



The Effectiveness of Schema Therapy on Emotion Regulation, Self-Compassion, and Body Dysmorphia in Women with Bulimia Nervosa

Akram Esmailzadeh¹ , Zohreh Allaedini^{2*} 

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Email: Akramesmailzade27@gmail.com
2. Corresponding Author, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (corresponding author), Email: allaedini@amesf.ac.ir

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 12 Oct 2024
Revised: 27 Dec 2024
Accepted: 12 Mar 2025
First Published: 11 May 2025

Keywords:
Body Dysmorphia, Bulimia Nervosa, Emotion Regulation, Self-Compassion, Schema Therapy

The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of schema therapy on emotion regulation, self-compassion, and body dysmorphia in women with bulimia nervosa in Isfahan city. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this research included all women who were members of the Overeaters Anonymous Association of Isfahan city in 2024. Among them, 30 people were selected by purposeful sampling and randomly placed in two control (15 people) and experimental (15 people) groups. They voluntarily responded to the questionnaires used in this research including emotion regulation questionnaire (CERQ), self-compassion scale(SCS)and deformity concern questionnaire(DCQ).The experimental group was trained in schema therapy sessions during 12 sessions of 90-minute, and the control group did not receive any intervention. The obtained data were analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA) using SPSS26 software. The results showed that schema therapy has a significant effect on emotional regulation, self-compassion, and body dysmorphia in women with bulimia nervosa ($p < 0.05$). Based on the findings of the research, it is concluded that group schema therapy can be an effective intervention for increasing emotion regulation and self-compassion and reducing body dysmorphic disorder in women with bulimia nervosa

Cite this article: Esmailzadeh, A., & Allaedini, Z. (2025). The Effectiveness of Schema Therapy on Emotion Regulation, Self-Compassion, and Body Dysmorphia in Women with Bulimia Nervosa. *Journal of Applied Psychological Research, Articles in Press / Accepted Manuscript*. doi: 10.22059/japr.2025.383211.645028



Publisher: University of Tehran

© The Author(s).

Press

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.383211.645028>



اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان، شفقت بر خود، و بدریخت انگاری بدنی در زنان با نشانگان پر خوری عصبی

اکرم اسماعیل‌زاده^۱، زهره علاء‌الدینی^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران رایانامه: akramesmailzade27@gmail.com
۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران. رایانامه: laedini@amesf.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان، شفقت بر خود، و بدریخت انگاری بدنی زنان با نشانگان پر خوری عصبی شهر اصفهان انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان عضو انجمن پر خورهای گمنام شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بودند. از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) جای‌دهی شدند و به پرسشنامه‌های این پژوهش شامل پرسشنامه تنظیم هیجان (CERQ)، پرسشنامه شفقت به خود (SCS) و بدریخت انگاری بدن (DCQ) داوطلبانه پاسخ دادند. گروه آزمایش تحت آموزش جلسات طرحواره درمانی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های به دست آمده به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) با استفاده از نرم‌افزار SPSS26 تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان، شفقت بر خود، و بدریخت انگاری بدنی در زنان با نشانگان پر خوری عصبی تأثیر معنادار دارد ($p < 0/05$). بر اساس یافته‌های پژوهش چنین نتیجه‌گیری می‌شود که طرحواره‌درمانی گروهی می‌تواند مداخله‌ی مؤثری برای افزایش تنظیم هیجان و شفقت به‌خود و کاهش بدریخت‌انگاری بدنی در زنان با نشانگان پر خوری عصبی باشد.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۲۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۱۰/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۲

تاریخ اولین انتشار: ۱۴۰۴/۰۲/۲۱

کلیدواژه‌ها:

بدریخت انگاری بدنی، پر خوری عصبی، تنظیم هیجان، شفقت بر خود، طرحواره درمانی.

استناد: اسماعیل‌زاده، ا.، و علاء‌الدینی، ز. (۱۴۰۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان، شفقت بر خود، و بدریخت انگاری بدنی در زنان با نشانگان پر خوری عصبی.

فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، پذیرش شده. doi: 10.22059/japr.2025.383211.645028

ناشر: انتشارات دانشگاه

© نویسندگان.

تهران



DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.383211.645028>

۱. مقدمه

در دهه‌های اخیر، اختلالات خوردن به عنوان یکی از چالش‌های مهم در حوزه سلامت روان شناخته شده‌اند که تأثیرات قابل توجهی بر کیفیت زندگی و سلامت جسمانی افراد دارند (جوشن و زاده محمدی، ۱۴۰۱). در این بین اختلال پرخوری عصبی^۱ با رفتارهای جبرانی نامناسب و نگرانی از تصویر بدن در افراد با وزن مناسب یا بالاتر مشخص می‌شود. افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی با عواقب پزشکی و اختلالات روانی اجتماعی روبرو هستند (هاگان و والش^۲، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش‌ها نشان دهنده این است که افراد مبتلا به پرخوری عصبی ممکن است در تنظیم هیجان^۳ خود دچار مشکل شوند که منجر به راهبردهای مقابله‌ای سازش‌نیافته مانند پاک‌سازی می‌شود (موهاجان و موهاجان^۴، ۲۰۲۳). تنظیم هیجان فرآیندی است که در آن فرد قادر به نظارت و مدیریت احساسات خود به روشی سالم و سازگار است. این شامل شناخت و درک احساسات، شناسایی محرک‌هایی است که ممکن است باعث واکنش‌های عاطفی شوند و استفاده از راهبردهایی برای تعدیل یا تغییر آن احساسات (تمیر و همکاران^۵، ۲۰۲۰). بدین سبب تنظیم هیجان نقش مهمی در ایجاد و حفظ پرخوری عصبی دارد (مئلو و همکاران^۶، ۲۰۲۱). افراد مبتلا به پرخوری عصبی اغلب با احساسات طاقت‌فرسایی مانند اضطراب، افسردگی، شرم و گناه درگیر هستند (پوتویلس و همکاران^۷، ۲۰۲۱). این احساسات می‌توانند باعث ایجاد دوره‌های پرخوری شوند که سپس با رفتارهای پاک‌سازی مانند استفراغ، ورزش بیش از حد، یا استفاده از ملین برای مقابله با احساسات منفی همراه می‌شود (والندا و همکاران^۸، ۲۰۲۱)؛ بنابراین مهارت‌های تنظیم هیجان مؤثر می‌تواند به افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی کمک کند تا احساسات خود را بهتر مدیریت کنند و تمایل به درگیر شدن در پرخوری و رفتارهای پاک‌سازی را کاهش دهند (مک دونالد و همکاران^۹، ۲۰۲۳). به نظر می‌رسد زنانی که در اثر تزیقات رسانه‌ای دچار دیدگاه بدشکلی بدن می‌شوند، نمی‌توانند به جنبه‌های مثبت وجودی خویش نظیر سلامت و تندرستی بدنی و جنسی، شایستگی‌ها و توانمندی‌هایشان بیندیشند و نقاط منفی و نقایص بدنی خود را نادیده بگیرند (جوراسکیو و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۰) و در نتیجه از راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان استفاده می‌کنند که این امر می‌تواند اضطراب و افسردگی و عدم شفقت به خود را در آنان افزایش دهد (میری و الداوساری^{۱۱}، ۲۰۲۴).

افرادی که تونایی بهتری در تنظیم هیجان‌های خود دارند، تمایل دارند سطوح بالاتری از شفقت به خود و سطوح پایین‌تری از خودانتقادی^{۱۲} داشته باشند (هسلر-کافمن و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۰). درحالی‌که کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، بیشتر مستعد خودانتقادی و عدم شفقت به خود می‌باشند (فینلای-جونز و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۵). شفقت خود به عنوان یک عامل محافظتی مؤثر در برابر آسیب‌های روان‌شناختی مختلف محسوب می‌شود (نِف و گریمر^{۱۵}، ۲۰۱۲-۲۰۰۳). شفقت به خود را به‌عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای از قبیل مهربانی با خود (توسعه درک و مهربانی نسبت به خویشتن بجای خودانتقادی و قضاوت سخت‌گیرانه)، تجربه انسانی مشترک (تجربه خویشتن را به‌عنوان بخشی از تجربه جامعه انسانی دیدن بجای شخصی‌سازی و ایزوله شدن) و ذهن آگاهی (نگه‌داشتن افکار و احساسات دردناک در آگاهی به‌صورت متعادل بجای شناسایی

1. bulimia nervosa
2. Hagan & Walsh
3. Emotion Regulation
4. Mohajan & Mohajan
5. Tamir et al.
6. Meule
7. Puttevils et al.
8. Walenda et al.
9. MacDonald et al.
10. Juarascio
11. Meiri & Aldawsari
12. self-criticism
13. Hessler-Kaufmann et al.
14. Finlay-Jones et al.
15. Neff
16. Neff & Germer

عمیق و بیش‌ازحد آن‌ها) می‌توان تعریف نمود (شاو و کسیدی^۱، ۲۰۲۰). خودارزیابی افراد خودشفقت‌گر وابسته به روند زندگی‌شان نیست و این افراد نسبت به خود پذیرش و نگرشی مشفقانه دارند و بنابراین، احساس‌های شرم و گناه کمتری را تجربه می‌کنند (سرپل و همکاران^۲، ۲۰۲۰). این در حالی است که زنان مبتلا به پرخوری عصبی اغلب با مشکلاتی در تنظیم هیجان‌های خود درگیر هستند و این رفتارها ممکن است به عنوان ساز و کاری برای مقابله با احساسات منفی مانند شرم، گناه و انتقاد از خود استفاده شود. به نوبه خود، ناتوانی در تنظیم مؤثر هیجان‌ها می‌تواند منجر به فقدان شفقت به خود و افزایش انتقاد از خود شود (هسلر-کافمن و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین سطوح پایین شفقت به خود با سطوح بالاتر نارضایتی از بدن یا تصویر منفی بدن خود و رفتارهای غذایی اختلال در افراد مبتلا به پرخوری عصبی مرتبط است (آلن و هالندر^۳، ۲۰۰۲). از سوی دیگر، افرادی که سطوح بالاتری از شفقت به خود دارند، ممکن است تصویر بدنی بهتری داشته باشند و کمتر درگیر رفتارهای غذایی نامنظم باشند (لیویانی و تیاتری^۴، ۲۰۲۲).

اختلال بدشکلی بدن^۵، اختلالی روان‌پزشکی است که به عنوان نگرانی بیش‌ازحد درباره نقص یا عیب جزئی در ظاهر فیزیکی است که منجر به اختلال در عملکرد یک یا چند ناحیه از بدن، می‌شود (جاسی و کربس^۶، ۲۰۲۱). در این اختلال، فرد اشتغال ذهنی با عنوان نقص در ظاهر دارد که این نقص یا خیالی است یا چنانچه نابهنجاری جسمی در فرد وجود داشته باشد، دلواپسی فرد در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است. ویژگی اساسی اختلال بدشکلی بدن، مشغولیت به یک نقص تصویری در ظاهر در یک فرد با ظاهر طبیعی یا نگرانی شدید بیش‌ازحد در مورد یک نقص جزئی است. به عبارتی دیگر اختلال بدشکلی بدن یک تظاهر شدید از تحریف تصویر بدن و نارضایتی است که اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی را به همراه دارد و می‌تواند تأثیر مخربی بر زندگی افراد داشته باشد (آلن و هالندر، ۲۰۰۲). افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن ممکن است در تلاش برای کنترل وزن یا شکل خود در پاسخ به نقص‌های درک شده، در رفتارهای غذایی نامنظم شرکت کنند و این می‌تواند منجر به ایجاد پرخوری عصبی یا سایر اختلالات خوردن شود (موودی و همکاران^۷، ۲۰۲۱). علاوه بر این، برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن که از ظاهر خود ناراضی هستند، ممکن است بیشتر درگیر پرخوری به عنوان ساز و کار مقابله با ناراحتی خود شوند و سپس این می‌تواند به پرخوری عصبی تبدیل شود (واسیلیو^۸، ۲۰۲۳؛ اوکونشنيكووا و همکاران^۹، ۲۰۲۱). بنابراین پرخوری عصبی می‌تواند طیف وسیعی از پیامدهای جسمی و روانی از جمله مشکلات دندانی، مشکلات گوارشی، عدم تعادل الکترولیت، کم‌آبی بدن، مسائل مربوط به سلامت روان، اختلال در روابط اجتماعی را به همراه داشته باشد (باقری شیخانگشسه^۷ و همکاران، ۱۴۰۳)؛ بنابراین برای افرادی دارای اختلال پرخوری عصبی مهم است که از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، درمانگران برای رسیدگی به مسائل اساسی که در اختلال خوردن آن‌ها نقش دارد و دریافت درمان مناسب برای پیشگیری و مدیریت این عواقب بالقوه کمک بگیرند. یکی از شیوه‌های درمان برای افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی، به کارگیری شیوه‌های روان‌درمانی است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که روان‌درمانی می‌تواند در درمان اختلال بدشکلی بدن و پرخوری عصبی بسیار مفید باشد، به ویژه در درمان افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن می‌تواند روی تغییر الگوهای فکری منفی و باورها در مورد ظاهر خود و همچنین ایجاد ساز و کارهای مقابله سالم‌تر برای پریشانی مرتبط با ظاهر خود کار کنند (قاسمی و

1. Shaw & Cassidy
2. Serpell & et al
3. Allen & Hollander
4. Leviani & Tiatri
5. body dysmorphic disorder
6. Jassi & Krebs
7. Moody et al.
8. Vasiliu
9. Okonishnikova et al

آتش پور، ۱۴۰۲؛ لمپ^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از درمان‌های مؤثر برای افراد مبتلا به پرخوری عصبی طرحواره درمانی^۲ است (اشرفی، و همکاران، ۱۳۹۹).

طرحواره درمانی که یک روش درمانی نوین و یکپارچه است توسط یانگ و همکاران در دهه ۱۹۹۰ به وجود آمده و عمدتاً بر اساس گسترش مفاهیم و روش‌های شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده است (سیدین، ۱۴۰۳). این روش درمانی، اصول و مبانی مکتب شناختی رفتاری، دل‌بستگی، گشتالت، روابط شی، ساختارگرایی و روانکاوی در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (پیزکوسکا و استوجک^۳، ۲۰۲۲). از این رو می‌توان گفت که طرحواره درمانی، یک رویکرد منحصر به فرد برای مراجعینی است که دارای مسائل روان‌شناختی‌ای می‌باشند که از تجربیات ناگوار کودکی‌شان ناشی می‌شود (بلندنظر و همکاران، ۱۴۰۲). از آنجایی که طرحواره مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساسات بدنی و شناخت‌واره‌هاست، طرحواره درمانی به کاهش شدت خاطرات با طرحواره، فعال شدن هیجانی طرحواره، نیرومندی احساسات بدنی و ناسازگار شناخت‌واره‌ها کمک می‌کند (انصاری و همکاران^۴، ۲۰۱۰). بهبود طرحواره همچنین یک سری تغییرات رفتاری به دنبال خواهد داشت به طوری که افراد یاد می‌گیرند سبک‌های مقابله‌ای سازش‌یافته را جانشین سبک‌های مقابله‌ای سازش‌نیافته کنند (سعادت‌مند و همکاران، ۱۴۰۱). علاوه بر این تأثیر این رویکرد بر افزایش شفقت به خود و کاهش بدریخت‌انگاری بدنی که هر دو با اختلالات خوردن ارتباط دارند، نیز مورد توجه قرار گرفته است (سیدین، ۱۴۰۳؛ انصاری و همکاران، ۲۰۱۰). به طور نمونه ماریس و همکاران^۵ (۲۰۲۴) در پژوهشی نشان دادند که طرحواره درمانی گروهی برای اختلالات خوردن مقرون به صرفه‌تر از درمان‌های شناختی- رفتاری است (مارنی و همکاران^۶، ۲۰۲۴) در پژوهشی دیگر نشان دادند که طرحواره درمانی روشی امیدوارکننده برای درک آسیب‌شناسی روانی زمینه‌ساز اختلالات خوردن است؛ جوشاوا و همکاران^۷ (۲۰۲۳) در پژوهشی نشان دادند که طرحواره درمانی در کاهش علائم اختلال خوردن و رفتار و آسیب‌شناسی روانی عمومی مؤثر است؛ همچنین باقری شیخانگشسه و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی نشان دادند که طرحواره درمانی به صورت معناداری باعث کاهش نشخوار فکری و افسردگی، افزایش صمیمیت و همدلی، خودجهت‌دهی و هویت در زنان مبتلا به پرخوری عصبی می‌شود؛ استادیان خانی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی نیز نشان دادند که طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی و تکانشگری زنان دارای پرخوری افراطی مؤثر است، انصاری و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که طرحواره‌درمانی بر آسفتگی روانی، تصویر بدن و باورهای ناپه‌نچار خوردن در افراد با پرخوری عصبی تأثیرگذار است. با توجه به مطالعات انجام شده می‌توان بیان کرد. در حالی که پژوهش‌های پیشین بر نقش طرح‌واره‌ها در تنظیم هیجان و شفقت به خود تأکید داشته‌اند (فاستینو و واسکو^۸، ۲۰۲۳؛ سالگو و همکاران^۹، ۲۰۲۱)؛ اما پژوهش‌های محدودی به صورت خاص بر اثر بخشی این درمان بر متغیرهای کلیدی مانند بدریخت‌انگاری بدنی و تصویر بدن در این جمعیت تمرکز کرده‌اند (خوشینی و همکاران، ۱۴۰۰). این خلأ پژوهشی نیازمند توجه است، زیرا فهم بهتری از چگونگی تأثیر طرحواره درمانی بر این جنبه‌های مهم می‌تواند به بهبود راهبردهای درمانی موجود و توسعه رویکردهای جدید کمک کند. ضرورت انجام پژوهش حاضر باید گفت فرد مبتلا به پرخوری عصبی با مسائل مختلفی روبه‌رو است که می‌تواند یک اختلال چالش‌برانگیز برای او باشد، اما با درمان مناسب و حمایت متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی می‌توانند یاد بگیرند که روابط سالم‌تری با غذا و بدن خود ایجاد کنند که با توجه به اینکه در مورد طرحواره درمانی پژوهش‌های محدودی با نتایج مثبت انجام شده است، بنابراین انتظار می‌رود، پژوهش حاضر بتواند به بسط روش‌های درمانی در خصوص این

1. Lampe
2. Schema therapy
3. Pyszkowska & Stojek
4. Ansari et al.
5. Mares et al.
6. Marney et al.
7. Joshua et al.
8. Faustino & Vasco
9. Salgó et al.

اختلال کمک کند. به این ترتیب، با توجه به لزوم استفاده از روش‌های مداخله و درمان مناسب و به موقع و از سوی دیگر با مشاهده اثربخشی درمان طرحواره درمانی در بهبود مشکلات روان‌شناختی و هیجانی جوامع مختلف آماری و درنهایت عدم انجام پژوهش‌های مشابه، در این مطالعه، هدف پژوهشی مبنی بر «تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان، شفقت به خود و بدریخت‌انگاری بدنی در زنان دارای نشانگان پرخوری عصبی» مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

این پژوهش به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان عضو انجمن پرخورهای گمنام شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بودند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد تا به دلیل محدودیت در نمونه، با توجه به قضاوت پژوهشگر و هدف پژوهش، نمونه انتخابی دارای اطلاعات مناسب‌تر و کامل‌تری باشد. به این صورت که انتخاب نمونه از بین زنان عضو انجمن پرخورهای گمنام شهر اصفهان بود که در بازه زمانی اسفند تا فروردین‌ماه به این انجمن مراجعه کردند. نمونه‌گیری از طریق فرمول محاسبه حجم نمونه کوکران^۱ انجام گرفت که برای این اساس حجم نمونه مطلوب ۳۶ نفر بود ولی با احتساب ریزش و محدودیت در انتخاب نمونه و با توجه به اینکه طرح این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است و در این طرح برخی اوقات به دلیل محدود بودن نمونه، حداقل نمونه آماری تعداد ۱۵ نفر به ازای هر گروه در نظر گرفته می‌شود (دلاور، ۱۴۰۲) تعداد ۳۰ نفر از زنان انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایدهی شدند. ملاک‌های ورود شامل، تکمیل فرم رضایت‌نامه برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۵-۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، تجربه پرخوری عصبی حداقل با سابقه ۱ سال و ملاک‌های خروج شامل دریافت کردن خدمات روان‌درمانی با برنامه حاضر، ابتلا به بیماری روان‌شناختی براساس ملاک‌های DSM-5، ابتلا به بیماری جسمی مزمن که در انجام مداخله اشکال ایجاد کند، استفاده از داروهای روانپزشکی یا لاغری در حین مداخله و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی بود.

۲-۲. ابزارهای پژوهش

۲-۲-۱. مقیاس تنظیم شناختی هیجان^۲ (CERQ)

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط [گارنفسکی و همکاران^۳ \(۲۰۰۱\)](#) در کشور هلند تهیه شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک پرسشنامه چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۳۶ ماده می‌باشد. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده می‌باشد. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان دارای پایه‌ی تجربی و نظری محکمی بوده و از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده که دارای ۳۶ ماده می‌باشد. خرده مقیاس‌ها عبارت‌اند از: سرزنش خود^۴ (عبارت: ۱، ۱۰، ۱۹، ۲۸)؛ پذیرش^۵ (عبارت: ۲، ۱۱، ۲۰، ۲۹)؛ نشخوار ذهنی^۶ (عبارت: ۳، ۱۲، ۲۱، ۳۰)؛ توجه مجدد مثبت^۷ (عبارت: ۴، ۱۳، ۲۲، ۳۱)؛ توجه مجدد به برنامه‌ریزی^۸ (عبارت:

1. Cochran
2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
3. Garnefski et al.
- 4 self-blame
- 5 acceptance
- 6 rumination
- 7 positive refocusing
- 8 planning

۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲؛ ارزیابی مجدد مثبت^۱ (عبارات: ۶، ۱۵، ۲۴، ۳۳)؛ اتخاذ دیدگاه^۲ (عبارات: ۷، ۲۵، ۳۴، ۱۶)؛ فاجعه‌آمیز پنداری^۳ (عبارات: ۸، ۱۷، ۲۶، ۳۵)؛ سرزنش دیگران^۴ (عبارات: ۹، ۳۶، ۳۷، ۱۸)؛ دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر خرده مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هر یک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید؛ بنابراین دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی می‌باشد. پایایی برای راهبردهای انطباقی، غیر انطباقی و شناختی (کل) این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش شده است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط کریمی فر و همکاران (۱۳۹۵) هنجاریابی و ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه به میزان ۰/۸۸ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای مقیاس تنظیم شناختی هیجان در راهبردهای انطباقی (سازش‌یافته) ۰/۹۴ و در راهبردهای غیرانطباقی (سازش‌نیافته) ۰/۸۸ بدست آمد.

۲-۲-۲. مقیاس خودشفقت ورزی^۵ (SCS)

مقیاس خودشفقت ورزی نف (۲۰۰۳) شامل ۲۶ گویه است که ۶ خرده مقیاس، مهربانی نسبت به خود^۶ با شماره گویه های ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۶ و ۲۳، قضاوت خود^۷ با شماره گویه های ۲، ۶، ۲۰ و ۲۴، بهشیاری^۸ با شماره گویه های ۱، ۸، ۱۱، ۱۶ و ۲۱، همانندسازی افراطی^۹ با شماره گویه های ۳، ۷، ۱۰ و ۱۵، اشتراکات انسانی^{۱۰} با شماره گویه های ۴، ۱۳، ۱۸ و ۲۵ و انزوا^{۱۱} با شماره گویه های ۹، ۱۴، ۱۷ و ۲۲ را در یک طیف لیکرت از تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۵ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نف (۲۰۰۳) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه افسردگی بک^{۱۲} (۲۰۰۹) برابر با ۰/۵۱- و با پرسشنامه صفت اضطراب اسپیلبرگر^{۱۳} ۱۹۷۰ برابر با ۰/۶۵- گزارش کرده است

خسروی و همکاران (۱۳۹۲) با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی ساختار شش عاملی پرسشنامه تأیید شد و شش عامل به دست آمد به این صورت که ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل ابزار ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ گزارش کردند. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای مقیاس خود شفقت‌ورزی به صورت کلی ۰/۶۶ بدست آمد.

۲-۲-۳. پرسشنامه بدشکلی بدن^{۱۴} (DCQ)

برای سنجش اختلال بدشکلی بدن از پرسشنامه بدشکلی بدن که توسط استوزین و همکاران^{۱۵} (۲۰۲۱) با هدف ارزیابی نشانگان بدشکل‌انگاری بدن ساخته شد و شامل ۷ گویه است که حدود نگرانی درباره شکل بدن را در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه در استرالیا و بر روی یک نمونه ۱۷ نفری مورد ارزیابی قرار گرفت که نتایج بیانگر روایی درونی مناسب،

- 1 positive reappraisal
- 2 putting into perspective
- 3 catastrophizing
- 4 otherblame
5. Self-Compassion Scale
- 6 Self-Kindness
- 7 Self-Judgment
- 8 Mindfulness
- 9 Over-identification
- 10 Common Humanity
- 11 Isolation
- 12 Beck
- 13 Spielberg
14. Deformity Concern Questionnaire
15. Oosthuizen et al

ساختار عاملی تک‌بعدی و همبستگی قوی با پریشانی و اضطراب و یک همبستگی متوسط با علائم افسردگی و یک همبستگی معنادار با علائم روان‌پریشی است (استوزین و همکاران، ۱۹۹۸). در تأیید پایایی این پرسشنامه استوزین و همکاران (۱۹۹۸) آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه در ایران توسط کاظمینی و همکاران (۱۳۹۴) هنجاریابی شده است که نتایج تحلیل عاملی تأییدی از ساختار تک‌عاملی نگرانی در مورد بدشکلی در نمونه‌ی ایرانی حمایت کرد و این پرسشنامه با مقیاس شرم بیرونی، کمال‌گرایی و عاطفه منفی همبستگی مثبت و یک همبستگی منفی معنادار با شفقت به خود داشته و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای پرسشنامه بدشکلی بدن ۰/۷۵ بدست آمد.

۲-۳. روند اجرای مداخله درمانی

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از تصویب پروپوزال در گروه روانشناسی دانشگاه آزاد واحد نجف‌آباد و اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه برای اجرای پژوهش به انجمن پرخورهای گمنام شهر اصفهان مراجعه شد. با ارائه مجوز و توضیحات لازم به انجمن پرخورهای گمنام، هدف پژوهش شرح داده شد و پس از برگزاری جلسه و دریافت موافقت مدیریت انجمن، لیست زنان عضو انجمن پرخورهای گمنام شهر اصفهان تهیه شد. سپس از بین زنان مراجعه‌کننده در بازه زمانی اسفند لغایت فروردین ماه به این انجمن، تعداد ۳۰ نفر به شیوه هدفمند (با توجه به قضاوت پژوهشگر و هدف پژوهش به جهت دریافت اطلاعات کامل‌تر و مناسب‌تر) انتخاب شدند و با آنان تماس گرفته و از آنان دعوت شد که در موعد مقرر به انجمن مراجعه نمایند. سپس جلسه‌ای با حضور مراجعه‌کنندگان به انجمن پرخورهای گمنام، تشکیل شد و ضمن تشریح هدف پژوهش از آنان در خواست شد، افرادی که تمایل به حضور در پژوهش را دارند، موافقت و رضایت خود را اعلام نمایند. پس از اعلام حضور در پژوهش، فهرستی از اسامی و شماره تماس آنان تهیه و سپس به صورت تصادفی (روش قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفره) تقسیم شدند و برای انجام پژوهش برنامه زمان‌بندی به آنان اعلام شد. پس از تهیه فهرست نهایی افراد، طی یک جلسه ۳۰ دقیقه‌ای، پیش‌آزمون اجرا شد. سپس با توجه به شرایط اعضاء، مکانی مناسب به عنوان محل اجرای جلسات آموزش گروهی انتخاب شد و برنامه زمانی به افراد ابلاغ گردید. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در بهار سال ۱۴۰۳، تحت آموزش طرحواره درمانی برگرفته از [یانگ و همکاران \(۲۰۰۳\)](#) قرار گرفتند. رویکرد طرحواره درمان [یانگ و همکاران \(۲۰۰۳\)](#) بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأکید می‌کند. براساس این رویکرد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند. این کار معمولاً منجر به تداوم طرحواره‌ها می‌شود. در طرحواره‌درمانی [یانگ و همکاران \(۲۰۰۳\)](#) درمانگر به بیماران کمک می‌کند تا طرحواره‌های خود را بشناسند و خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی، شناختواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای مرتبط با آن‌ها را مورد شناسایی قرار دهند. از این رو، هدف درمان، افزایش کنترل هشیارانه بر طرحواره‌هاست ([یانگ و همکاران، ۲۰۰۳](#)).

در نهایت پس از برگزاری و اتمام جلسات آموزشی، طی یک جلسه ۳۰ دقیقه‌ای پس‌آزمون اجرا شد. شرح محتوای جلسات طرحواره درمانی در جدول (۱) ارائه شده است:

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات طرحواره‌درمانی (برگرفته از [یانگ و همکاران، ۲۰۰۳](#))

تعداد جلسات	شرح محتوا
جلسه ۱ و ۲	آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنی‌ها، آموزش طرحواره‌ها، ریشه‌های تحولی و حوزه مرتبط، نیازها و سبک‌های مقابله‌ای، آموزش ذهنیت‌های طرحواره‌ای و شناسایی تجارب ذهنیت‌های خود
جلسه ۳ تا ۵	طرحواره‌های ناسازگار اولیه اعضا پیش‌تر توسط درمانگر مورد مطالعه قرار گرفته و متناسب با آن سبک‌های مقابله‌ای افراد مورد نظر قرار گرفت. طی این جلسات تلاش شد تا مشکلات اعضا با تمرکز بر نگرانی از اضافه وزن و به طور کلی شکایت مرتبط فرمول بندی شود
جلسه ۶ و ۷	برخی از تکنیک‌های شناختی مانند برقراری گفتگو میان جنبه سالم و جنبه ناسالم طرحواره، تکمیل فرم ثبت طرحواره توصیف مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای تعریف خواهد تایید کننده طرحواره مورد استفاده قرار گرفت
جلسه ۸ و ۹	برخی از تکنیک‌های تجربی مانند گفتگوی خیالی، اجرای نقش والد در هنگام استفاده از تصویر سازی ذهنی، تصویر سازی ذهنی از اتفاقات ناخوشایند و نامه نویسی برای کاهش قدرت ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار مورد استفاده قرار گرفت.
جلسه ۱۰ و ۱۱	برخی از تکنیک‌های رفتاری مانند تمرین برای رها ساختن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و جایگزین کردن آنها با راهکارهای بهینه و تمرین راهکارهای مقابله‌ای کارآمد به منظور مهار هیجانی مورد استفاده قرار گرفت
جلسه ۱۲	پرورش ذهنیت کودک شاد و تثبیت ذهنیت بزرگسال سالم با برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره.

۴-۲. روش تحلیل اطلاعات

داده‌های پژوهش در دو سطح آماری توصیفی و استنباطی مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. در سطح توصیفی از شاخص‌هایی چون میانگین، انحراف معیار، فراوانی و در سطح استنباطی از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) ^۱ استفاده شد. داده‌های به دست آمده از طریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ و با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۳. یافته‌ها

۳-۱. یافته‌های جمعیت شناختی

مطابق با یافته‌های جمعیت شناختی پژوهش در گروه کنترل ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم یا کمتر از آن، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) فوق‌دیپلم و ۶ نفر (۴۰ درصد) لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر و در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم یا کمتر از آن، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) فوق‌دیپلم و ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) لیسانس و

۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بودند. در گروه کنترل ۶ زن (۴۰ درصد) مجرد، ۷ زن (۴۶/۷ درصد) متأهل و ۲ زن (۱۳/۳ درصد) بیوه یا متارکه و در گروه آزمایش ۵ زن (۳۳/۳ درصد) مجرد، ۷ زن (۴۶/۷ درصد) متأهل و ۳ زن (۲۰ درصد) بیوه یا متارکه بودند. همچنین در گروه کنترل ۴ زن (۲۶/۷ درصد) خانه‌دار، ۳ زن (۲۰ درصد) شاغل دولتی و ۸ زن (۵۳/۳ درصد) شاغل غیردولتی و در گروه آزمایش ۴ زن (۲۶/۷ درصد) خانه‌دار، ۶ زن (۴۰ درصد) شاغل دولتی و ۵ زن (۳۳/۳ درصد) شاغل غیردولتی بودند.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

میانگین، انحراف معیار و آماره کلموگراف اسمیرنوف برای نمره‌های تنظیم هیجان، شفقت بر خود و بدریخت‌انگاری بدنی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. آمار توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها و مراحل ارزیابی

متغیر	گروه	ارزیابی	میانگین	انحراف	k-s	سطح
تنظیم هیجان	کنترل	پیش‌آزمون	۶۹/۹۳	۱۴/۰۹	۰/۷۸۷	۰/۵۶۶
		پس‌آزمون	۷۰/۴	۱۲/۲۶	۰/۹۵۴	۰/۳۲۲
	آزمایش	پیش‌آزمون	۷۲/۴	۱۱/۴۸	۰/۸۲۳	۰/۵۰۷
		پس‌آزمون	۹۳/۲۷	۷/۵۷	۰/۷۰۶	۰/۷۰۱
شفقت بر خود	کنترل	پیش‌آزمون	۵۲	۱۲/۳۸	۰/۶۷۱	۰/۱۷۵۸
		پس‌آزمون	۵۲/۰۷	۱۱/۹۵	۱/۳	۰/۰۶۸
	آزمایش	پیش‌آزمون	۵۴/۱۳	۱۱	۰/۸۰۶	۰/۵۳۴
		پس‌آزمون	۷۰/۳۳	۱۳/۲۴	۱/۰۵	۰/۲۱۲
بدریخت‌انگاری بدنی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵/۸	۱/۸۲	۰/۷۳۴	۰/۶۵۴
		پس‌آزمون	۱۵/۵۳	۱/۲۴	۰/۶۹۵	۰/۷۲
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶/۲	۱/۵۶	۰/۶۶۴	۰/۷۶۹
		پس‌آزمون	۱۱/۳۳	۱/۲۹	۰/۴۰۳	۰/۷۶۹

براساس جدول ۲، پس از مداخله در گروه آزمایش، میانگین بدریخت‌انگاری بدنی کاهش و میانگین تنظیم هیجان و شفقت بر خود افزایش بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته است.

۳-۲. بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک

همچنین نتایج آزمون کلموگراف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها به تفکیک مرحله ارزیابی بین دو گروه کنترل و آزمایش نشان می‌دهد که همه متغیرها در هر دو مرحله ارزیابی به تفکیک عضویت گروهی دارای توزیع نرمال می‌باشند. همچنین نتایج آزمون M باکس نشان داد که سطح معناداری ۰/۴۷۸ به دست آمده که از مقدار آلفای ۰/۰۵ بیشتر است؛ بنابراین پیش‌فرض برابری

ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین گروه‌های مختلف تأیید شد و برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان، شفقت بر خود و بدریخت‌انگاری بدنی آزمودنی‌ها ارائه شده است.

۳-۳. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره تنظیم هیجان، شفقت بر خود و بدریخت‌انگاری بدنی

شاخص	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۲۷	۹۷/۲	۳	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۹۲۷
لامبدای ویلکز	۰/۰۷۶	۹۷/۲	۳	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۹۲۷
اثر هتلینگ	۱۲/۶۷	۹۷/۲	۳	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۹۲۷
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۲/۶۷	۹۷/۲	۳	۲۳	۰/۰۰۰	۰/۹۲۷

مطابق با جدول ۳، همان‌طور که مشاهده می‌شود در تمام آزمون‌های شامل اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، سطح معناداری به دست آمده کمتر از مقدار آلفای ۰/۰۵ است. پس تحلیل کوواریانس معنادار بوده و اثر گروه بر تنظیم هیجان، شفقت بر خود و بدریخت‌انگاری بدنی معنادار بود.

جدول ۴ نتایج معناداری اثر گروه به تفکیک متغیرهای پژوهش و آزمون اثرات بین‌آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۴. آزمون اثرات بین آزمودنی‌های تنظیم هیجان، شفقت بر خود و بدریخت‌انگاری بدنی

منبع تغییرات	متغیر وابسته (پس)	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
گروه	تنظیم هیجان	۳۲۶۴/۶	۱	۳۲۶۴/۶	۱۲۵/۶	۰/۰۰۰	۰/۸۳۴
	شفقت بر خود	۲۰۵۳/۵	۱	۲۰۵۳/۵	۲۰/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۴۵۳
	بدریخت‌انگاری	۱۴۰/۴	۱	۱۴۰/۴	۹۶/۵۵	۰/۰۰۰	۰/۷۹۴
تنظیم هیجان	تنظیم هیجان	۲۰۹۲/۸	۱	۲۰۹۲/۸	۸۰/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۷۶۳
	شفقت بر خود	۰/۰۰۷	۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹۳	۰/۰۰۰
	بدریخت‌انگاری	۲/۶۶	۱	۲/۶۶	۱/۸۳	۰/۱۸۸	۰/۰۶۸
شفقت بر خود پیش	تنظیم هیجان	۹۰/۲۹	۱	۹۰/۲۹	۳/۴۷	۰/۰۷۴	۰/۱۲۲
	شفقت بر خود	۱۹۰۳/۴	۱	۱۹۰۳/۴	۱۹/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۴۳۵
	بدریخت‌انگاری	۲/۰۷	۱	۲/۰۷	۱/۴۲	۰/۲۴۳	۰/۰۵۴
بدریخت‌انگاری بدنی	تنظیم هیجان	۷۸/۴۴	۱	۷۸/۴۴	۳/۰۱	۰/۰۹۵	۰/۱۰۸
	شفقت بر خود	۶/۸۵	۱	۶/۸۵	۰/۰۶	۰/۷۹۵	۰/۰۰۳
	بدریخت‌انگاری	۵/۱۷	۱	۵/۱۷	۳/۵۵	۰/۰۷۱	۰/۱۲۵
تنظیم هیجان	تنظیم هیجان	۶۴۹/۷	۲۵	۲۵/۹۸	-	-	-

منبع تغییرات	متغیر وابسته (پس)	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
خطا	شفقت بر خود	۲۴۷۴/۶	۲۵	۹۸/۹۸	-	-	-
	بدریخت انگاری	۳۶/۳۶	۲۵	۱/۴۵	-	-	-
کل	تنظیم هیجان	۶۴۹/۷	۳۰	-	-	-	-
	شفقت بر خود	۲۴۷۴/۶	۳۰	-	-	-	-
	بدریخت انگاری	۳۶/۳۶	۳۰	-	-	-	-

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود سطح معناداری گروه در همه متغیرها کمتر از مقدار آلفای ۰/۰۵ است. پس اثر گروه بر تنظیم هیجان، شفقت بر خود و بدریخت انگاری بدنی معنادار بود؛ بنابراین می‌توان گفت که طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان، شفقت بر خود و بدریخت انگاری بدنی در زنان دارای نشانگان پرخوری عصبی شهر اصفهان تأثیر معنادار داشته و باعث افزایش تنظیم هیجان و شفقت بر خود و کاهش بدریخت انگاری بدنی شد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان، شفقت بر خود، بدریخت انگاری بدنی بر زنان دارای نشانگان پرخوری عصبی شهر اصفهان بود. بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان، شفقت بر خود و بدریخت انگاری بدنی در زنان دارای نشانگان پرخوری عصبی شهر اصفهان تأثیر معنادار داشته و باعث افزایش تنظیم هیجان و شفقت بر خود و کاهش بدریخت انگاری بدنی شده است. نتیجه این فرضیه با یافته‌های [صیقل زنان مشهدی و همکاران \(۱۴۰۲\)](#)، [بلندنظر و همکاران \(۱۴۰۲\)](#) و [سعادت‌مند و همکاران \(۱۴۰۱\)](#) همسو بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که طرحواره درمانی می‌تواند به بهبود قابل توجهی در علائم، عملکرد و رفاه کلی افراد مبتلا به بیماری‌هایی مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت خودشیفته و افسردگی مزمن منجر شود. یکی از نقاط قوت طرحواره‌درمانی تمرکز آن بر شناسایی و پرداختن به طرحواره‌های ناسازگار است. الگوهای عمیقاً ریشه‌ای از افکار، احساسات و رفتارهایی که در اوایل زندگی ایجاد می‌شوند و می‌توانند به مشکلات عاطفی مداوم کمک کنند. طرحواره درمانی با کمک به افراد در شناخت و به چالش کشیدن این طرحواره‌ها می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری ایجاد کنند و روابط خود را با دیگران بهبود بخشند. طرحواره درمانی در درمان انواع مشکلات سلامت روان، از جمله اختلالات خوردن مانند پرخوری عصبی مؤثر است.

همچنین در تبیین تأثیر طرحواره‌درمانی بر بهبود تنظیم هیجان، افزایش شفقت بر خود و کاهش بدشکلی بدن زنان دارای نشانگان پرخوری عصبی می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلالات خوردن اغلب برای کنار آمدن با مشکلات و تنظیم هیجان خود از روش‌های ناسالم استفاده می‌کنند. هدف اصلی طرحواره درمانی کمک به بیماران در شناخت، اعتبارسنجی و بیان نیازهای عاطفی اصلی و یافتن راه‌های انطباقی برای برآورده شدن نیازهای عاطفی خود است. بر اساس این مفهوم سازی، در حالت بزرگسال سالم، فرد می‌تواند با مواجهه با احساسات، حل مشکلات و ایجاد روابط سالم به وظایف فوق‌الذکر پی ببرد. در این میان فرد به نیازها، امکانات و محدودیت‌های خود آگاه است و با پیروی از ارزش‌ها، نیازها و اهداف خود عمل می‌کند. اقدامات ایجاد شده در حالت بزرگسال سالم منجر به تجربه بیشتر حالت کودک شاد و تجربه نیازهای عاطفی اصلی می‌شود که این در نوع خود با شادی،

سرگرمی، بازی و خودانگیختگی همراه می‌گردد (فاسبیندر و همکاران، ۲۰۱۶). شفقت به خود یکی دیگر از جنبه‌های مهم طرحواره درمانی است، زیرا افراد مبتلا به اختلالات خوردن اغلب دارای حرمت خود پایین و انتقاد شدید از خود هستند. از طریق فرآیند طرحواره‌درمانی، افراد می‌توانند یاد بگیرند که شفقت به خود را پرورش دهند و با مهربانی و درک با خود رفتار کنند. مداخلات مبتنی بر شفقت به خود با هدف قرار دادن مهربانی به خود و کاهش قضاوت خود ممکن است عملکرد انطباقی شرم و سایر فرآیندهای ذهنی خودارزیابی‌کننده را که بر پیامدهای اجتماعی بلندمدت اعمال فرد نظارت می‌کنند، کاهش دهد. در طرحواره درمانی سه مداخله این مشکل را برطرف می‌کند: فرزندپروری محدود، رویارویی همدلانه و شکستن الگوی رفتاری. در مداخله فرزندپروری محدود، درمانگر تلاش می‌کند تا نیازهای رشدی اولیه مراجع را که برآورده نشده است، در حد و مرزهای مناسب جبران کند. رویارویی همدلانه یک تکنیک دو مرحله‌ای است. اول، درمانگر با همدلی برای نیاز ناکام مانده، به طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتار حالت ناکارآمد می‌پردازد. دوم، درمانگر با این واکنش‌های ناسازگارانه به‌عنوان نیاز به تغییر برای زندگی سالم بیمار مواجه می‌شود. طرحواره درمانی همچنین از تکنیک‌های خاصی برای رویارویی با رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار بیمار و ایجاد محدودیت برای آنها و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سازگارتر استفاده می‌کند (سالگو و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین طرحواره‌درمانی از یک سو با تغییر طرحواره‌های ناسازگار، ذهنیت افراد از جمله نگرانی در مورد ارزیابی منفی بدن را کاهش داده و از سوی دیگر با افزایش شفقت به خود می‌تواند از طریق تأثیرگذاری بر رفتار و شناخت، پیامدهای تجربیات منفی را کاهش و عزت نفس را افزایش دهد و منجر به بهبود رضایت از تصویر بدن شود. شفقت به خود به افراد این امکان را می‌دهد که عیوب و نواقص بدن خود را بپذیرند، از سرزنش خود به دلیل دست نیافتن به آرمان‌های زیبایی فرهنگی دست‌نیافتنی جلوگیری کنند و در نهایت به ادراک مطلوب از تصویر بدن دست یابند (حسینی و مؤمن، ۱۴۰۰). طرحواره درمانی می‌تواند به افراد کمک کند تا باورهای منفی در مورد بدن خود را به چالش بکشند و تصویری واقعی‌تر و مثبت‌تر از بدن ایجاد کنند. به طور کلی، می‌توان گفت که طرحواره درمانی می‌تواند در بهبود تنظیم هیجان، افزایش شفقت به خود و کاهش بدشکلی بدن در زنان مبتلا به پرخوری عصبی مؤثر باشد. با پرداختن به مسائل عاطفی اساسی و طرحواره‌های ناسازگار، افراد می‌توانند پیشرفت قابل‌توجهی در بهبودی خود از این اختلال خوردن داشته باشند. همچنین تکنیک‌های ذهن آگاهی مورد استفاده در طرحواره‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا از افکار و احساسات خود آگاه‌تر شوند بدون اینکه بیش‌ازحد با آنها یکسان شوند. این می‌تواند به کاهش احساس غرق شدن یا ناراحتی کمک کند که ممکن است منجر به همزادپنداری بیش‌ازحد با افکار یا احساسات منفی شود. به طور کلی، طرحواره درمانی می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای ارتقای شفقت به خود، ارتباط با دیگران و تنظیم هیجانی باشد.

طرح پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی از جمله محدود بودن به جمعیت زنان دارای نشانگان پرخوری عصبی شهر اصفهان، عدم کنترل متغیرهای فردی، اجتماعی و خانوادگی مؤثر بر پرخوری زنان، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و فقدان مرحله پیگیری مواجه بود. در سطح پیشنهادها، پژوهشی به منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از هر دو جنس، بر روی سایر بیماران از جمله بی‌اشتهایی عصبی در سنین دیگر گروه‌ها و سایر شهرها، مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی و مرحله پیگیری انجام شود. همچنین برای تعیین میزان دقیق اثر بخشی یا ماندگاری تأثیر طرحواره درمانی در زنان مبتلا به پرخوری عصبی پیشنهاد می‌شود تأثیر این درمان طی پیگیری چندماهه با

درمان‌های دیگر از جمله درمان شناختی- رفتاری یا درمان‌های موج سوم (برای مثال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) مقایسه شود. با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان، شفقت به خود و بدریخت انگاری بدنی در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود روانشناسان سلامت و بالینی و کارشناسان رسانه برای کاهش مشکلات زنان دارای پرخوری عصبی، سخنرانی، برنامه‌های آموزشی یا کارگاه‌های تخصصی طرحواره درمانی برگزار نمایند و درمانگران از این رویکرد درمانی برای کمک به زنان مبتلا به پرخوری عصبی بهره ببرند.

۵. ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان شرکت‌کننده برای حضور در برنامه مداخله به صورت کتبی اخذ و تمامی مراحل مداخله اطلاع‌رسانی شد. همچنین به گروه کنترل اطمینان داده شد که در صورت تمایل به تکمیل فرایند پژوهش مداخلات این پژوهش را دریافت خواهند کرد. به دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه است و هیچ نامی از آن‌ها افشا نخواهد شد. به منظور ایجاد انگیزه در شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر جنبه‌های درمانی و آموزشی مداخلات پیش از مداخله برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و کل فرایند مداخله به صورت رایگان در اختیار آن‌ها قرار گرفت. شایان ذکر است پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.084 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد ثبت شده است.

۶. سپاسگزاری و حمایت مالی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد بود. از تمامی مسئولین انجمن پرخورهای گمنام شهر اصفهان و شرکت‌کننده‌ها که همکاری در اجرای پژوهش داشتند، قدردانی می‌شود. هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

۷. تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع فارسی

- استادیان خانی، ز، حسنی، ف، سپاه منصور، م، و کشاورزی‌ارشد، ف. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری تصویر ذهنی از بدن و تکانشگری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی. *مجله خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۴)، ۲۸۵-۳۰۹. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.2.4.14>
- اشرفی، س، بحرینیان، ع، حاجبعلی زاده، ک، و دلاور، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخوری عصبی زنان دارای اضافه وزن. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸(۲)، ۱۸۲-۱۹۱. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-824-fa.html>
- باقری شیخانگشسه، ف، رضازاده خلخال، ف، صوابی نیری، و، ذوالفقارنیا، م، و میکلائی، ن. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و عملکرد شخصیتی زنان مبتلا به پرخوری عصبی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۵(۳)، ۲۳-۴۰. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.363123.644695>
- بلندنظر، ک، تیموری، س، رجایی، ع، و نجات، ح. (۱۴۰۲). تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر خودکنترلی، تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی معنادار متجاهر. *مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۹(۴)، ۶۲-۵۲. <http://dx.oi.org/10.22034/IJRN.9.4.6>
- جوشن، ف، و زاده محمدی، ع. (۱۴۰۱). مقایسه دشواری در تنظیم هیجان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرانی از تصویر بدنی در دختران با و بدون اضافه وزن. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۱۸(۳)، ۶۲-۵۱. <https://doi.org/10.22051/psy.2022.39346.2578>
- حسینی، س. م، و مؤمن، ف. (۱۴۰۰). بررسی رابطه شفقت به خود و مدیریت بدن در زنان. *پژوهش‌های میان‌رشته‌ای زنان*، ۳(۶)، ۲۳-۳۴. <http://wir.fatemiyehshiraz.ac.ir/Article/33576>

- خسروی، ص، صادقی، م، و یابنده، م. (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود (SCS) روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۳)، ۴۷-۵۸.
- [Psychometric Properties of Self-Compassion Scale\(SCS\)](https://doi.org/10.22070/cpap.2021.14109.1067)
- خوشینی، ف، اکبری، م، و محمدخانی، ش. (۱۴۰۰). رابطه ساختاری اختلال بدریخت‌انگاری بدن با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده: نقش میانجی فراشناخت، تصویر بدن و تحمل پریشانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹(۲)، ۱۰۱-۱۱۹.
- <https://doi.org/10.22070/cpap.2021.14109.1067>
- دلاور، ع. (۱۴۰۲). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی (ویرایش پنجم). تهران: انتشارات ویرایش.
- سعادت‌مند، ا، علیلو، م، م، اسماعیل پور، خ، و هاشمی، ت. (۱۴۰۱). بررسی رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه و نشانگان اختلال بدریخت‌انگاری بدنی با میانجیگری شفقت به خود. *مجله روان‌پرستاری*، ۱۰(۱)، ۶۴-۷۵.
- <http://ijpn.ir/article-1-1979-fa.html>
- سیدین، س. ز. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش روان‌رنجورخویی. *نشریه روانشناسی نوین*، ۴(۲)، ۸-۱۰.
- <https://doi.org/10.22034/jmp.2024.445187.1095>
- صیقل‌زنان مشهدی، ن، مشهدی، ع، و شاره، ح. (۱۴۰۲). اثربخشی گروه‌درمانی تلفیقی ذهن‌آگاهی و طرحواره درمانی بر شفقت‌ورزی با خود و طرحواره‌های ناسازگار زنان با مشکلات بین فردی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۵(۲)، ۱۳-۱۰.
- <https://doi.org/10.22075/jcp.2023.30465.2628>
- قاسمی، ف، و آتش پور، ح. (۱۴۰۲). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر سبک دلستگی، سازگاری بین فردی و الگوی ارتباطی افراد مبتلا به پرخوری عصبی شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۱(۴)، ۷۵۲-۷۴۱.
- <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1676-fa.html>
- کاظمینی، م، فروغی، ع، ا، خانجانی، س، و محمدی، ا. (۱۳۹۴). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی در مورد بدشکلی بدن. *نوید نو*، ۱۸(۶۱)، ۶۵-۵۶.
- <https://doi.org/10.22038/nmj.2016.7369>
- کریمی فر، م، دین پرور، ا، جواهری محمدی، م، حسین ثابت، ف، و بجانی، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مدیریت حافظه هیجانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۸(۴)، ۲۳-۱۱.
- <http://icssjournal.ir/article-1-516-fa.html>

References

- Allen, A., & Hollander, E. (2002). Body dysmorphic disorder. In S. E. Hyman (Ed.). *Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette's Syndrome: Syndrome: The Science of Mental Health* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203822937>.
- Ansari, S., Asgari, S., Makondi, B., Heydari, A., & Seraj Khorami, N. (2010). The effectiveness of schema therapy on psychological distress, body image, and eating disorder beliefs in patients with anorexia nervosa. *Avicenna Journal of Neuropsychological Physiology*, 7(3), 184-189. <http://dx.doi.org/10.32592/ajnpp.2020.7.3.107>
- Ashrafi, S., Bahrenian, A., Hajjalizadeh, K., & Delavar, A. (2010). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on bulimia nervosa in overweight women. *Journal of Behavioral Science Research*, 18(2), 182-191. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-824-en.html> (In Persian)
- Bagheri Sheikhangfashah, F., Rezazadeh Khalkhali, F., Sawabi Nairi, V., Zolfaqarnia, M., & Mikalani, N. (2024). The effectiveness of schema therapy on rumination, depression and personality functioning in women with bulimia nervosa. *Journal of Applied Psychological Research* 15(3). <https://doi.org/10.22059/japr.2024.363123.644695> (In Persian)
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press. <https://doi.org/10.9783/9780812290882>
- Blandnazar, K., Teymouri, S., Rajaei, A., & Nejat, H. (2023). The effect of group dialectical behavior therapy on self-control, emotional regulation and distress tolerance of overt drug addicts. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 9(4), 52-62. <http://ijrn.ir/article-1-800-en.html> (In Persian)
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., Arntz, A. (2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Front Psychol*, 14;7:1373. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2023). Emotional schemas mediate the relationship between emotion regulation and symptomatology. *Current Psychology*, 42(4), 2733-2739. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01560-7>
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using

- structural equation modeling. *PloS one*, 10(7), e0133481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Ghasemi, F., & Atashpour, H. (2013). The effectiveness of dialectical behavior therapy on attachment style, interpersonal adjustment, and communication pattern of individuals with bulimia nervosa in Isfahan. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 21(4), 741-752. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1676-en.html> (In Persian)
- Hagan, K. E., & Walsh, B. T. (2021). State of the art: the therapeutic approaches to bulimia nervosa. *Clinical Therapeutics*, 43(1), 40-49. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.10.012>
- Hessler-Kaufmann, J. B., Heese, J., Berking, M., Voderholzer, U., & Diedrich, A. (2020). Emotion regulation strategies in bulimia nervosa: an experimental investigation of mindfulness, self-compassion, and cognitive restructuring. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00129-3>
- Hosseini, S. M., & Momin, F. (2021). Investigating the relationship between self-compassion and body management in women. *Interdisciplinary Women's Research*, 3(6), 23-34. <http://wir.fatemiyejshiraz.ac.ir/en/Article/33576> (In Persian)
- Jassi, A., & Krebs, G. (2021). Body Dysmorphic Disorder: Reflections on the last 25 years. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 3-7. <https://doi.org/10.1177/1359104520984818>
- Jooshen, F., & Zadeh Mohammadi, A. (2022). Comparison of difficulty in emotion regulation, early maladaptive schemas and body image concerns in overweight and non-overweight girls. *Journal of Psychological Studies*, 18(3), 51-62. <https://doi.org/10.22051/psy.2022.39346.2578> (In Persian)
- Joshua, P. R., Lewis, V., Keltly, 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>
- Juarascio, A. S., Parker, M. N., Manasse, S. M., Barney, J. L., Wyckoff, E. P., & Dochat, C. (2020). An exploratory component analysis of emotion regulation strategies for improving emotion regulation and emotional eating. *Appetite*, 150, 104634. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104634>
- Karimifar, M., Dinparvar, A., Javaheri Mohammadi, M., Hossein Sabet, F., & Bajani, Hossein. (2016). The effectiveness of emotional memory management training on cognitive emotion regulation strategies. *Cognitive Science Updates*, 18(4), 11-23. <https://sid.ir/paper/83061/en> (In Persian)
- Kazemiini, Mohabbat., Foughi, Ali Akbar., Khanjani, S., & Mohammadi, Abolfazl. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Persian version of the Body Distortion Concern Questionnaire. *Navid Now*, 18(61), 56-65. <https://doi.org/10.22038/nmj.2016.7369> (In Persian)
- Khoshini, F., Akbari, M., & Mohammadkhani, S. (2022). The structure relationship of body dysmorphic disorder (BDD) with early maladaptive schema and perceived emotional invalidation: the mediating Role of metacognition, body image and distress tolerance. *Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 101-119. <https://doi.org/10.22070/cpap.2021.14109.1067> (In Persian)
- Khosravi, S., Sadeghi, M., & Yabandeh, M.R. (2013). Psychometric properties of self-compassion scale (SCS). *Journal of Psychological Models and Methods*, 3(13), 47-58. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_339_en.html?lang=en (In Persian)
- Lampe, E. W., Srivastava, P., Presseller, E. K., Wilkinson, M. L., Trainor, C., Manasse, S. M., & Juarascio, A. S. (2024). Latent Change Trajectories in Mood During Focused CBT Enhanced for Eating Disorders Are Associated With Global Eating Pathology at Posttreatment and Follow-Up Among Individuals With Bulimia Nervosa Spectrum Disorders: A Preliminary Examination. *Behavior Therapy*, 55(5), 950-960. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.01.005>
- Leviani, F., & Tiatri, S. (2022, April). Relationship between Self-Compassion and Body Dismorphic Symptoms in Early Adulthood. In *3rd Tarumanagara International Conference on the Applications of Social Sciences and Humanities (TICASH 2021)* (pp. 1382-1386). Atlantis Press. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.220404.221>
- MacDonald, D. E., Solomon-Krakus, S., Jewett, R., Liebman, R. E., & Trottier, K. (2023). Emotion regulation in bulimia nervosa and purging disorder. In In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) *Eating*

- disorders* (pp. 805-820). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-16691-4_44
- Mares, S. H., Roelofs, J., Zinzen, J., Béatse, M., Elgersma, H. J., Drost, R. M., ... & Elburg, A. A. V. (2024). Clinical effectiveness, cost-effectiveness and process evaluation of group schema therapy for eating disorders: study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 12(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01624-w>
- Marney, C., Reid, M., & Wright, B. (2024). A mixed methods study of schema modes amongst people living with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01031-x>
- Meiri, E., & Aldawsari, H. (2024). The Relationship Between Self-Compassion and Symptoms of Physical Deformities in Adolescents. *International Journal of Religion*, 5(10), 62-70. DOI: <https://doi.org/10.61707/k7jr31>
- Meule, A., Richard, A., Schnepfer, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S., ... & Blechert, J. (2021). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating disorders*, 29(2), 175-191. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642036>
- Mohajan, D., & Mohajan, H. K. (2023). Bulimia Nervosa: A Psychiatric Problem of Disorder. *Innovation in Science and Technology*, 2(3), 26-32. <https://www.paradigmpress.org/ist/article/view/582>
- Moody, T. D., Morfini, F., Cheng, G., Sheen, C. L., Kerr, W. T., Strober, M., & Feusner, J. D. (2021). Brain activation and connectivity in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder when viewing bodies: relationships to clinical symptoms and perception of appearance. *Brain imaging and behavior*, 15, 1235-1252. <https://doi.org/10.1007/s11682-020-00323-5>
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. *Compassion and wisdom in psychotherapy*, 1, 79-92. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K., & Germer, C. (2017). Self-compassion and psychological. *The Oxford handbook of compassion science*, 371-383. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Okonishnikova, E., Bryukhin, A., Lineva, T., & Belokrylov, I. (2021). Assessment of body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. The final data of the study. *European Psychiatry*, 64(S1), S355, S355-S355. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.951>
- Oosthuizen, P. P., & Castle, D. (1998). Body dysmorphic disorder-a distinct entity. *South African Medical Journal*, 88, 766-769. <https://research-repository.uwa.edu.au/en/publications/body-dysmorphic-disorder-a-distinct-entity>
- Ostadiankhani, Z., Hassani, F., Sepah Mansour, M., & Keshavarzi-Arshad, F. (2021). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy on body image flexibility and impulsivity in women with binge eating disorder. *Journal of Applied Family Therapy*, 2(4), 285-309. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.2.4.14>
- Puttevels, L., Vanderhasselt, M. A., Horeczak, P., & Vervaeke, 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>
- Pyszkowska, A., & Stojek, M. M. (2022). Early maladaptive schemas and self-stigma in people with physical disabilities: The role of self-compassion and psychological flexibility. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 10854. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710854>
- Saadatmand, A., Alilu, M. M., Esmaeil Pour, Kh., & Hashemi, T. (2022). Investigating the Relationship between Early Maladaptive Schemas and Body Dysmorphic Disorder Symptoms with the Mediation of Self-Compassion. *Journal of Psychiatry*, 10(1), 64-75. <http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.10.1.64> (In Persian)
- Salgó, E., Szeghalmi, L., Bajzát, B., Berán, E., & Unoka, Z. (2021). Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. *Plos one*, 16(3), e0248409. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248409>
- Serpell, L., Amey, R., & Kamboj, S. K. (2020). The role of self-compassion and self-criticism in binge eating behaviour. *Appetite*, 144, 104470. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104470>

- Seydin, S. Z. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Neuroticism. *Journal of Modern Psychology*, 4(2), 1-8. <https://doi.org/10.22034/jmp.2024.445187.1095> (In Persian)
- Shaw, R., & Cassidy, T. (2020). Self-compassion, mindful eating, eating attitudes and wellbeing. *Sumerianz Journal of Behavioral Science & Psychological Studies*, 1(2), 72-79. DOI: <https://doi.org/10.47752/sjss.42.73.80>
- Sighal-Zanan Mashhadi, N., Mashhadi, A., & Shareh, H. (2023). The effectiveness of combined mindfulness and schema therapy group therapy on self-compassion and maladaptive schemas in women with interpersonal problems. *Journal of Clinical Psychology*, 15(2), 1-13. <https://doi.org/10.22075/jcp.2023.30465.2628>
- Tamir, M., Vishkin, A., & Gutentag, T. (2020). Emotion regulation is motivated. *Emotion*, 20(1), 115. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000635.supp>
- Vasiliu, O. (2023). At the Crossroads between eating disorders and body dysmorphic disorders—the case of bigorexia nervosa. *Brain Sciences*, 13(9), 1234. <https://doi.org/10.3390/brainsci13091234>
- Walenda, A., Kostecka, B., Santangelo, P. S., & Kucharska, K. (2021). Examining emotion regulation in binge-eating disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00166-6>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00629-000>

Effectiveness of Schema Therapy on Emotion Regulation, Self-compassion, and Body Dysmorphic Concerns in Women with Binge Eating Disorder Symptoms in Isfahan

Extended Abstract

Introduction

Eating disorders, especially bulimia nervosa, are recognized as a significant mental health challenge that has negative impacts on quality of life and physical health. This disorder is associated with compensatory behaviors and concerns about body image, and it involves problems in regulating emotions. Emotion regulation can prevent binge-eating and purging behaviors. The media also has a negative impact on women's body image and increases anxiety and depression (Miri and Al-Jazari, 2024). People with better ability to regulate emotions tend to have more self-compassion (Ashraf et al., 2010). Body dysmorphic disorder can also lead to disordered eating behaviors, and psychotherapy treatments such as schema therapy help change negative thought patterns and improve psychological status. The present study examines the effectiveness of schema therapy on emotion regulation, self-compassion, and body dysmorphic disorder in women with bulimia nervosa.

Methods

This study was a quasi-experimental study with a pretest-post test design with a control group. The statistical population of this study included all women who were members of the Gluttony Anonymous Society in Isfahan in 2024. Among them, 30 people were selected by purposive sampling method and randomly assigned to two groups of control (15 people) and experimental (15 people) and voluntarily responded to the questionnaires of this study including the emotion regulation questionnaire (Garnevsy et al., 2006), the self-compassion questionnaire (Neff, 2003), and body dysphoria (Stouzin et al., 1998). The experimental group underwent schema therapy sessions in 12 sessions of 90 minutes and the control group did not receive any intervention (Young, 2003). The obtained data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) using SPSS26 software.

Findings

The aim of this study was to investigate the effectiveness of schema therapy on emotion regulation, self-compassion, and body dysmorphic behavior in women with bulimia nervosa syndrome in Isfahan. Based on the results, it was found that schema therapy has a significant effect on emotion regulation, self-compassion, and body dysmorphic behavior in women with bulimia nervosa syndrome in Isfahan, increasing emotion regulation and self-compassion while decreasing body dysmorphic behavior. Furthermore, in explaining the effect of schema therapy on improving emotion regulation, increasing self-compassion, and reducing body dysmorphic behavior in women with bulimia nervosa, it can be said that individuals with eating disorders often use unhealthy methods to cope with problems and regulate their emotions. Additionally, schema therapy, on one hand, reduces individuals' mentality, including concern about negative body evaluation, by changing maladaptive schemas, and on the other hand, by increasing self-compassion, it can reduce the consequences of negative experiences and enhance self-esteem by influencing behavior and cognition, leading to improved satisfaction with body image.

Conclusion

This study examined the effect of schema therapy on emotion regulation, self-compassion, and body dysmorphia in women with binge eating disorder in Isfahan. The results indicate that this type of therapy helps improve emotion regulation and self-compassion while reducing body dysmorphia. These findings are consistent with other studies and suggest that schema therapy can be effective in various mental health disorders (Fassbinder et al., 2016). Schema therapy focuses on identifying maladaptive patterns formed early in life that contribute to emotional problems. This approach helps individuals develop healthier behaviors for managing emotions and relationships and is effective in treating eating disorders such as binge eating. People with eating disorders often use unhealthy methods to manage their emotions. Schema therapy assists them in recognizing their emotional needs and responding constructively. By enhancing self-compassion, individuals can reduce harsh self-criticism and achieve

greater peace (Salgo et al., 2021). This therapy utilizes three main interventions: limited reparenting, empathic confrontation, and breaking maladaptive behavioral patterns. These methods help identify and address individuals' unmet emotional needs and guide them toward healthier behaviors. Schema therapy can also improve body image, enabling individuals to enhance their quality of life rather than judge themselves negatively based on cultural standards. This therapy teaches acceptance of one's mistakes and imperfections (Hosseini & Mo'men, 2021). This study has limitations, including focusing only on women with binge eating disorder in Isfahan and not controlling for social and familial variables. To increase generalizability, it is recommended that further research be conducted with more diverse samples. Additionally, psychologists and therapists are encouraged to use schema therapy to reduce problems arising from binge eating disorder.

Keywords: Body Dysmorphia, Bulimia Nervosa, Emotion Regulation, Self-Compassion, Schema Therapy.

Ethical considerations

In this study, all ethical standards were observed, including informed consent of participants, ensuring confidentiality of individual information, and voluntary entry or exit of participants. Also, ethical considerations in accordance with the principles of ethics were taken into account in the research. It is worth noting that the present study has been registered with the ethics code IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.084 at the Islamic Azad University, Najafabad Branch.

Acknowledgment and financial support

The authors of this article consider it necessary to express their gratitude to all the officials of the Isfahan Overeaters Anonymous Association and the participants who cooperated in conducting the research. This article is derived from the master's thesis of the first author of the article in the Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Najafabad and has not received any financial support from public, commercial, or non-profit governmental organizations.

Conflict of interest

In this study, no conflicts of interest were reported by the authors