



The Efficacy of Schema Therapy on Rumination, Depression, and Personality Function of Women with Bulimia Nervosa

Farzin Bagheri Sheykhangafshe^{1*} , Fereshteh Rezazadeh Khalkhali² , Vahid Savabi Niri³ , Maryam Zolfagharnia⁴ , Nahid Mikelani⁵ 

1. Corresponding Author, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: farzinbagheri@modares.ac.ir
2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. Email: fereshte97rezazadeh@gmail.com
3. Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran. Email: v.savabi@gmail.com
4. Department of General Psychology, Faculty of Humanities, Payam-Noor University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran. Email: vsn6639@gmail.com
5. Department of Health and Clinical Psychology, School of Medicine, Najaf-Abad Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: nahid.mikelani1984@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 1 Agu 2023
Revised: 15 Agu 2023
Accepted: 02 Oct 2023
Published: 22 Sep 2024

Keywords:
Bulimia Nervosa, Depression, Personality Function, Rumination, Schema Therapy.

ABSTRACT

The present study was conducted to investigate the effectiveness of schema therapy on rumination, depression, and personality function of women with bulimia nervosa. The semi-experimental research method was pre-test-post-test with a control group. The statistical population of this study consisted of women in Tehran who were diagnosed with bulimia nervosa in 2023. 30 women were randomly assigned to the experimental and control groups in accordance with the research's inclusion criteria. Rumination (RQ), Beck depression (BDI), and personality function (PFQ) questionnaires were implemented to evaluate the groups. Following ten 90-minute schema therapy sessions for the experimental group, the participants responded to the research questionnaire again. Finally, the data were subjected to multivariate analysis of covariance using SPSS-24. Schema therapy significantly decreased rumination ($F=23.51$), depression ($F=50.04$), and increased intimacy ($F=47.16$), empathy ($F=41.83$), and self-direction ($F=30.04$) and identity ($F=32.77$) in women with bulimia nervosa ($P<0.01$). The results indicate that schema therapy has reduced psychological disorders and enhanced the personality function of women with bulimia nervosa. Measures should be implemented to identify and treat vulnerable populations in light of the significant changes in people's lifestyles that the COVID-19 pandemic has induced.

Cite this article: Bagheri Sheykhangafshe, F., Rezazadeh Khalkhali, F., Savabi Niri, V., Zolfagharnia, M., & Mikelani, N. (2024). The Efficacy of Schema Therapy on Rumination, Depression, and Personality Function of Women with Bulimia Nervosa. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(3), 23-40. doi: 10.22059/japr.2024.363123.644695.



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.363123.644695>

© The Author(s).



اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلا به پر خوری عصبی

فرزین باقری شیخانگشسه^{۱*}، فرشته رضازاده خلخالی^۲، وحید صوابی نیری^۳، مریم ذوالفقارنیا^۴، ناهید میکلائی^۵

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. رایانامه: farzinbagheri@modares.ac.ir
۲. کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. رایانامه: fereshte97rezazadeh@gmail.com
۳. کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران. رایانامه: v.savabi@gmail.com
۴. کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، واحد اردبیل، اردبیل، ایران. رایانامه: vsn6639@gmail.com
۵. کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی بالینی و سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. رایانامه: nahid.mikelani1984@gmail.com

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۱۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۵/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۱۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱

کلیدواژه ها:

افسردگی، پر خوری عصبی، طرحواره درمانی، کارکرد شخصیت، نشخوار فکری.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلا به پر خوری عصبی انجام شد. روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، زنان مبتلا به پر خوری عصبی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. با توجه به ملاک های ورود به پژوهش، ۳۰ زن به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جای دهی شدند. گروه ها با پرسشنامه های نشخوار فکری (RQ)، افسردگی بک (BDI) و کارکرد شخصیت (PFQ) سنجش شدند. پس از ده جلسه ۹۰ دقیقه ای طرحواره درمانی برای گروه آزمایش، مجدداً شرکت کنندگان به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. در انتها داده ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند. نتایج نشان داد طرحواره درمانی به صورت معناداری موجب کاهش نشخوار فکری ($F=23/51$)، افسردگی ($F=50/04$)، و افزایش صمیمیت ($F=47/16$)، همدلی ($F=41/83$)، خودجهت دهی ($F=30/04$) و هویت ($F=32/77$) در زنان مبتلا به پر خوری عصبی می شود ($P<0/01$). براساس نتایج، طرحواره درمانی توانسته است اختلالات روان شناختی را کاهش دهد و کارکرد شخصیت زنان مبتلا به پر خوری عصبی را بهبود بخشد. از آنجا که همه گیری کووید-۱۹ تغییرات بسیار گسترده ای در سبک زندگی افراد ایجاد کرد، می بایست تدابیری در جهت شناسایی و درمان گروه های آسیب پذیر اتخاذ کرد.

استناد: باقری شیخانگشسه، ف.، رضازاده خلخالی، ف.، صوابی نیری، و.، ذوالفقارنیا، م.، و میکلائی، ن. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلا به پر خوری عصبی. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۵(۳)، ۲۳-۴۰. doi: 10.22059/japr.2024.363123.644695

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.363123.644695>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

اختلالات خوردن^۱ به‌عنوان یک بیماری شایع و جدی در بین ۴ درصد از مردم جهان وجود دارد که تأثیر زیادی بر سلامت روان شناختی افراد بر جای می‌گذارد (کرونی و همکاران^۲، ۲۰۲۳). براساس دسته‌بندی انجمن روانپزشکی آمریکا^۳ (۲۰۱۵) اختلالات خوردن شامل بی‌اشتهایی عصبی^۴، پرخوری عصبی^۵ و پرخوری^۶ است. پرخوری عصبی، اختلالی ناتوان‌کننده است که با رفتارهای مکرر خوردن مشخص می‌شود که دارای اعمال کنترل‌گرانه و جبرانی از جمله استفراغ و فعالیت بدنی افراطی است (بریلت و همکاران^۷، ۲۰۲۱). با توجه به تغییرات سبک زندگی و پیشرفت فناوری، اختلالات خوردن شیوع و تنوع چشمگیری داشته است (اسلادی و همکاران^۸، ۲۰۱۸). خبیر و همکاران^۹ (۲۰۱۶) شیوع بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و پرخوری را در زنان ایرانی به ترتیب ۴، ۶ و ۱۳ درصد اعلام کردند. در پژوهشی مروری وان‌ایدن، ون هوکن و هوک^{۱۰} (۲۰۲۱) شیوع پرخوری عصبی را در زنان (۳ درصد) بیشتر از مردان (۱ درصد) گزارش کردند. همچنین این اختلال خطر مرگ‌ومیر را می‌تواند تا پنج برابر افزایش دهد. در مطالعه^{۱۱} مروری دیگر، سیلن و کسکی-راهکونن^{۱۱} (۲۰۲۲) شیوع اختلالات خوردن را در میان زنان ۵/۵ تا ۱۷/۹ درصد گزارش کردند که سه برابر مردان است. همچنین پرخوری عصبی نیز در میان ۰/۸ تا ۲/۸ درصد از زنان جوان شیوع داشت که از مردان بیشتر بود. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است احساس طمع و ترغیب به خوردن ناشی از نشخوار فکری^{۱۲}، افسردگی، اضطراب، تنش، بی‌ثباتی هویت و شخصیت داشته باشند (اسوالدی و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۹؛ رحمتی و برجلی، ۱۴۰۰).

نشخوار فکری به فرایندی شناختی اطلاق می‌شود که در آن، فرد به‌طور مکرر و منفعلانه بر معنا، علل و پیامدهای هیجانات منفی تمرکز می‌کند (ویلیامسون و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۱). شاید مهم‌تر از همه، فرایندهای نشخوارکننده یک چرخه^{۱۵} مخرب و تقویت‌کننده را نشان می‌دهند که در آن تأثیر منفی و نشخوار فکری متقابلاً یکدیگر را در طول زمان تشدید می‌کنند (دوندزیلو و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۷). اگرچه نشخوار فکری اغلب با سایر شناخت‌های پایدار مانند نگرانی و وسواس در ارتباط است، از نظر جهت‌گیری زمانی و مضامین محتوا متمایز است (وانگ و بوردرس^{۱۶}، ۲۰۱۸). درواقع، افکار وسواسی معمولاً مقاومت ایجاد می‌کنند، آینده‌محور هستند و غیرقابل قبول تلقی می‌شوند (پالمیری و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۱)؛ درحالی‌که افکار نشخوارکننده اغلب منطقی تلقی می‌شوند و ممکن است با باورهای مثبت مرتبط باشند (پوتویلس و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۱). در مجموع، شواهد نظری و تجربی زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد نشخوار فکری یک فرایند شناختی ناسازگار مرتبط با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی است. اگرچه مجموعه^{۱۹} گسترده‌ای از مطالعات نشخوار فکری را در رابطه با افسردگی و اضطراب بررسی کرده‌اند (نیومن و همکاران^{۱۹}، ۲۰۱۶)، مطالعات نسبتاً کمتری نشخوار فکری را در رابطه با آسیب‌شناسی روانی پرخوری عصبی مورد بررسی قرار داده‌اند (هرناندو و همکاران^{۲۰}، ۲۰۱۹). با وجود این، شواهد نظری موجود (بیرماچو و همکاران^{۲۱}، ۲۰۲۱) و شواهد تجربی (نیومن و

1. eating disorders
2. Crone et al.
3. American Psychiatric Association
4. anorexia nervosa
5. bulimia nervosa
6. Binge eating
7. Brelet et al.
8. Slade et al.
9. Khabir et al.
10. Van Eeden et al.
11. Silén & Keski-Rahkonen
12. rumination
13. Svaldi et al.
14. Williamson et al.
15. Dondzilo et al.
16. Wang & Borders
17. Palmieri et al.
18. Puttevils et al.
19. Naumann et al.
20. Hernando et al.
21. Birmachu et al.

اسوالدی^۱، (۲۰۲۱) نشان می‌دهد نشخوار فکری پدیده‌ای برجسته در میان افراد مبتلا به آسیب‌شناسی روانی پرخوری عصبی است و ممکن است پیامدهای بالینی مرتبطی برای این جمعیت داشته باشد (دوندزیلو و همکاران، ۲۰۱۷). در این راستا، اسمیت و همکاران^۲ (۲۰۱۸) در پژوهشی فراتحلیل مشخص کردند افرادی که نشخوار فکری زیادی داشتند از اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی) چشمگیری رنج می‌بردند. نتایج مطالعه مایلز و همکاران^۳ (۲۰۲۳) نیز حاکی از افزایش کمال‌گرایی، نشخوار فکری و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در بین بیماران دارای اختلالات خوردن بود.

تداوم نشخوار فکری موجب می‌شود افراد مبتلا به پرخوری عصبی از راهبردهای ناکارآمدی مانند افراط در غذاخوردن برای مقابله با احساسات خود استفاده کنند (روزاکو-سومالیا و همکاران^۴، ۲۰۲۱). همین ضعف در تنظیم هیجان، واکاوی درست احساسات و راهبردهای ناسازگارانه موجب کاهش سلامت روان و ایجاد نشانگان افسردگی می‌شود (ساگیو و گویون^۵، ۲۰۲۰). داشتن علائم و نشانه‌های اصلی افسردگی مانند غم، کاهش انرژی، اختلال در تمرکز و انزوای اجتماعی ممکن است در بلندمدت موجب تشدید بیماری و تغییرات مرتبط با سبک‌های تغذیه‌ای فرد شود (ریدیوت و همکاران^۶، ۲۰۲۱). شواهد موجود از رابطه قوی بین افسردگی و اختلالات خوردن حمایت می‌کنند (کیشیشیان و همکاران^۷، ۲۰۲۱). علاوه بر این، تداوم علائم افسردگی همراه پس از بهبودی اختلال خوردن، خطر عود را افزایش می‌دهد (مورگا و همکاران^۸، ۲۰۲۳). علائم افسردگی و اضطراب به همراه اختلالات خوردن نشانگر علائم شدیدتر و پیش‌آگهی و نتیجه ضعیف‌تر، به‌ویژه در زنان جوان است (خیرالله و همکاران^۹، ۲۰۱۹). در این زمینه، نتایج پژوهش جونز و همکاران^{۱۰} (۲۰۲۲) حاکی از همبستگی معنادار میان افسردگی، عزت‌نفس، نارضایتی از تصویر بدن و پرخوری عصبی بود. بیماری‌هایی که عزت‌نفس کمی داشتند و از افسردگی رنج می‌بردند، از تصویر بدنی مطلوبی برخوردار نبودند که موجب تشدید اختلال در آن‌ها می‌شد. یافته‌های مطالعه مروری گلدستین و گویون^{۱۱} (۲۰۱۹) مشخص کرد داشتن افسردگی، اضطراب و اعتمادبه‌نفس پایین به‌صورت معناداری می‌تواند خطر خودکشی را در بین بیماران مبتلا به پرخوری عصبی افزایش دهد.

علاوه بر ابعاد هیجانی، عامل مهمی که باید در هنگام مطالعه و درمان بیماران مبتلا به اختلالات خوردن در نظر گرفت، کارکرد شخصیتی^{۱۲} افراد است (ژنگ و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۳). کارکرد شخصیت، یک ساختار چهاربعدی صمیمیت^{۱۴}، همدلی^{۱۵}، خودجهت‌دهی^{۱۶} و هویت^{۱۷} است که در دوران نوجوانی رشد می‌یابد (ملیونسکی و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۲). تأخیر در مراحل رشدی شخصیت افراد می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری مانند اختلالات شخصیت، هیجانی و خلقی ایجاد کند (روهی و همکاران^{۱۹}، ۲۰۲۳). شواهد نشان می‌دهد برخی از ویژگی‌های شخصیتی به‌ویژه اجتناب زیاد از آسیب (مربوط به ناامنی فردی و اجتماعی) و خودتنظیمی ضعیف (مربوط به خودکارآمدی و خودپذیری ضعیف)، از عوامل مهم خطر برای اختلال خوردن هستند (میلر و همکاران^{۲۰}، ۲۰۲۱). با توجه به نقش مهم این عوامل در اختلال خوردن، ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به پرخوری عصبی

1. Naumann & Svaldi
2. Smith et al.
3. Miles et al.
4. Rozakou-Soumalia et al.
5. Sagiv & Gvion
6. Ridout et al.
7. Keshishian et al.
8. Murga et al.
9. Khairallah et al.
10. Jones et al.
11. Goldstein & Gvion
12. personality function
13. Zheng et al.
14. intimacy
15. empathy
16. self-direction
17. identity
18. Melunsky et al.
19. Rohde et al.
20. Miller et al.

کانون تحقیقات بسیاری بوده است (لوالیوسو همکاران^۱، ۲۰۲۰). در این راستا، یافته‌های پژوهش مروری سیمپسون و همکاران^۲ (۲۰۲۲) مشخص کرد ویژگی‌های شخصیتی ضداجتماعی و وابسته موجب کاهش اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر بیماران مبتلا به پرخوری عصبی می‌شود. در مقابل برون‌گرایی، همدلی و صمیمیت علائم بیماری را کاهش می‌دهد. نتایج مطالعه موزی و همکاران^۳ (۲۰۲۱) حاکی از نقش ابعاد شخصیتی در ابتلا و درمان اختلالات خوردن بود. بیمارانی که عملکرد شخصیتی ضعیفی داشتند مستعد بیماری بودند و روند درمانی آن‌ها نیز کند پیش می‌رفت.

بررسی‌های طولی مشخص کرد بیش از ۶۰ درصد از مبتلایان به اختلال بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی پس از ۹ سال توانستند بهبودی کامل به دست آورند (ادی و همکاران^۴، ۲۰۱۷). بر همین اساس می‌توان اذعان کرد سلامت روان و دریافت مداخلات روان‌شناختی کارآمد مانند طرحواره‌درمانی^۵ در این دوران از اهمیت زیادی برخوردار است (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۹). طرحواره‌درمانی به‌عنوان نوعی روان‌درمانی ارائه شد که به دنبال علت ریشه‌ای باورها و ایده‌های کمکی در مورد جهان، به نام طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۶ می‌پردازد (کالورت و همکاران^۷، ۲۰۱۸). طرحواره‌های ناسازگار اولیه در اوایل زندگی شکل می‌گیرد و با تجربیات افراد رشد می‌کند و مانند فیلتری عمل می‌کند که مردم دنیا را از طریق آن می‌بینند و بر نحوه درک آن‌ها از رویدادها تأثیر می‌گذارد (جوشوا و همکاران^۸، ۲۰۲۳). مبتلایان به پرخوری عصبی طرحواره‌های شدید خودکنترلی ناکافی، محرومیت عاطفی، استحقاق/بزرگواری، تکانشگری، رهاشدن، و آسیب‌پذیری در برابر آسیب را گزارش می‌دهند (مک‌اینتوش و همکاران^۹، ۲۰۱۶)؛ درحالی‌که افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، طرحواره‌های قوی‌تر نامطلوب‌بودن، شکست در دستیابی، استانداردهای بی‌امان و ایثار را دارا هستند (سیمپسون، ۲۰۱۹). این یافته‌ها نشان می‌دهد برای کمک به بیماران در رسیدن به بهبودی، روش‌های درمانی باید باورهای تزلزل‌ناپذیری را که در زمینه رفتارها و علائم بیماری دخیل است ارزیابی کنند (آرچونتی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۹). در این زمینه، یافته‌های مطالعه مروری ماهر و همکاران^{۱۱} (۲۰۲۲) حاکی از نقش مهم طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ابتلا و تشدید علائم اختلالات خوردن بود. در همین راستا، نتایج پژوهش‌های جوشوا و همکاران (۲۰۲۳)، کالورت و همکاران (۲۰۱۸) و سیمپسون و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد طرحواره‌درمانی به‌صورت معناداری می‌تواند علائم و نشانگان پرخوری عصبی را کاهش دهد و با تقویت ابعاد شناختی و هیجانی بیماران، مسیر اثربخشی درمان‌های دارویی و روان‌شناختی را هموار کند.

با توجه به پیشرفت‌های ایجادشده در زمینه اینترنت و شبکه‌های اجتماعی و شیوع کووید-۱۹، سبک زندگی بسیاری از مردم جهان دستخوش تغییرات وسیعی شد که نیازمند بررسی و توجه روان‌شناختی‌تری است. از آنجا که مشکلات سبک‌های تغذیه‌ای می‌تواند بر ابعاد گسترده‌ای از زندگی افراد و جامعه تأثیر بگذارد، قبل از هر چیزی لازم است اقدامات پیشگیرانه و درمانی در جهت شناسایی و کاهش بار بیماری اتخاذ شود. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی این سؤالات انجام شد:

- آیا طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری زنان مبتلا به پرخوری عصبی مؤثر است؟
- آیا طرحواره‌درمانی بر افسردگی زنان مبتلا به پرخوری عصبی مؤثر است؟
- آیا طرحواره‌درمانی بر کارکرد شخصیت زنان مبتلا به پرخوری عصبی مؤثر است؟

1. Levallius et al.
 2. Simpson et al.
 3. Muzi et al.
 4. Eddy et al.
 5. schema-therapy
 6. Early Maladaptive Schemas
 7. Calvert et al.
 8. Joshua et al.
 9. McIntosh et al.
 10. Archonti et al.
 11. Maher et al.

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش، افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره مناطق ۶ و ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، ۳۰ نفر از زنانی که توسط روان‌شناسی مرکز تشخیص پرخوری عصبی داشتند، به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از نسخه ۳،۱،۹،۲ نرم‌افزار G*Power، ۱۵ نفر برای دو گروه در نظر گرفته شد (فائول و همکاران، ۲۰۰۷). پس از نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان پژوهش به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت شخصی، سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اختلال روان‌شناختی حاد (بررسی پرونده بیمار) و داشتن اختلال پرخوری عصبی بود. همچنین درمان روان‌شناختی دیگر، نیمه‌کاره رهاکردن پرسشنامه و غیبت بیش از دو جلسه، معیارهای خروج از پژوهش بودند. شایان ذکر است ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت شد؛ به‌گونه‌ای که به شرکت‌کنندگان در زمینه محرمانه‌ماندن و استفاده صرفاً پژوهشی اطلاعات اطمینان خاطر داده شد و آن‌ها با رضایت کامل در محیطی آرام و بدون تنیدگی، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

۲-۲. شیوه اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌ها و اخذ رضایت از مسئولان کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره شهر تهران، پژوهشگران با مراجعه به چهار کلینیک مناطق ۶ و ۸ شهر تهران، ۳۰ زن مبتلا به اختلال پرخوری عصبی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی با کمک قرعه‌کشی در دو گروه مساوی ۱۵ نفری شامل گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابتدا توضیحات کلی به افراد داده شد و پس از اخذ رضایت از آن‌ها، شرکت‌کنندگان وارد پژوهش شدند. به‌منظور بررسی و درمان زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی، از طرحواره‌درمانی یانگ، کلوکو و ویشار^۲ (۲۰۰۶) استفاده شد. طرحواره‌درمانی با ایجاد یک سری تغییرات در شناخت افراد و همچنین بهره‌گیری از روش‌هایی همچون ثبت روزانه افکار ناکارآمد، بیان تجربه‌های اعضای گروه، بازسازی شناختی و تقویت تمرکز موجب تغییر طرحواره‌ها در افراد می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهشگران طرحواره‌درمانی را طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی (هر هفته دو جلسه) در یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی انجام دادند (در بازه زمانی حداکثر سه ماه). در جدول ۱، شرح مختصر محتوای جلسات مداخله ارائه شده است. همچنین به‌منظور رعایت نکات اخلاقی، به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی شدند. در انتهای مطالعه، توضیحات کامل‌تری درمورد موضوع، روش و اهداف پژوهش به افراد ارائه شد. شایان ذکر است که پس از اتمام مطالعه، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، گروه گواه نیز مانند گروه آزمایش مداخله را دریافت کردند.

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره‌درمانی

جلسه	هدف	موضوع
۱	ارتباط، آشنایی، همدلی	جلسه اول به آشنایی عناصر برنامه آموزشی با یکدیگر اختصاص یافت. هدف کلی آشناکردن شرکت‌کنندگان با فرایند، اهداف، مقررات و فواید برنامه آموزشی طرحواره‌محور و همچنین انجام پیش‌آزمون بود.
۲	آموزش نیازهای مرکزی و ریشه تحولی طرحواره‌ها	با پرداختن به نیازهای مرکزی اولیه و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و همچنین نحوه شکل‌گیری آن‌ها، شرکت‌کنندگان در برنامه آموزشی مشارکت داده شدند. هدف اصلی این جلسه، آموزش موارد زیر بود: پنج دسته نیازهای مرکزی، ریشه‌های اولیه و نحوه شکل‌گیری طرحواره‌های ناکارآمد.
۳	آموزش حوزه‌ها و انواع طرحواره‌ها	در این جلسه و جلسه بعدی، آموزش شناخت پنج حوزه طرحواره‌ای و ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه که با مشکلات بین‌فردی انسان در ارتباط‌اند، در دستور کار بود.

1. Faul et al.

2. Young, Klosko & Weishaar

جلسه	هدف	موضوع
۴	آموزش حوزه‌ها و انواع طرحواره‌ها و ویژگی‌های آن‌ها	ابتدا آموزش بقیه طرحواره‌های ناکارآمد اولیه ادامه یافت و سپس درباره ویژگی‌های طرحواره‌ها بحث شد.
۵	به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرحواره‌ها	هدف این جلسه، شناسایی و چالش با طرحواره‌ها در سطح شناختی بود؛ آموزش تکنیک‌های شناختی مثل اعتبار طرحواره‌ها، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده و ردکننده باور مرکزی، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای.
۶	آموزش نحوه تداوم طرحواره‌ها	کارکرد طرحواره‌ها و شیوه عملکرد آن‌ها آموزش داده شد. شرکت‌کنندگان با نحوه حفظ و تداوم طرحواره‌های ناکارآمد آشنا شدند. همچنین سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمدی که افراد از طریق آن به طرحواره‌ها پاسخ می‌دهند، آموزش داده شد.
۷	آموزش پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد	هدف اصلی این جلسه، آموزش یازده پاسخ مقابله‌ای ناکارآمد بود. هنگامی که یکی از طرحواره‌ها فعال شد، افراد معمولاً از طریق یک پاسخ مقابله‌ای، آن سبک را در رفتار به نمایش می‌گذارند. پاسخ‌های مقابله‌ای عبارت‌اند از تمام پاسخ‌هایی که در گنجینه رفتاری فرد در مقابل تهدید وجود دارند.
۸	حرکت به‌سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد	سه جلسه پایانی برنامه آموزشی طرحواره‌محور، آموزش مقابله با طرحواره‌های ناکارآمد و کاهش تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد بود. بدین منظور اقدامات زیر انجام گرفت: ۱. آزمون اعتبار یک طرحواره ناکارآمد، ۲. ارزیابی مزایا و معایب سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای، ۳. تمایز و تفکیک پاسخ‌های ناشی از طرحواره.
۹	حرکت به‌سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد	روش‌های زیر برای کاستن تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد آموزش داده شد: ۱. آموزش تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی، ۲. نوشتن نامه و گفتگوی خیالی با والدین، ۳. تصویرسازی وقایع آسیب‌زا.
۱۰	خلاصه مطالب، ارزیابی نهایی و اختتام برنامه آموزشی طرحواره‌محور	در این جلسه سه کار عمده انجام گرفت: ۱. تأکید و ترغیب زنان به کاربرد دستاوردهای برنامه آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی، ۲. شناسایی زنانی که نیاز به مداخله فردی دارند و برنامه‌ریزی جلسه مشاوره انفرادی با آن‌ها، ۳. اجرای پس‌آزمون.

منبع: یانگ و همکاران، ۲۰۰۶

۲-۳. ابزارهای سنجش

۲-۳-۱. چک‌لیست جمعیت‌شناختی^۱

این چک‌لیست شامل مدت بیماری، سن، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی و شغل است.

۲-۳-۲. پرسشنامه نشخوار فکری^۲ (RQ)

این مقیاس توسط نولن‌هاکسما و مارو^۳ در سال ۱۹۹۱ تدوین شده که دارای ۲۲ گویه است. گویه‌های این مقیاس براساس طیف لیکرت چهارگزینه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شوند. در نتیجه دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ است و نمرات بالاتر، نشان‌دهنده نشخوار فکری بیشتر است و برعکس. نولن‌هاکسما و مارو (۱۹۹۱) روایی محتوایی این مقیاس را مطلوب ارزیابی کردند و پایایی آن را به شیوه بازآزمایی از ۰/۴۸ تا ۰/۸۲ گزارش کردند. همچنین ضریب اعتبار آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آوردند. در داخل کشور نیز رهبریان و همکاران (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۳ گزارش کردند. در مطالعه پیش‌رو ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

۲-۳-۳. پرسشنامه افسردگی بک^۴ (BDI)

از مناسب‌ترین ابزارها برای ارزیابی حالات افسردگی است که درجات مختلفی از افسردگی از خفیف تا شدید را تعیین و علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند (بک، استری و برون^۵، ۱۹۹۶). روش نمره‌گذاری گویه‌ها صفر تا ۳ و دامنه نمرات از صفر تا ۶۳ قرار دارد. بک و همکاران (۱۹۹۶) اعتبار این آزمون را ۰/۹۶، ثبات درونی را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ را برای بیماران ۰/۸۶ و غیربیماران ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در ایران استفان‌دابسون، محمدخانی و

1. Demographic Checklist
2. Rumination Questionnaire (RQ)
3. Nolen-Hoeksema & Morrow
4. Beck Depression Inventory (BDI)
5. Beck, Steer, & Brown

مساح‌چولابی (۱۳۸۶) ضریب آلفای ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین نتایج تحلیل عاملی، سنجش اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک-۲ حکایت از شاخص‌های روان‌سنجی مناسب این ابزار دارد. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد.

۲-۳-۴. پرسشنامه کارکرد شخصیت^۱ (PFQ)

این مقیاس ۸۰ گویه‌ای سطوح کارکرد شخصیت توسط بندر و همکاران^۲ (۲۰۱۴) برای اندازه‌گیری سطوح کارکرد شخصیت در مدل جایگزین عنوان شده در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی ساخته شد که سطوح کارکرد شخصیت را در چهار مؤلفه خودجهت‌دهی (۱۶ گویه)، هویت (۲۱ گویه)، همدلی (۲۳ گویه) و صمیمیت (۲۰ گویه) بررسی می‌کند. نمره‌گذاری آن به صورت کاملاً اشتباه (۱) تا کاملاً درست (۴) انجام می‌شود. حداقل و حداکثر نمرات در این مقیاس ۸۰ تا ۳۲۰ است که گرفتن نمرات بالاتر به معنای کارکرد شخصیت مطلوب تلقی می‌شود. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه بندر و همکاران (۲۰۱۴) به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۴ به دست آمد. در ایران نیز استادنوروزی و زمستانی (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های صمیمیت، همدلی، خودجهت‌دهی و هویت را به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۲، ۰/۸۱ و ۰/۸۴ به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ مطلوبی برای چهار مؤلفه خودجهت‌دهی (۰/۸۴)، هویت (۰/۸۶)، همدلی (۰/۸۰) و صمیمیت (۰/۸۵) گزارش شد.

۲-۴. روش تحلیل اطلاعات

داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند. برای این منظور، از آزمون مجذور کای با توجه به وجود حداقل سه فراوانی در هر سطح یا طبقه جهت مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها، از آزمون ناپارامتریک شاپیرو-ویلک^۳ برای ارزیابی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون ام‌باکس^۴ برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس، از آزمون لوین^۵ برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش، و از تحلیل کوواریانس چندمتغیره^۶ با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران گروه آزمایش ۲۸/۴۳±۶/۷۵ سال و بیماران گروه گواه ۲۹/۱۷±۵/۹۳ سال بود. براساس نتایج جدول ۲، نتایج آزمون مجذور کای مشخص کرد گروه‌های آزمایش و گواه از نظر مدت بیماری، تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل تفاوت معنی‌داری ندارند ($P > 0/05$).

جدول ۲. مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	سطوح	گروه آزمایش تعداد (درصد)	گروه گواه تعداد (درصد)	*مقدار P
مدت بیماری	۱ تا ۲ سال	۷ (۴۶/۶)	۶ (۴۰)	۰/۴۸۲
	۳ تا ۵ سال	۵ (۳۳/۴)	۵ (۳۳/۴)	
	۶ سال به بالا	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۶)	

1. Personality Functioning Questionnaire (PFQ)
2. Bender et al.
3. Shapiro-Wilk
4. Box's M test
5. Levene's test
6. Multivariable Analyze of Covariance

متغیرها	سطوح	گروه آزمایش تعداد (درصد)	گروه گواه تعداد (درصد)	*مقدار P
تحصیلات	کاردانی	۴ (۲۶/۶)	۵ (۳۳/۴)	۰/۳۶۹
	کارشناسی	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶)	
	کارشناسی ارشد	۵ (۳۳/۴)	۳ (۲۰)	
وضعیت تأهل	مجرد	۹ (۶۰)	۷ (۴۶/۷)	۰/۷۰۲
	متأهل	۶ (۴۰)	۸ (۵۳/۳)	
شغل	بدون شغل	۷ (۴۶/۶)	۸ (۵۳/۴)	۰/۳۹۳
	آزاد	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	
	دولتی	۲ (۱۳/۱۴)	۱ (۶/۶)	

* آزمون مجذور کای، $P < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

۳-۲. توصیف شاخص‌های پژوهش

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون نمرات نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلا به پرخوری عصبی در گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین در این جدول، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (S-W) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول، آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است ($P > 0/05$).

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	P
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۳/۸۰	۳/۳۶	-۱/۰۸	۰/۰۶۷
	پس‌آزمون	گواه	۵۳/۹۳	۳/۲۳	-۱/۰۹۶	۰/۰۶۶
		آزمایش	۴۹/۰۱	۴/۷۳	-۱/۰۹۷	۰/۰۵۸
افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۶/۷۳	۲/۴۵	-۱/۰۸۲	۰/۰۵۶
	پس‌آزمون	گواه	۲۶/۶۰	۱/۶۳	-۱/۰۹۱	۰/۰۷۲
		آزمایش	۲۳/۰۶	۲/۲۵	-۱/۰۹۵	۰/۰۷۴
صمیمیت	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۴/۵۳	۲/۹۴	-۱/۰۹۱	۰/۰۹۷
	پس‌آزمون	گواه	۳۴/۶۶	۲/۳۰	-۱/۰۹۵	۰/۰۷۳
		آزمایش	۳۷/۸۶	۳/۷۴	-۱/۰۹۰	۰/۱۷۱
همدلی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۳/۴۶	۲/۶۸	-۱/۰۹۷	۰/۰۵۹
	پس‌آزمون	گواه	۴۳/۶۰	۳/۷۹	-۱/۰۹۴	۰/۰۷۸
		آزمایش	۴۷/۴۶	۲/۱۵	-۱/۰۹۲	۰/۰۸۸
خودجهت‌دهی	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۲/۷۳	۲/۸۰	-۱/۰۸۹	۰/۰۵۵
	پس‌آزمون	گواه	۳۲/۶۰	۱/۹۶	-۱/۱۵۲	۰/۰۶۳
		آزمایش	۳۶/۲۶	۲/۱۴	-۱/۰۹۶	۰/۰۵۷
هویت	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۴/۷۳	۲/۳۶	-۱/۰۹	۰/۰۶۱
	پس‌آزمون	گواه	۳۴/۶۰	۱/۸۰	-۱/۰۸۵	۰/۰۵۲
		آزمایش	۳۸/۲۰	۲/۹۶	-۱/۰۷۵	۰/۰۵۹
		گواه	۳۴/۸۶	۲/۷۲	-۱/۱۷۵	۰/۰۸۶

برای بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلا به پرخوری عصبی از

تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد واریانس نشخوار فکری ($p=0/103 > 0/05$; $F=1/84$; $28=1$)، افسردگی ($p=0/142 > 0/05$; $F=2/48$; $28=2$) و کارکرد شخصیت ($p=0/128 > 0/05$; $F=1/69$; $28=1$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ($p=0/942 > 0/05$; $F=0/56$; $Box M=15/536$). میزان معناداری آزمون باکس از $0/05$ بیشتر است. در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت نشان داد رابطه بین آن‌ها معنی‌دار است ($p < 0/05$; $df=20$; $\chi^2=165/87$). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. گفتنی است آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بررسی شد. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نیست و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است ($P > 0/05$).

۳-۳. تحلیل داده‌های پژوهش

با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی‌بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر بیلابی	۰/۷۲	۷/۲۷۵	۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۸۰	۷/۲۷۵	۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
آزمون اثر هتلینگ	۲/۵۶۸	۷/۲۷۵	۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۵۶۸	۷/۲۷۵	۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱

با توجه به جدول ۴، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته است. به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه‌شده، ۷۲ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	خطای مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	خطای میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
نشخوار فکری	۱۳۶/۵۴۱	۱۲۷/۷۴	۱	۱۳۶/۵۴۱	۵/۸۰	۲۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲
افسردگی	۱۱۰/۵۴۴	۴۸/۵۹	۱	۱۱۰/۵۴۴	۲/۲۰	۵۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹
صمیمیت	۹۳/۸۵۰	۴۳/۷۷	۱	۹۳/۸۵۰	۱/۹۹	۴۷/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸
همدلی	۱۳۲/۴۶۳	۶۹/۶۶	۱	۱۳۲/۴۶۳	۳/۱۶	۴۱/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵
خودجهت‌دهی	۷۷/۵۵۱	۵۳/۷۸	۱	۷۷/۵۵۱	۲/۵۸	۳۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷
هویت	۷۷/۱۸۰	۵۱/۸۱	۱	۷۷/۱۸۰	۲/۳۵	۳۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹

با توجه به مندرجات جدول ۵، آماره F برای نشخوار فکری ($23/51$)، افسردگی ($50/04$)، صمیمیت ($47/16$)، همدلی ($41/83$)، خودجهت‌دهی ($30/04$) و هویت ($32/77$) در سطح $0/001$ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه‌شده، ۵۲ درصد از نشخوار فکری، ۶۹ درصد از افسردگی، ۶۸ درصد از صمیمیت، ۶۵ درصد از همدلی، ۵۷ درصد از خودجهت‌دهی و ۵۹ درصد از هویت ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است. در نتیجه می‌توان گفت طرحواره‌درمانی به‌طور معنی‌داری موجب کاهش نشخوار فکری، افسردگی، و افزایش

صمیمیت، همدلی، خودجهت‌دهی و هویت زنان مبتلا به پرخوری عصبی شده است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلا به پرخوری عصبی انجام شد. نتایج مشخص کرد زنان مبتلا به پرخوری عصبی، پس از دریافت طرحواره‌درمانی، نشخوار فکری کمتری داشتند. یافته‌ها در راستای پژوهش‌های اسمیت و همکاران (۲۰۱۸)، مایلز و همکاران (۲۰۲۳)، بیرماچو و همکاران (۲۰۲۱) و نیومن و اسوالدی (۲۰۲۱) قرار دارد.

بررسی عمیق طرحواره‌درمانی بر اختلالات شخصیتی و اضطرابی مرتبط با تجربه‌ها و الگوهای عمیق رفتاری و شناختی که از طریق تجربه‌های کودکی شکل می‌گیرند، متمرکز است. این روش درمانی، ترکیبی از عناصر مختلفی از جمله تحریک شناختی، رفتاری، احساساتی و پذیرش و تعهد است. هدف اصلی طرحواره‌درمانی، بهبود این الگوهای ناسالم و نادرست از طریق تغییر افکار، احساسات و رفتارهای غیرمؤثر است (مک‌ایننوش و همکاران، ۲۰۱۶). یکی از مفاهیم اصلی طرحواره‌درمانی، شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسالم است. این طرحواره‌ها به شکل اعتقادات و افکار نادرست در زمینه‌های مختلف از جمله بدن، غذا، وزن و خود ارتباط دارند و می‌توانند به نشخوار فکری و رفتارهای خوردن ناسالم منجر شوند. با شناسایی این طرحواره‌ها و تغییر آن‌ها به افکار و باورهای مثبت‌تر و واقع‌گرا، نشخوار فکری کاهش می‌یابد (هرناندو و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین طرحواره‌درمانی از تمرینات تمرکز ذهنی استفاده می‌کند. این تمرینات به بیماران کمک می‌کند تا فعالانه و بدون قضاوت به احساسات، تجربیات و نیازهای خود توجه کنند. این کار به مدیریت اضطراب و تنش‌های روانی کمک می‌کند که ممکن است در ایجاد نشخوار فکری نقش داشته باشند (دوندزیلو و همکاران، ۲۰۱۷). از طرف دیگر، طرحواره‌درمانی از روش‌های شناختی-رفتاری نیز بهره می‌برد که به تغییر طرحواره‌ها و حالت‌ها کمک می‌کند. این شامل تحریک شناختی، رویارویی با حساسیت‌ها، مهارت‌های مؤثر برای مدیریت احساسات و رفتارهای جدید است که ممکن است به کاهش نشخوار فکری کمک کند (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۹).

با توجه به بررسی‌های صورت‌گرفته، طرحواره‌درمانی نقش مهمی در کاهش نشخوار فکری (نشخواری و نگرانی‌های غذایی) دارد. این روش درمانی، الگوهای ناسالم و نادرست از طریق تجربه‌های کودکی را که به‌طور معمول در پرخوری عصبی و اختلالات مرتبط با خوردن رخ می‌دهد، شناسایی می‌کند و تغییر می‌دهد (ویلیامسون و همکاران، ۲۰۲۱). در این زمینه، یافته‌های مطالعه بیرماچو و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد افراد دارای اختلال خوردن، حمایت اجتماعی کم و نشخوار فکری زیاد دارند که موجب کاهش رضایت از تصویر بدن و سلامت روان آن‌ها می‌شود. نتایج پژوهش نیومن و اسوالدی (۲۰۲۱) نیز مشخص کرد مشکلات تنظیم هیجان مانند سرکوب و نشخوار فکری افراطی موجب تشدید علائم پرخوری عصبی می‌شود که نیازمند توجه به ابعاد روان‌شناختی این بیماران است. درواقع، طرحواره‌درمانی به‌طور جامع به فرد کمک می‌کند تا الگوهای ناسالم و نشخواری را شناسایی کند و تغییر دهد و الگوهای جدیدی از رفتارها و افکار مثبت‌تر و سالم‌تر را جایگزین کند. این روش درمانی برای افرادی که با نشخوار فکری و اختلالات مرتبط با خوردن روبه‌رو هستند، می‌تواند بسیار مؤثر باشد.

همچنین تحلیل یافته‌های این پژوهش حاکی از تأثیرگذاری معنادار طرحواره‌درمانی بر کاهش سطوح افسردگی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی بود. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های جونز و همکاران (۲۰۲۲)، گلدستین و گویون (۲۰۱۹)، کشیشیان و همکاران (۲۰۲۱) و خیرالله و همکاران (۲۰۱۹) هم‌راستا است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت برخی افراد در مواجهه با افسردگی، برای اجتناب از احساسات ناخوشایند و تجربه افکار منفی، به خوردن و مصرف غذا روی می‌آورند (خیرالله و همکاران، ۲۰۱۹). به عبارت دیگر، خوردن می‌تواند به‌عنوان یک مکانیسم اجتنابی از احساسات ناراحت‌کننده و افکار منفی عمل کند (روزاکو-سومالیا و همکاران، ۲۰۲۱). به عبارت دیگر، بعضی افراد با افسردگی، احساسات منفی خود را با خوردن و مصرف غذا انتقال می‌دهند. این افراد ممکن است خوردن را به‌عنوان راهی برای کنترل احساساتی خود استفاده کنند و غذا خوردن را به‌عنوان یک مکانیسم تسلط بر هیجانات انتخاب کنند (ریدیوت و همکاران، ۲۰۲۱). بیماران مبتلا به افسردگی ممکن است به‌دلیل احساس کم‌ارزشی و ناکارآمدی، خودسازی مناسب را تجربه نکنند (شباهنگ و همکاران، ۱۳۹۸). در این شرایط، خوردن ممکن است به‌عنوان راهی برای کمک به خودسازی و افزایش احترام به

خود استفاده شود (ادی و همکاران، ۲۰۱۷). براساس بررسی‌ها، افسردگی معمولاً به‌عنوان یکی از عوامل مرتبط با پرخوری عصبی شناخته می‌شود و اثراتی متقابل بین این دو وجود دارد (ساگیو و گویون، ۲۰۲۰). در این میان طرحواره‌درمانی با تأکید بر شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسالم، حالت‌ها و رفتارهای ناکارآمد که به افسردگی و پرخوری عصبی منجر می‌شوند، به افراد کمک می‌کند تا با مدیریت این عوامل، بهبودی در وضعیت روانی خود را تجربه کنند (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۹). طرحواره‌های ناسالم ممکن است شامل افکار و باورهای منفی درباره بدن، خود، ارزش‌های فردی و ارتباطات اجتماعی باشند که به افسردگی و اختلالات رفتاری مانند پرخوری عصبی منجر می‌شوند. طرحواره‌درمانی به بیماران کمک می‌کند تا این طرحواره‌ها را شناسایی کنند و با تمرکز بر تغییر آن‌ها، به افکار مثبت‌تر و سالم‌تر روی بیاورند (آرچونتی و همکاران، ۲۰۱۹). در این راستا، یافته‌های مطالعه کشیشیان و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد سوءمصرف مواد مخدر و داشتن نشانگان افسردگی سبب تشدید علائم در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی می‌شود. نتایج پژوهش خیرالله و همکاران (۲۰۱۹) مشخص کرد بیماران دارای علائم پرخوری عصبی، تکانشگری، افسردگی و انزجار بیشتری دارند که موجب تشدید بیماری در آن‌ها می‌شود.

از سوی دیگر مطابق نتایج، طرحواره‌درمانی به‌طور معنی‌داری موجب افزایش صمیمیت، همدلی، خودجهت‌دهی و هویت در گروه آزمایش می‌شود. این یافته‌ها همسو با مطالعات سیمپسون و همکاران (۲۰۲۲)، موزی و همکاران (۲۰۲۱)، ژنگ و همکاران (۲۰۲۳) و لوالیوس و همکاران (۲۰۲۰) است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت شخصیت فرد، نقش مهمی در رفتارها و واکنش‌های او در مواجهه با غذا و اختلالات خوردن دارد. برخی از افراد مبتلا به پرخوری عصبی، مشکل تنظیم هیجان دارند و از غذا خوردن برای کنترل و تسلط بر احساسات استفاده می‌کنند (روهی و همکاران، ۲۰۲۳). به عبارت دیگر، خوردن ممکن است به‌عنوان مکانیسمی نادرست برای تغییر حالت‌های افسردگی، اضطراب و خشم عمل کند (لوالیوس و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که از خود نارضایتی دارند و احساس کم‌ارزشی می‌کنند، ممکن است با غذا خوردن تلاش کنند تا این ناخوشی‌ها را مدیریت کنند و خود را بهبود دهند. پرخوری عصبی ممکن است به‌عنوان راهی برای افزایش احترام به خود و کاهش احساس ناکارآمدی و ترس از ناکامی عمل کند (ژنگ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین برخی از افراد پس از مواجهه با شکست‌ها و انتقادهای، از طریق خوردن، احساس ناکامی و بی‌انگیزگی خود را جبران می‌کنند. این افراد ممکن است با مصرف غذا به‌عنوان یک محافظه‌کاری، از شکست‌ها و عدم موفقیت‌ها استفاده کنند (ملیونسکی و همکاران، ۲۰۲۲). ارتباط طرحواره‌درمانی با شخصیت به این صورت است که طرحواره‌های ناسالم به الگوهای روانی و شخصیتی فرد شکل می‌دهند (کالورت و همکاران، ۲۰۱۸). به عبارت دیگر، شخصیت فرد تأثیرات طرحواره‌های ناسالم را در رفتارها، احساسات و افکار او نشان می‌دهد. درمان با استفاده از طرحواره‌درمانی به شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسالم می‌پردازد تا افراد بتوانند الگوهای غیرسالم خود را شناسایی و اصلاح کنند و به رفتارها و افکار سالم‌تری دست یابند (جوشوا و همکاران، ۲۰۲۳). در این زمینه، نتایج پژوهش ژنگ و همکاران (۲۰۲۳) مشخص کرد ابعاد شخصیتی و عملکرد مغزی می‌تواند زمینه لازم را برای ابتلا به اختلال خوردن در افراد ایجاد کند. یافته‌های مطالعه لوالیوس و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از نقش ویژگی‌های پنج‌گانه شخصیتی زنان (مانند درون و برون‌گرایی، وظیفه‌شناسی) در پیش‌آگهی مثبت و افزایش تبعیت از درمان‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی بود.

در مجموع طرحواره‌درمانی به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی مؤثر در اختلالات خوردن شناخته می‌شود و از ترکیب رویکردهای مختلف مانند شناختی، رفتاری، اجتماعی و تحلیلی بهره می‌برد. دلیل اصلی اثربخشی طرحواره‌درمانی در اختلالات خوردن، شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسالم است که در پایه این اختلالات قرار دارند. طرحواره‌های ناسالم ممکن است شامل افکار منفی درباره بدن، ارزش‌های فردی، خودکشی، ترس از ترکیبات خاص غذایی و ارتباطات باشند که به اختلالات خوردن منجر می‌شوند. به کمک تکنیک‌های مختلف مانند مصاحبه، نقد خود و تمرینات ارزیابی، طرحواره‌درمانی به بیان و شناسایی طرحواره‌های ناسالم مرتبط با اختلال خوردن کمک می‌کند. نمونه‌گیری از بین زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی مناطق ۶ و ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۲، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی، حجم نمونه کم و عدم بررسی ابعاد اقتصادی و اجتماعی بیماران، از محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌آید. بدین‌منظور باید در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و مناطق دیگر باید جانب

احتیاط رعایت شود. عدم امکان پیگیری بلندمدت تأثیر برنامه با استفاده از آزمون پیگیری نیز از دیگر محدودیت‌ها بود. براین اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، این موضوع مورد توجه قرار گیرد تا امکان بررسی تأثیر بلندمدت طرحواره‌درمانی فراهم شود.

۵. ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت نکات اخلاقی، به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. اصول اخلاقی در نگارش مقاله، طبق دستورالعمل کمیته اخلاق کشوری و آیین‌نامه COPE رعایت شده است.

۶. سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی بیماران، روان‌شناسان و افرادی که در انجام این پژوهش نویسندگان را یاری کردند، تشکر کنند.

۷. تعارض منافع

در این پژوهش، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است.

منابع

- استاد نوروزی، م.، و زمستانی، م. (۱۳۹۹). بررسی مقایسه‌ای ارتباط بین تروماهای دوران کودکی با کارکرد شخصیت و صفات مرضی در بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی و گروه غیربیمار. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*. ۷(۶)، ۸۵-۹۹.
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.25886657.1399.7.6.8.5>
- استفان‌دابسون، ک.، محمدخانی، پ.، و مساح‌چولابی، ا. (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. *مجله توان‌بخشی*. ۸، ۸۶-۸۰.
<http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-fa.html>
- رهبریان، ا.، صالحی، ح.، غریب‌دوست، م.، و محمودی، ح. (۱۳۹۹). نقش نشخوار فکری و سرسختی روان‌شناختی در پیش‌بینی خطرپذیری دانش‌آموزان. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۷(۲)، ۳۱-۴۰.
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.24233552.1399.7.2.15.9>
- رحمتی، ص.، و برجلی، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تن‌انگاره، سبک دلبستگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال خوردن. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۲(۴)، ۱۷۵-۱۹۶.
<https://doi.org/10.22059/japr.2022.317446.643734>
- شبهانگ، ر.، شجاعی، م.، باقری شیخانگفشه، ف.، حسین‌خانزاده، ع. ع.، و نیکوگفتار، م. (۱۳۹۸). تحلیل ساختاری ارتباط احتکار با مشکلات بین‌فردی: نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۱۰(۴)، ۴۹-۶۷.
<https://doi.org/10.22059/japr.2019.268699.643044>

References

- American Psychiatric Association. (2015). *Feeding and eating disorders: DSM-5® selections*. American Psychiatric Pub.
- Archonti, C., Simpson, S., Castelnuovo, G., & Pietrabissa, G. (2019). Behavioral pattern breaking in schema therapy for eating disorders: Learning from other evidence-based approaches. In *Schema Therapy for Eating Disorders* (pp. 121-135). Routledge.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II. *Psychological Assessment*, 78(2), 490-508. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2014). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Personality assessment in the DSM-5*, 35-49.
- Birmachu, A. M., Heidelberger, L., & Klem, J. (2021). Rumination and perceived social support from significant others interact to predict eating disorder attitudes and behaviors in university students. *Journal of American College Health*, 69(5), 488-494. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1682001>
- Brelet, L., Flaudias, V., Désert, M., Guillaume, S., Llorca, P. M., & Boirie, Y. (2021). Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and binge eating disorder: a scoping review. *Nutrients*, 13(8), 2834. <https://doi.org/10.3390/nu13082834>
- Calvert, F., Smith, E., Brockman, R., & Simpson, S. (2018). Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Journal of Eating Disorders*, 6, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0185-8>
- Crone, C., Fochtmann, L. J., Attia, E., Boland, R., Escobar, J., Fornari, V., ... & Medicus, J. (2023). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 167-171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>
- Dondzilo, L., Rieger, E., Palermo, R., Byrne, S., & Bell, J. (2017). The mediating role of rumination in the relation between attentional bias towards thin female bodies and eating disorder symptomatology. *PLoS One*, 12(5), e0177870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196143>
- Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., ... & Franko, D. L. (2017). Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(2), 17085. <https://doi.org/10.4088/jcp.15m10393>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Goldstein, A., & Gvion, Y. (2019). Socio-demographic and psychological risk factors for suicidal behavior among individuals with anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1149-1167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.015>
- Hernando, A., Pallás, R., Cebolla, A., García-Campayo, J., Hoogendoorn, C. J., & Roy, J. F. (2019). Mindfulness, rumination, and coping skills in young women with Eating Disorders: A comparative study with healthy controls. *PLoS One*, 14(3), e0213985. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213985>
- Jones, H., McIntosh, V. V., Britt, E., Carter, J. D., Jordan, J., & Bulik, C. M. (2022). The effect of temperament and character on body dissatisfaction in women with bulimia nervosa: The role of low self-esteem and depression. *European Eating Disorders Review*, 30(4), 388-400. <https://doi.org/10.1002/erv.2899>
- Joshua, P. R., Lewis, V., Kelty, S. F., & Boer, D. P. (2023). Is schema therapy effective for adults with eating disorders? A systematic review into the evidence. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(3), 213-231. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2158926>
- Keshishian, A. C., Tabri, N., Becker, K. R., Franko, D. L., Herzog, D. B., Thomas, J. J., & Eddy, K. T. (2021). Comorbid depression and substance use prospectively predict eating disorder persistence among women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(4), 309-315. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2021.09.003>
- Khabir, L., Sajjadi, S. F., & Aflakseir, A. (2016). The prevalence and intensity of DSM-V feeding and eating disorders and its sub-thresholds among Iranian women. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 3(1), 25-30.

- Khairallah, C., Zoghbi, M., & Richa, S. (2019). Disgust, impulsivity and depressive dimensions in subjects at risk for bulimia nervosa and/or binge eating disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 39, 32-34. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.11.019>
- Levallius, J., Clinton, D., Högdahl, L., & Noring, C. (2020). Personality as predictor of outcome in internet-based treatment of bulimic eating disorders. *Eating Behaviors*, 36, 101360. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101360>
- Maher, A., Cason, L., Huckstepp, T., Stallman, H., Kannis-Dymand, L., Millear, P., ... & Allen, A. (2022). Early maladaptive schemas in eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 30(1), 3-22. <https://doi.org/10.1002/erv.2866>
- McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Research*, 240, 412-420. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.080>
- Melunsky, N. D., Solmi, F., Haime, Z., Rowe, S., McIntosh, V. V., Carter, J. D., & Jordan, J. (2022). Personality traits and night eating syndrome in women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(2), 803-812. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01221-5>
- Miles, S., Nedeljkovic, M., & Phillipou, A. (2023). Investigating differences in cognitive flexibility, clinical perfectionism, and eating disorder-specific rumination across anorexia nervosa illness states. *Eating Disorders*, 1-22. <https://doi.org/10.1080/10640266.2023.2206751>
- Miller, A. E., Racine, S. E., & Klonsky, E. D. (2021). Symptoms of anorexia nervosa and bulimia nervosa have differential relationships to borderline personality disorder symptoms. *Eating Disorders*, 29(2), 161-174. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642034>
- Murga, C., Cabezas, R., Mora, C., Campos, S., & Núñez, D. (2023). Examining associations between symptoms of eating disorders and symptoms of anxiety, depression, suicidal ideation, and perceived family functioning in university students: A brief report. *International Journal of Eating Disorders*, 56(4), 783-789. <https://doi.org/10.1002/eat.23787>
- Muzi, L., Tieghi, L., Rugo, M. A., & Lingiardi, V. (2021). Personality as a predictor of symptomatic change in a residential treatment setting for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 1195-1209. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01023-1>
- Naumann, E., & Svaldi, J. (2021). Influence of suppression and reappraisal on eating-related symptoms and ruminative thinking in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 141, 103851. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103851>
- Naumann, E., Tuschen-Caffier, B., Voderholzer, U., Schäfer, J., & Svaldi, J. (2016). Effects of emotional acceptance and rumination on media-induced body dissatisfaction in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 82, 119-125. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.07.021>
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Ostad Noroozi, M., & Zemestani, M. (2021). Comparative study of the relationship between childhood traumas with personality function and pathological traits in patients with borderline personality disorder and non-patient group. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7(6), 85-99. <http://dx.doi.org/10.52547/shenakht.7.6.85> (In Persian)
- Palmieri, S., Mansueto, G., Scaini, S., Caselli, G., Sapuppo, W., Spada, M. M., ... & Ruggiero, G. M. (2021). Repetitive negative thinking and eating disorders: a meta-analysis of the role of worry and rumination. *Journal of Clinical Medicine*, 10(11), 2448. <https://doi.org/10.3390/jcm10112448>

- Puttevils, L., Vanderhasselt, M. A., Horczak, P., & Vervaet, M. (2021). Differences in the use of emotion regulation strategies between anorexia and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, *109*, 152262. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152262>
- Rahbarian, A., Salehi, H., Gharibdoust, M., & Mahmoudi, H. (2020). The role of rumination and psychological hardiness in predicting high-risk behaviors in students. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, *7*(2), 31-40. <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.2.4> (In Persian)
- Rahmati, S., & Borjali, A. (2022). The effect of cognitive behavioral group therapy on body image, attachment style and emotion regulation in women with eating disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, *12*(4), 175-196. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.317446.643734> (In Persian)
- Ridout, S. J., Ridout, K. K., Kole, J., Fitzgerald, K. L., Donaldson, A. A., & Alverson, B. (2021). Comparison of eating disorder characteristics and depression comorbidity in adolescent males and females: An observational study. *Psychiatry Research*, *296*, 113650. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113650>
- Rohde, J., Obbarius, A., Voigt, B., Sarrar, L., Biesenthal-Matthes, S., Kind, C. S., ... & Hofmann, T. (2023). Differences and similarities in personality functioning across different types of eating disorders. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1155725. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1155725>
- Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, Ş., & Sjögren, J. M. (2021). Dialectical behaviour therapy improves emotion dysregulation mainly in binge eating disorder and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personalized Medicine*, *11*(9), 931. <https://doi.org/10.3390/jpm11090931>
- Sagiv, E., & Gvion, Y. (2020). A multi factorial model of self-harm behaviors in Anorexia-nervosa and Bulimia-nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, *96*, 152142.
- Shabahang, R., Shojaei, M., Bagheri Sheykhgafshe, F., Hossien Khanzadeh, A. A., & Nikogoftar, M. (2020). Structural analysis of relationship between hoarding and interpersonal problems: Mediating Role of Difficulties in Emotional Regulation. *Journal of Applied Psychological Research*, *10*(4), 49-67. <https://doi.org/10.22059/japr.2019.268699.643044> (In Persian)
- Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, *35*(6), 362-371. <https://doi.org/10.1097/yc.0000000000000818>
- Simpson, S. (2019). Schema therapy conceptualisation of eating disorders. In *Schema Therapy for Eating Disorders* (pp. 56-66). Routledge.
- Simpson, S., Azam, F., Brown, S., Hronis, A., & Brockman, R. (2022). The impact of personality disorders and personality traits on psychotherapy treatment outcome of eating disorders: A systematic review. *Personality and Mental Health*, *16*(3), 217-234. <https://doi.org/10.1002/pmh.1533>
- Simpson, S., Hartmann, S., Files, N., & Smith, E. (2019). Review of the schema model and therapeutic application in eating-disordered populations. *Schema Therapy for Eating Disorders*, 12-22.
- Slade, E., Keeney, E., Mavranouzouli, I., Dias, S., Fou, L., Stockton, S., ... & Kendall, T. (2018). Treatments for bulimia nervosa: A network meta-analysis. *Psychological Medicine*, *48*(16), 2629-2636. <https://doi.org/10.1017/s0033291718001071>
- Smith, K. E., Mason, T. B., & Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *61*, 9-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.004>

- Stefan-Dabson, K., Mohammadkhani, P., & Massah-Choulabi, O. (2007). Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Archives of Rehabilitation*, 8, 80-86. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-en.html> (In Persian)
- Svaldi, J., Schmitz, F., Baur, J., Hartmann, A. S., Legenbauer, T., Thaler, C., ... & Tuschen-Caffier, B. (2019). Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 49(6), 898-910. <https://doi.org/10.1017/s0033291718003525>
- Van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515. <https://doi.org/10.1097%2FYCO.0000000000000739>
- Wang, S. B., & Borders, A. (2018). The unique effects of angry and depressive rumination on eating-disorder psychopathology and the mediating role of impulsivity. *Eating Behaviors*, 29, 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.02.004>
- Williamson, D. A., Lawson, O. D., Bennett, S. M., & Hinz, L. (2021). Behavioral treatment of night bingeing and rumination in an adult case of bulimia nervosa. In *Case Studies in Mental Health Treatment* (pp. 33-38). Routledge.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Zheng, A., Chen, X., Li, Q., Ling, Y., Liu, X., Li, W., ... & Chen, H. (2023). Neural correlates of Type A personality: Type A personality mediates the association of resting-state brain activity and connectivity with eating disorder symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 333, 331-341. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.063>