of Schema Therapy on Eating Disorder and Rumination of Obese Adolescent Girls. *COMMUNITY HEALTH JOURNAL*, 13(1), 1-10. (In Persian). https://chj.rums.ac.ir/article_89635.html?lang=en
- Retrop, V., Damerou, M., Schweda, A., Steinbach, J., Schüren, L. C., Niedergethmann, M., Skoda, E.-M., Teufel, M., & Bäuerle, A. (2022). Predicting acceptance of e-mental health interventions in patients with obesity by using an extended Unified Theory of acceptance model: Cross-sectional study. *JMIR Formative Research*, 6(3), e31229. <https://doi.org/10.2196/31229>

- Richards, R., Jones, R. A., Whittle, F., Hughes, C. A., Hill, A. J., Lawlor, E. R., Bostock, J., Bates, S., Breeze, P. R., Brennan, A., Thomas, C. V., Stubbings, M., Woolston, J., Griffin, S. J., & Ahern, A. L. (2022). Development of a Web-Based, Guided Self-help, Acceptance and Commitment Therapy-Based Intervention for Weight Loss Maintenance: Evidence-, Theory-, and Person-Based Approach. *JMIR formative research*, 6(1), e31801. <https://doi.org/10.2196/31801>
- Santos, F. (2018). Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity Reviews*, 41(2), 31-46. <https://doi.org/10.1111/obr.12607>
- Shams Azar, L., Ghahari, S., Shahbazi, A., Ghezelseflo, M., (2018). Effect of group schema therapy on physical self-concept and worry about weight and diet among obese women. *Journal of Research and Health*, 8(6), 548–554. <http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-1471-en.html>
- Stemmet, L., Roger, D., Kuntz, J., & Borrill, J. (2015). General and specific avoidance: The development and concurrent validation of a new measure of avoidance coping. *European Journal of Psychological Assessment*, 31(3), 222–230. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000220>
- Van Strien T, Frijters JE, Bergers GP Defares PB. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295–315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)