

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

Farzin Bagheri Sheykhgafshe, Fereshteh Rezazadeh Khalkhali<sup>2</sup>, Vahid Savabi Niri<sup>3</sup>,  
Maryam Zolfagharnia<sup>4</sup>, Nahid Mikelani<sup>5</sup>

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran  
[farzinbagheri@modares.ac.ir](mailto:farzinbagheri@modares.ac.ir) 0000-0002-3435-3870

2. Masters, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran [fereshte97rezazadeh@gmail.com](mailto:fereshte97rezazadeh@gmail.com) 0009-0001-0329-8290

3. Masters, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran  
[v.savabi@gmail.com](mailto:v.savabi@gmail.com) 0000-0002-9526-1742

4. Masters, Department of General Psychology, Faculty of Humanities, Payam-Noor University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran  
[vsn6639@gmail.com](mailto:vsn6639@gmail.com) 0009-0000-5747-8820

5. Masters, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Najaf-Abad Branch, Isfahan, Iran  
[nahid.mikelani1984@gmail.com](mailto:nahid.mikelani1984@gmail.com) 0000-0003-2975-0844

\*Corresponding author: Farzin Bagheri Sheykhgafshe, Email: [farzinbagheri@modares.ac.ir](mailto:farzinbagheri@modares.ac.ir)

## 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 research was women suffering from bulimia nervosa in Tehran in 2023. According to the inclusion criteria of the research, 30 women were randomly placed in the experimental and control groups. The groups were assessed with rumination (RQ), Beck depression (BDI) and personality function (PFQ) questionnaires. After 10 sessions of 90-minute schema therapy for the experimental group, the participants answered the research questionnaire again. Finally, the obtained data were analyzed by multivariate analysis of covariance by SPSS-24. The results of the present study showed that schema therapy significantly reduced 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 suffering from bulimia nervosa ( $P<0.01$ ). Based on the results, schema therapy has reduced psychological disorders and improved the personality function of women suffering from bulimia nervosa. Since the COVID-19 pandemic has caused extensive changes in people's lifestyles, measures should be taken to identify and treat vulnerable groups.

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

## Extended Abstract

### Aim

Understanding the intricate interplay between psychological processes and the manifestation of eating disorders has been a focal point of research and clinical practice (American Psychiatric Association, 2015). Among these disorders, bulimia nervosa stands out as a complex condition characterized by a multitude of cognitive, emotional, and behavioral challenges (Silén & Keski-Rahkonen, 2022). Central to its presentation are factors such as rumination, depression, and personality functioning, which significantly impact individuals' overall well-being and quality of life (Van Eeden, Van Hoeken & Hoek, 2021). In response to this challenge, researchers and practitioners have sought innovative therapeutic approaches to address the multifaceted nature of bulimia nervosa (Birmachu, Heidelberg & Klem, 2021). One such approach, schema therapy, has gained attention for its potential to target not only symptom reduction but also the enhancement of positive psychological attributes (Zheng et al., 2023). This study aims to investigate the effectiveness of schema therapy as an intervention for women diagnosed with bulimia nervosa, specifically focusing on its impact on rumination, depression, and personality functioning. By delving into these dimensions, we aim to contribute to the evolving discourse on evidence-based interventions for eating disorders and offer valuable insights

into the potential of schema therapy to bring about comprehensive therapeutic outcomes. In this regard, the present study was conducted to investigate the effectiveness of schema therapy on rumination, depression, and personality function of women with bulimia nervosa.

### **Methodology**

The design of the present research followed a semi-experimental approach, utilizing a pre-test-post-test design with a control group. The study's statistical population consisted of individuals referred to psychological and counseling clinics in the 6th and 8th districts of Tehran in 2023. Based on the research's inclusion criteria, a total of 30 women diagnosed with bulimia nervosa from a psychology center were selected through the convenience sampling method. From this initial group, 30 women with bulimia nervosa were selected using the same convenience sampling method and subsequently divided into experimental (n=15) and control (n=15) groups (Faul et al., 2007). Ethical considerations were of utmost importance throughout the study, ensuring participants' confidentiality and the use of their information solely for research purposes. The participants completed questionnaires on rumination (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), Beck Depression Inventory (Beck, Steer & Brown, 1996), and personality functioning (Bender, Morey & Skodol, 2014) with full consent. Following ten 90-minute schema therapy sessions for the experimental group, participants completed the research questionnaire again (Young, Klosko & Weishaar, 2006). The gathered data were subsequently analyzed using multivariate analysis of covariance in SPSS-24. Ethical guidelines were meticulously followed throughout the study, assuring participants that their data would be analyzed collectively and not individually. This research adhered to ethical principles in accordance with the guidelines set forth by the National Ethics Committee and COPE regulations, ensuring the responsible and respectful treatment of participants and the proper conduct of the research.

### **Findings**

The results of the present study showed that schema therapy significantly reduced rumination ( $P < 0.001$ ,  $F = 23.51$ ), depression ( $P < 0.001$ ,  $F = 50.04$ ), and increased intimacy ( $P < 0.001$ ,  $F = 47.16$ ), empathy ( $P < 0.001$ ,  $F = 41.83$ ), and self-direction ( $P < 0.001$ ,  $F = 30.04$ ) and identity ( $P < 0.001$ ,  $F = 32/77$ ) in women suffering from bulimia nervosa ( $P < 0.001$ ). As a result, it can be stated that schema therapy has significantly reduced rumination, and depression, and increased intimacy, empathy, self-direction, and identity of women with bulimia nervosa. To further elaborate, the results of this study offer compelling evidence of the potential of schema therapy in addressing the multifaceted challenges associated with bulimia nervosa. The significant reduction in rumination and depression levels signifies not only the therapeutic efficacy of schema therapy but also its potential to alleviate the cognitive and emotional burdens that often accompany this disorder. Additionally, the noteworthy increase in intimacy, empathy, self-direction, and identity underscores the transformative impact of schema therapy on individuals' interpersonal relationships, self-awareness, and sense of purpose.

### **Conclusion**

Based on the findings, schema therapy has been able to reduce psychological disorders and improve the personality function of women with bulimia nervosa. The results of this study underscore the substantial benefits of schema therapy as an effective intervention for women afflicted by bulimia nervosa. The statistically significant reductions in rumination and depression, coupled with the remarkable enhancements in intimacy, empathy, self-direction, and identity, highlight the comprehensive positive impact of schema therapy on multiple dimensions of psychological well-being. The notable improvements observed across these various domains underscore the potential of schema therapy as a holistic approach to addressing the complex challenges associated with bulimia nervosa. This study contributes valuable insights to the field of psychotherapy and offers promising avenues for the development of tailored interventions that can substantially improve the lives of individuals grappling with bulimia nervosa. However, further research is warranted to elucidate the long-term sustainability and generalizability of these findings, potentially leading to even more refined and effective treatment strategies for this population.

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

# اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت

## زنان مبتلاء به پرخوری عصبی

فرزین باقری شیخانگفته<sup>۱\*</sup>، فرشته رضازاده خلخالی<sup>۲</sup>، وحید صوابی نیری<sup>۳</sup>، مریم ذوالفقارنیا<sup>۴</sup>، ناهید میکلائی<sup>۵</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران
۳. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران
۴. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام‌نور، واحد اردبیل، اردبیل، ایران
۵. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلاء به پرخوری عصبی انجام شد. روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش زنان مبتلاء به پرخوری عصبی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش ۳۰ زن به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. گروه‌ها با پرسشنامه‌های نشخوار فکری (RQ)، افسردگی بک (BDI) و کارکرد شخصیت (PFQ) مورد سنجش قرار گرفتند. پس از ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره‌درمانی برای گروه آزمایش، مجدداً شرکت‌کنندگان به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. در انتها داده‌های به دست آمده با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره توسط SPSS-24 تحلیل شدند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی به صورت معناداری باعث کاهش نشخوار فکری ( $F=23/51$ )، افسردگی ( $F=50/04$ )، و افزایش صمیمیت ( $F=47/16$ )، همدلی ( $F=41/83$ )، خودجهت‌دهی ( $F=30/04$ ) و هویت ( $F=32/77$ ) در در زنان مبتلاء به پرخوری عصبی می‌شود ( $P<0/01$ ). بر اساس نتایج، طرحواره‌درمانی توانسته است باعث کاهش اختلالات روان‌شناختی و بهبود کارکرد شخصیت زنان مبتلاء به پرخوری عصبی شود. از آنجایی که همه‌گیری کووید-۱۹ تغییرات بسیار گسترده‌ای در سبک زندگی افراد ایجاد کرده است، می‌بایست تدابیری در جهت شناسایی و درمان گروه‌های آسیب‌پذیر اتخاذ کرد.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی، پرخوری عصبی، طرحواره‌درمانی، کارکرد شخصیت، نشخوار فکری

### ۱. مقدمه

اختلالات خوردن<sup>۱</sup> به عنوان یک بیماری شایع و جدی در بین ۴ درصد از مردم جهان وجود دارد که تأثیر قابل‌توجهی بر سلامت روان‌شناختی افراد بر جای می‌گذارد (کرونی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۳). بر اساس دسته‌بندی انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۳</sup> (۲۰۱۵) اختلالات خوردن شامل بی‌اشتهایی عصبی<sup>۴</sup>، پرخوری عصبی<sup>۵</sup> و پرخوری<sup>۶</sup> است. پرخوری عصبی یک اختلال ناتوان‌کننده است که با رفتارهای مکرر خوردن مشخص می‌شود که دارای اعمال کنترل‌گرانه و جبرانی از جمله استتفراغ و فعالیت بدنی افراطی، است (بریلت و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۲۱). با توجه به تغییرات سبک زندگی و پیشرفت تکنولوژی، اختلالات خوردن شیوع و تنوع چشمگیری داشته است (اسلادی و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸). خبیر، سجادی و افلاکسیر<sup>۹</sup> (۲۰۱۶) شیوع بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و پرخوری را در زنان ایرانی به ترتیب ۶، ۴ و ۱۳ درصد اعلام نمودند. در پژوهشی مروری وان‌ایدن، ون‌هوکن و

<sup>1</sup> Eating disorders

<sup>2</sup> Crone et al.

<sup>3</sup> American Psychiatric Association

<sup>4</sup> Anorexia nervosa

<sup>5</sup> Bulimia nervosa

<sup>6</sup> Binge eating

<sup>7</sup> Brelet et al.

<sup>8</sup> Slade et al.

<sup>9</sup> Khabir, Sajjadi & Aflakseir

هوک<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) شیوع پرخوری عصبی را در زنان (۳درصد) بیشتر از مردان (۱ درصد) گزارش کردند. همچنین این اختلال خطر مرگ و میر را می‌تواند تا ۵ برابر افزایش دهد. در مطالعه مروری دیگر، سیلن و کسکی-راهکونن<sup>۲</sup> (۲۰۲۲) شیوع اختلالات خوردن را بین زنان ۵/۵ تا ۱۷/۹ درصد گزارش کردند که در مقایسه با مردان سه برابر بیشتر است. همچنین پرخوری عصبی نیز در میان ۰/۸ تا ۲/۸ درصد از زنان جوان شیوع داشت که از مردان بالاتر بود. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است احساس طمع و ترغیب به خوردن ناشی از نشخوار فکری<sup>۳</sup>، افسردگی، اضطراب، تنش، بی‌ثباتی هویت و شخصیت داشته باشند (اسوالدی و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹؛ رحمتی و برجلی، ۱۴۰۰).

نشخوار فکری به فرآیند شناختی اطلاق می‌شود که در آن فرد به طور مکرر و منفعلانه بر معنا، علل و پیامدهای هیجانات منفی تمرکز می‌کند (ویلیامسون و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱). شاید مهم‌تر از همه، فرآیندهای نشخوارکننده یک چرخه 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<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). اگرچه نشخوار فکری اغلب با سایر شناخت‌های پایدار مانند نگرانی و وسواس در ارتباط است، اما از نظر جهت‌گیری زمانی و مضامین محتوا متمایز است (وانگ و بوردس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸). در واقع، افکار وسواسی معمولاً مقاومت ایجاد می‌کنند، آینده‌محور هستند و غیرقابل قبول تلقی می‌شوند (پالمیری و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۲۱)، در حالی که افکار نشخوارکننده اغلب منطقی تلقی می‌شوند و ممکن است با باورهای مثبت مرتبط باشند (پوتویلس و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۲۱). روی هم، شواهد نظری و تجربی قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد نشخوار فکری یک فرآیند شناختی ناسازگار مرتبط با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی است. اگرچه مجموعه گسترده‌ای از ادبیات نشخوار فکری را در رابطه با افسردگی و اضطراب بررسی کرده‌اند (نیومن و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۶)، مطالعات نسبتاً کمتری نشخوار فکری را در رابطه با آسیب‌شناسی روانی پرخوری عصبی مورد بررسی قرار داده است (هرناندو و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۹). با این وجود، شواهد نظری موجود (بیرماچو، هایدلبرگ و کلم<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۱) و شواهد تجربی (نیومن و اسوالدی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۱) نشان می‌دهد که نشخوار فکری یک پدیده 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<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۷). در این راستا، اسمیت، میسون و لاوندر<sup>۱۵</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی فراتحلیل مشخص کردند افرادی که دارای سطوح بالایی از نشخوار فکری بودند از اختلالات خوردن (بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی) قابل توجهی رنج می‌بردند. نتایج مطالعه مایلز، ندلیکویچ و فیلیپو<sup>۱۵</sup> (۲۰۲۳) نیز حاکی از افزایش کمال‌گرایی، نشخوار فکری و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در بین بیماران دارای اختلالات خوردن داشت.

تداوم نشخوار فکری باعث می‌شود افراد مبتلا به پرخوری عصبی از راهبردهای ناکارآمدی مانند افراط در غذا خوردن برای مقابله با احساسات خود استفاده کنند (روزاکو-سومالیا، سوگرن و دارواریو<sup>۱۶</sup>، ۲۰۲۱). همین ضعف در تنظیم هیجان، واکاوی درست احساسات و راهبردهای ناسازگارانه

<sup>1</sup> Van Eeden, Van Hoeken & Hoek

<sup>2</sup> Silén & Keski-Rahkonen

<sup>3</sup> Rumination

<sup>4</sup> Svaldi et al.

<sup>5</sup> Williamson et al.

<sup>6</sup> Dondzilo et al.

<sup>7</sup> Wang & Borders

<sup>8</sup> Palmieri et al.

<sup>9</sup> Puttevils et al.

<sup>10</sup> Naumann et al.

<sup>11</sup> Hernando et al.

<sup>12</sup> Birmachu, Heidelberger & Klem

<sup>13</sup> Naumann & Svaldi

<sup>14</sup> Smith, Mason & Lavender

<sup>15</sup> Miles, Nedeljkovic & Phillipou

<sup>16</sup> Rozakou-Soumalia, Dârvariu, & Sjögren

موجب کاهش سلامت روانی و ایجاد نشانگان افسردگی می‌شود (سایگیو و گوویون<sup>۱</sup>، 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<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). شواهد موجود از رابطه قوی بین افسردگی و اختلالات خوردن حمایت می‌کنند (کیشیشیان و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). علاوه بر این، تداوم علائم افسردگی همراه پس از بهبودی اختلال خوردن، خطر عود را افزایش می‌دهد (مورگا و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۳). علائم افسردگی و اضطراب همراه اختلالات خوردن نشانگر شدت علائم بیشتر و پیش‌آگهی و نتیجه ضعیف‌تر، به ویژه در زنان جوان است (خیرالله، زغبی و ریچا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). در این زمینه، نتایج پژوهش جونز و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۲۲) حاکی از همبستگی معنادار میان افسردگی، عزت نفس، ناراضی‌تی از تصویر بدن و پرخوری عصبی داشت. بیمارانی که عزت نفس پایینی داشتند و از افسردگی رنج می‌بردند از تصویر بدنی مطلوبی برخوردار نبودند که موجب تشدید اختلال در آنها می‌گردید. یافته‌های مطالعه مروری گلدستین و گوویون<sup>۷</sup> (۲۰۱۹) مشخص کرد داشتن افسردگی، اضطراب و اعتماد به نفس پایین به صورت 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<sup>۸</sup> افراد است (ژنگ و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۲۳). کارکرد شخصیت یک ساختار چهار بعدی صمیمیت<sup>۱۰</sup>، همدلی<sup>۱۱</sup>، خودجهت‌دهی<sup>۱۲</sup> و هویت<sup>۱۳</sup> است که در دوران نوجوانی رشد می‌یابد (ملیونسکی و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۲). تأخیر در مراحل رشدی شخصیت افراد می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری مانند اختلالات شخصیت، هیجانی و خلقی ایجاد نماید (روهدی و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۲۳). شواهد نشان می‌دهد که برخی از ویژگی‌های شخصیتی، به ویژه اجتناب از آسیب بالا (مربوط به ناامنی فردی و اجتماعی) و خودتنظیمی پایین (مربوط به خودکارآمدی پایین و خودپذیری)، از عوامل خطر مهم برای اختلال خوردن هستند (میلر، راسین و کلونسکی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۲۱). با توجه به نقش مهم این عوامل در اختلال خوردن، ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به پرخوری عصبی کانون تحقیقات بسیاری بوده است (لوالیوسو و همکاران<sup>۱۷</sup>، ۲۰۲۰). در این راستا، یافته‌های پژوهش مروری سیمپسون و همکاران<sup>۱۸</sup> (۲۰۲۲) مشخص کرد ویژگی‌های شخصیتی ضداجتماعی و وابسته موجب کاهش اثربخشی درمان‌های روانشناختی بر روی بیماران مبتلا به پرخوری عصبی می‌شود. در مقابل برون‌گرایی، همدلی و صمیمیت باعث کاهش علائم بیماری می‌شود. نتایج مطالعه موزی و همکاران<sup>۱۹</sup> (۲۰۲۱) حاکی از نقش ابعاد شخصیتی در ابتلا و درمان اختلالات خوردن داشت. بیمارانی که از نظر عملکرد شخصیتی در سطوح پایینی قرار داشتند مستعد بیماری بودند و روند درمانی آنها نیز به کندی پیش می‌رفت.

<sup>1</sup> Sagiv & Gvion

<sup>2</sup> Ridout et al.

<sup>3</sup> Keshishian et al.

<sup>4</sup> Murga et al.

<sup>5</sup> Khairallah, Zoghbi & Richa

<sup>6</sup> Jones et al.

<sup>7</sup> Goldstein & Gvion

<sup>8</sup> Personality function

<sup>9</sup> Zheng et al.

<sup>10</sup> Intimacy

<sup>11</sup> Empathy

<sup>12</sup> Self-direction

<sup>13</sup> Identity

<sup>14</sup> Melunsky et al.

<sup>15</sup> Rohde et al.

<sup>16</sup> Miller, Racine & Klonsky

<sup>17</sup> Levallius et al.

<sup>18</sup> Simpson et al.

<sup>19</sup> Muzi et al.

بررسی‌های طولی مشخص کردند بالای ۶۰ درصد از مبتلایان به اختلال بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی پس از ۹ سال توانستند بهبودی کامل خود را به دست آورند (ادی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). بر همین اساس می‌توان اذعان داشت داشتن سلامت روانی و دریافت مداخلات روان‌شناختی کارآمد مانند طرحواره‌درمانی<sup>۲</sup> در این دوران از اهمیت بالایی برخوردار است (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۹). طرحواره درمانی به عنوان نوعی روان‌درمانی توسعه یافت که به دنبال علت ریشه‌ای باورها و ایده‌های کمکی در مورد جهان، به نام طرحواره‌های ناسازگار اولیه<sup>۳</sup> می‌پردازد (کالورت و همکاران<sup>۴</sup>، 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<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳). افراد مبتلا به پرخوری عصبی سطوح بالایی از طرحواره‌های خودکنترلی ناکافی، محرومیت عاطفی، استحقاق/ بزرگواری، تکانشگری، رها شدن، و آسیب پذیری در برابر آسیب را گزارش می‌دهند (مک‌اینتوش و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶)، در حالی که افراد دارای بی‌اشتهایی عصبی سطوح بالاتری از طرحواره‌های نامطلوب بودن، شکست در دستیابی، استانداردهای بی‌امان، و ایثار را دارا هستند (سیمپسون، ۲۰۱۹). این یافته‌ها نشان می‌دهد که برای کمک به بیماران در رسیدن به بهبودی، روش‌های درمانی باید باورهای تزلزل‌ناپذیری را که در زمینه رفتارها و علائم بیماری دخیل است را مورد ارزیابی قرار دهند (آرچونتی و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹). در این زمینه، یافته‌های مطالعه مروری ماهر و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۲۲) حاکی از نقش مهم طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ابتلا و تشدید علائم اختلالات خوردن داشت. در همین راستا، نتایج پژوهش‌های جوشوا و همکاران (۲۰۲۳)؛ کالورت و همکاران (۲۰۱۸)؛ سیمپسون و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد طرحواره درمانی به صورت 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 نماید.

با توجه به پیشرفت‌های ایجاد شده در زمینه اینترنت و شبکه‌های اجتماعی و شیوع کووید-۱۹ در سه سال اخیر، سبک زندگی بسیاری از مردم جهان دستخوش تغییرات وسیعی شده است که نیازمند بررسی و توجه روان‌شناختی تری است. از آنجایی که مشکلات مرتبط با سبک‌های تغذیه‌ای می‌توان ابعاد گسترده‌ای از زندگی افراد و جامعه را تحت تأثیر خود قرار دهد، 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 مبتلاء به پرخوری عصبی مؤثر است؟
- آیا طرحواره‌درمانی بر افسردگی زنان مبتلاء به پرخوری عصبی مؤثر است؟
- آیا طرحواره‌درمانی بر کارکرد شخصیت زنان مبتلاء به پرخوری عصبی مؤثر است؟

## ۲. روش

### ۲-۱. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این 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 را داشتند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از نسخه ۳،۱،۹،۲ نرم افزار

<sup>1</sup> Eddy et al.

<sup>2</sup> Schema-therapy

<sup>3</sup> Early Maladaptive Schemas

<sup>4</sup> Calvert et al.

<sup>5</sup> Joshua et al.

<sup>6</sup> McIntosh et al.

<sup>7</sup> Archonti et al.

<sup>8</sup> Maher et al.

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، نیمه کاره رها کردن پرسشنامه و غیبت بیش از دو جلسه، معیارهای خروج از پژوهش حاضر بودند. لازم به ذکر است، ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت گردید، به گونه‌ای که به شرکت‌کنندگان در زمینه محرمانه ماندن و استفاده صرفاً پژوهشی اطلاعات اطمینان خاطر داده شد و آنها با رضایت کامل در محیطی آرام و بدون تنیدگی، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند.

## ۲-۲. شیوه اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌ها و اخذ رضایت از مسئولین کلینیک‌های روانشناسی و مشاوره شهر تهران، پژوهشگران با مراجعه به چهار کلینیک مناطق ۶ و ۸ شهر تهران، ۳۰ خانم 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. در ابتدا، توضیحاتی کلی به افراد داده شد و پس از و اخذ رضایت از آنها، شرکت‌کنندگان وارد پژوهش شدند. به منظور بررسی و درمان زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی از طرحواره‌درمانی [یانگ، کلسکو و ویشار<sup>۲</sup>](#) (۲۰۰۶) استفاده شد. طرحواره درمانی با ایجاد یکسری تغییرات در شناخت افراد و همچنین بهره‌گیری از روش‌هایی همچون ثبت‌روزانه افکار ناکارآمد، به اشتراک گذاشتن تجربه‌های اعضای گروه، بازسازی‌شناختی، و تقویت تمرکز موجب تغییر طرحواره‌ها در افراد می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهشگران طرحواره‌درمانی را طی ۱۰ جلسه (هر هفته دو جلسه) ۹۰ دقیقه‌ای گروهی در یکی از کلینیک‌های روانشناسی انجام دادند (در دامنه زمانی حداکثر ۳ ماه). در جدول ۱، شرح مختصر محتوای جلسات مداخله ارائه شده است. همچنین به منظوره رعایت نکات اخلاقی، به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بررسی شد. در انتهای مطالعه، توضیحات کاملتری در مورد موضوع، روش و اهداف پژوهش به افراد ارائه شد. لازم به ذکر است که پس از اتمام کامل مطالعه، به منظور رعایت اصول اخلاقی، گروه گواه همچون گروه آزمایش مداخله دریافت کردند.

### جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶)

جلسه	هدف	موضوع
۱	ارتباط، آشنایی، همدلی	جلسه اول به آشنایی عناصر برنامه آموزشی با یکدیگر اختصاص یافت. هدف کلی آشناسازی شرکت‌کنندگان با فرآیند، اهداف، مقررات و فواید برنامه آموزشی طرحواره محور و همچنین انجام پیش آزمون است
۲	آموزش نیازهای مرکزی و ریشه تحولی طرحواره‌ها	در این جلسه سعی می‌شود تا با پرداختن به نیازهای مرکزی اولیه و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و همچنین نحوه شکل‌گیری آنها، شرکت‌کنندگان را با برنامه آموزشی درگیر نمود. هدف اصلی این جلسه آموزش موارد زیر است: 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 طرحواره‌های و ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه، که با مشکلات بین فردی انسان در ارتباطند، در دستور کار است.
۴	آموزش حوزه‌ها و انواع طرحواره‌ها و ویژگی‌های آنها	در این جلسه ابتدا به ادامه آموزش بقیه طرحواره‌های ناکارآمد اولیه پرداخته شده و سپس ویژگی‌های طرحواره‌ها بحث می‌شود.
۵	به کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرحواره‌ها	این جلسه به منظور شناسایی و چالش با طرحواره‌ها در سطح شناختی انجام می‌شود. آموزش تکنیک‌های شناختی مثل اعتبار طرحواره‌ها، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده و ردکننده باور مرکزی، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای
۶	آموزش نحوه تداوم طرحواره‌ها	در این جلسه کارکرد طرحواره‌ها و شیوه عملکرد آنها آموزش داده می‌شود. سعی می‌شود تا شرکت‌کنندگان با نحوه حفظ و تداوم طرحواره‌های ناکارآمد آشنا شوند. همچنین سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمدی که افراد از طریق آن به طرحواره‌ها پاسخ می‌دهند، آموزش داده می‌شود

<sup>1</sup> Faul et al.

<sup>2</sup> Young, Klosko & Weishaar

۷	آموزش پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد	هدف اصلی این جلسه آموزش یازده پاسخ مقابله‌ای ناکارآمد است. هنگامی که یکی از طرحواره‌ها فعال شد، افراد معمولاً از طریق یک پاسخ مقابله‌ای، آن سبک را در رفتار به نمایش می‌گذارند. پاسخ‌های مقابله‌ای عبارتند از تمام پاسخ‌هایی که در گنجینه رفتاری فرد در مقابل تهدید وجود دارند
۸	حرکت به سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد	سه جلسه پایانی برنامه آموزشی طرحواره محور درصدد آموزش مقابله با طرحواره‌های ناکارآمد و کاهش تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد است. بدین منظور اقدامات زیر در این جلسه در دستور کار قرار دارد: (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 به سوی تعدیل و کاهش تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد	روش‌های زیر برای کاستن تأثیرات طرحواره‌های ناکارآمد آموزش داده شود: (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 طرحواره محور	در این جلسه سه کار عمده انجام می‌شود: (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 برنامه ریزی جلسه مشاوره انفرادی با آنها، (۳) اجرای پس آزمون

## ۲-۳. ابزارهای سنجش

### ۲-۳-۱. چک‌لیست جمعیت‌شناختی<sup>۱</sup>

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

### ۲-۳-۲. پرسشنامه نشخوار فکری<sup>۲</sup> (RQ)

این مقیاس توسط **نولن‌هاکسما و مارو**<sup>۳</sup> در سال ۱۹۹۱ تدوین شده است که دارای ۲۲ گویه است. گویه‌های این مقیاس بر اساس طیف لیکرت چهار گزینه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شوند، در نتیجه دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ است و نمرات بالاتر، نشان‌دهنده نشخوار فکری بالاتر است و بالعکس. **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 نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

### ۲-۳-۳. پرسشنامه افسردگی بک<sup>۴</sup> (BDI)

از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای ارزیابی حالات افسردگی است که در درجات مختلفی از افسردگی از خفیف تا شدید را تعیین و علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند (**بک، استری و برون**<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶). روش نمره‌گذاری گویه‌ها ۰ تا ۳ و دامنه نمرات بین ۰ 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 غیر بیماران ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در داخل کشور **ایران استیفان-دابسون، محمدخانی و مساج‌چولابی (۱۳۸۶)** ضریب آلفای ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین نتایج حاصل از 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<sup>۶</sup> (PFQ)

<sup>1</sup> Demographic Checklist

<sup>2</sup> Rumination Questionnaire

<sup>3</sup> Nolen-Hoeksema & Morrow

<sup>4</sup> Beck Depression Inventory

<sup>5</sup> Beck, Steer & Brown

<sup>6</sup> Personality Functioning Questionnaire



این مقیاس ۸۰ گویه‌ای سطوح کارکرد شخصیت توسط بندر، موری و اسکودول<sup>۱</sup> (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 بین 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 به‌دست آمد. در داخل کشور ایران نیز، استادنوروزی و زمستانی (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های صمیمیت، همدلی، خودجهت‌دهی و هویت به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۲، ۰/۸۱ و ۰/۸۴ به‌دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ مطلوبی برای چهارمؤلفه 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 ۳ فراوانی در هر سطح یا طبقه جهت مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها، از آزمون ناپارامتریک شاپیرو-ویلک<sup>۲</sup> برای ارزیابی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون ام‌باکس<sup>۳</sup> برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس، از آزمون لوین<sup>۴</sup> برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره<sup>۵</sup> یا 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. بر اساس نتایج جدول شماره ۲، نتایج آزمون مجذور کای مشخص کرد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر مدت زمان بیماری، تحصیلات، وضعیت تأهل، و شغل تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $P > 0.05$ ).

جدول ۲. مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	سطوح	آزمایش تعداد (درصد)	گواه تعداد (درصد)	*مقدار P
مدت زمان بیماری	۱ تا ۲ سال	۷ (۴۶/۶)	۶ (۴۰/۶)	۰/۴۸۲
	۳ تا ۵ سال	۵ (۳۳/۴)	۵ (۳۳/۴)	
	۶ سال به بالا	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۶)	
تحصیلات	کاردانی	۴ (۲۶/۶)	۵ (۳۳/۴)	۰/۳۶۹
	کارشناسی	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶)	
	ارشد	۵ (۳۳/۴)	۳ (۲۰)	
وضعیت تأهل	مجرد	۹ (۶۰)	۷ (۴۶/۷)	۰/۷۰۲

<sup>1</sup> Bender, Morey & Skodol

<sup>2</sup> Shapiro-Wilk

<sup>3</sup> Box's M test

<sup>4</sup> Levene's test

<sup>5</sup> Multivariable Analyze of Covariance

	متاهل	۶ (۴۰)	۸ (۵۳/۳)
۰/۳۹۳	بدون شغل	۷ (۴۶/۶)	۸ (۵۳/۴)
	آزاد	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)
	دولتی	۲ (۱۳/۱۴)	۱ (۶/۶)

\*آزمون مجذور کای،  $P < 0/05$  اختلاف معنی دار

### ۲-۳. توصیف شاخص‌های پژوهش

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون نمرات نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلاء 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 معنی دار نیست. لذا 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	۰/۱۰۸	۰/۰۶۷
		گواه	۵۳/۹۳	۳/۲۳	۰/۰۹۶	۰/۰۶۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۹/۰۱	۴/۷۳	۰/۰۹۷	۰/۰۵۸
		گواه	۵۳/۴۶	۳/۰۴	۰/۰۹۱	۰/۱۶۱
افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۶/۷۳	۲/۴۵	۰/۰۸۲	۰/۰۵۶
		گواه	۲۶/۶۰	۱/۶۳	۰/۰۹۱	۰/۰۷۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۳/۰۶	۲/۲۵	۰/۰۹۵	۰/۰۷۴
		گواه	۲۶/۸۶	۲/۴۹	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
صمیمیت	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۴/۵۳	۲/۹۴	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
		گواه	۳۴/۶۶	۲/۳۰	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۷/۸۶	۳/۷۴	۰/۰۹۰	۰/۱۷۱
		گواه	۳۴/۴۰	۲/۵۱	۰/۰۹۵	۰/۰۷۱
همدلی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۳/۴۶	۲/۶۸	۰/۰۹۷	۰/۰۵۹
		گواه	۴۳/۶۰	۳/۷۹	۰/۰۹۴	۰/۰۷۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۷/۴۶	۲/۱۵	۰/۰۹۲	۰/۰۸۸
		گواه	۴۳/۳۳	۱/۸۶	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
خود جهت‌دهی	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۲/۷۳	۲/۸۰	۰/۰۸۹	۰/۰۵۵
		گواه	۳۲/۶۰	۱/۹۶	۰/۱۵۲	۰/۰۶۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۶/۲۶	۲/۱۴	۰/۰۹۶	۰/۰۵۷
		گواه	۳۲/۸۶	۲/۶۰	۰/۱۰۳	۰/۰۶۷
هویت	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۴/۷۳	۲/۳۶	۰/۱۰۹	۰/۰۶۱
		گواه	۳۴/۶۰	۱/۸۰	۰/۰۸۵	۰/۰۵۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۸/۲۰	۲/۹۶	۰/۰۷۵	۰/۰۵۹
		گواه	۳۴/۸۶	۲/۷۲	۰/۱۷۵	۰/۰۸۶

برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلاء به پرخوری عصبی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس نشخوار فکری ( $F_{1,28}=1/84, p=0/103 > 0/05$ )، افسردگی ( $F_{1,28}=2/48, p=0/142 > 0/05$ ) و کارکرد شخصیت ( $F_{1,28}=1/69, p=0/128 > 0/05$ ) در گروه‌ها

برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ( $F=0/56, p=0/942 > 0/05$ ). میزان معناداری آزمون باکس از  $0/05$  بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی داری رابطه بین نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت نشان داد که رابطه بین آنها معنی دار است ( $\chi^2=165/87, df=20, p < 0/05$ ). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش آزمون ها و پس آزمون ها با متغیر مستقل معنادار نبوده 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 پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	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 بود؛ 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 محاسبه شده، 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 است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

### جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون 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
خود جهت‌دهی	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 (۲۳/۵۱)، افسردگی (۵۰/۰۴)، صمیمیت (۴۷/۱۶)، همدلی (۴۱/۸۳)، خود جهت‌دهی (۳۰/۰۴) و هویت (۳۲/۷۷) در سطح  $0/001$  معنی دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۵۲ درصد از نشخوار فکری، ۶۹ درصد از افسردگی، ۶۸ درصد از صمیمیت، ۶۵ درصد از همدلی،

۵۷ درصد از خود جهت‌دهی و ۵۹ درصد از هویت ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که طرحواره درمانی به طور معنی‌داری باعث کاهش نشخوار فکری، افسردگی، و افزایش صمیمیت، همدلی، خود جهت‌دهی و هویت زنان مبتلاء به پرخوری عصبی شده است.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلاء به پرخوری عصبی انجام شد. نتایج به‌دست آمده مشخص کرد زنان مبتلا به پرخوری عصبی پس از دریافت طرحواره‌درمانی از نشخوارفکری کمتری برخوردار بودند. یافته‌های به‌دست آمده در راستای پژوهش‌های [اسمیت و همکاران \(۲۰۱۸\)](#)؛ [مایلز و همکاران \(۲۰۲۳\)](#)؛ [بیرماچو و همکاران \(۲۰۲۱\)](#)؛ [نیومن و اسوالدی \(۲۰۲۱\)](#) قرار دارد.

بررسی عمیق طرحواره درمانی به 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 طرحواره درمانی، بهبود این الگوهای ناسالم و نادرست از طریق تغییر افکار، احساسات و رفتارهای غیرمؤثر است ([مک‌ایتوش و همکاران، ۲۰۱۶](#)). یکی از مفاهیم اصلی طرحواره درمانی، 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 منجر به نشخوارفکری و رفتارهای خوردن ناسالم شوند. با شناسایی این طرحواره‌ها و تغییر آنها به افکار و باورهای مثبت‌تر و واقع‌گرا، نشخوارفکری کاهش می‌یابد ([هرناندو و همکاران، ۲۰۱۹](#)). همچنین طرحواره درمانی از تمرینات تمرکز ذهنی نیز استفاده می‌کند. این تمرینات به بیماران کمک می‌کنند تا به طور فعال 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 نشخوارفکری نقش داشته باشند ([دوندزیلو و همکاران، ۲۰۱۷](#)). از طرفی دیگر، طرحواره درمانی 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 نشخوارفکری کمک کند ([سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۹](#)).

با توجه به بررسی‌های صورت گرفته طرحواره درمانی نقش مهمی در کاهش نشخوارفکری (نشخواری و نگرانی‌های غذایی) دارد. این روش درمانی، الگوهای ناسالم و نادرست از طریق تجربه‌های کودکی شکل گرفته که به طور معمول در پرخوری عصبی و اختلالات مرتبط با خوردن رخ می‌دهد، را شناسایی و تغییر می‌دهد ([ویلیامسون و همکاران، ۲۰۲۱](#)). در این زمینه، یافته‌های مطالعه [بیرماچو و همکاران \(۲۰۲۱\)](#) نشان داد افراد دارای اختلال خوردن از حمایت اجتماعی پایین و نشخوارفکری بالا رنج می‌برند که موجب کاهش رضایت از تصویر بدن و سلامت روانی آنها می‌شد. نتایج پژوهش [نیومن و اسوالدی \(۲۰۲۱\)](#) نیز مشخص کرد مشکلات مرتبط با تنظیم هیجان مانند سرکوب و داشتن افراطی نشخوارفکری موجب تشدید علائم پرخوری عصبی گردید که نیازمند توجه به ابعاد روانشناختی این بیماران دارد. در واقع، طرحواره درمانی به طور جامع به فرد کمک می‌کند تا الگوهای ناسالم و نشخواری را شناسایی و تغییر دهد و الگوهای جدیدی از رفتارها و افکار مثبت‌تر و سالم‌تر را جایگزین کند. این روش درمانی برای افرادی که با نشخوارفکری و اختلالات مرتبط با خوردن روبرو 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 داشت. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های [جونز و همکاران \(۲۰۲۲\)](#)؛ [گلدستین و گویون \(۲۰۱۹\)](#)؛ [کشیشیان و همکاران \(۲۰۲۱\)](#)؛ [خیرالله و همکاران \(۲۰۱۹\)](#) در یک‌راستا قرار دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان داشت، 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 به عنوان یک مکانیسم اجتنابی از احساسات ناراحت‌کننده و افکار منفی عمل کند ([روزاکو-سومالیا و همکاران، ۲۰۲۱](#)). به عبارتی دیگر، بعضی افراد با افسردگی، احساسات منفی خود را به

طریق خوردن و مصرف غذا انتقال می‌دهند. این افراد ممکن است خوردن را به عنوان راهی برای کنترل احساساتی خود استفاده کنند و از طریق غذا به عنوان یک مکانیسم تسلط بر هیجانات عمل کنند (ریدیوت و همکاران، ۲۰۲۱). بیماری که با افسردگی روبرو هستند، ممکن است به دلیل احساس کم‌ارزشی و ناکارآمدی، خودسازی مناسب را تجربه نکنند (شاهنگ و همکاران، ۱۳۹۸). در این شرایط، خوردن ممکن است به عنوان راهی برای کمک به خودسازی و افزایش احترام به خود استفاده شود (ادی و همکاران، ۲۰۱۷). بر اساس بررسی‌های صورت گرفته افسردگی معمولاً به عنوان یکی از عوامل مرتبط با پرخوری عصبی شناخته می‌شود و اثرات متقابل بین این دو وجود دارد (ساگیو و گوین، ۲۰۲۰). در این میان طرحواره درمانی 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 از طریق 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 همچون پرخوری عصبی منجر می‌شوند. طرحواره درمانی به بیماران کمک می‌کند تا این طرحواره‌ها را شناسایی کنند و با تمرکز بر تغییر آنها، به افکار مثبت‌تر و سالم‌تر تغییر دهند (آرچوتی و همکاران، ۲۰۱۹). در این راستا، یافته‌های مطالعه کشیشیان و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد سوء مصرف مواد مخدر و داشتن نشانگان افسردگی باعث تشدید علائم در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی می‌شود. نتایج پژوهش خیرالله و همکاران (۲۰۱۹) مشخص کرد بیماران دارای علائم پرخوری عصبی از تکانشگری، افسردگی و انزجار بالاتری برخوردار بودند که موجب تشدید بیماری در آنها می‌شد.

از سویی دیگر، نتایج به‌دست آمده نشان داد طرحواره درمانی به طور معنی‌داری باعث افزایش صمیمیت، همدلی، خودجهت‌دهی و هویت در گروه آزمایش گردید. این یافته‌ها همسو با مطالعات سیمپسون و همکاران (۲۰۲۲)؛ موزی و همکاران (۲۰۲۱)؛ ژنگ و همکاران (۲۰۲۳)؛ لوالیوس و همکاران (۲۰۲۰) است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان داشت افرادی که شخصیت فرد، نقش مهمی در رفتارها و واکنش‌های او در مواجهه با غذا و اختلالات خوردن دارد. برخی از افراد با پرخوری عصبی، مشکلات در تنظیم هیجانات خود دارند و غذا به عنوان یک راه برای کنترل و تسلط بر احساسات استفاده می‌کنند (روهی و همکاران، ۲۰۲۳). به عبارت دیگر، خوردن ممکن است به عنوان یک مکانیسم نادرست برای تغییر حالت‌های افسردگی، اضطراب و خشم عمل کند (لوالیوس و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که به نارضایتی از خود رنج می‌برند و احساس کم‌ارزشی دارند، ممکن است از طریق خوردن و مصرف غذا تلاش کنند تا این ناخوشی‌ها را مدیریت کنند و خود را بهبود دهند. پرخوری عصبی ممکن است به عنوان یک راه 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 انتقادات، از طریق خوردن به جبران احساس ناکامی و بی‌انگیزگی خود می‌کنند. این افراد ممکن است از طریق مصرف غذا به عنوان یک محافظه‌کاری از شکست‌ها و عدم موفقیت‌ها استفاده کنند (ملیونسکی و همکاران، ۲۰۲۲). ارتباط طرحواره درمانی با شخصیت به این صورت است که طرحواره‌های ناسالم به عنوان 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 طرحواره درمانی به هدف 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 را در افراد ایجاد نماید. 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 داشت.

در مجموع طرحواره درمانی به عنوان 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 طرحواره درمانی 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. با کمک تکنیک‌های مختلف مانند مصاحبه‌ها، نقد خود، و تمرینات ارزیابی، طرحواره درمانی 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 پایین و عدم بررسی ابعاد اقتصادی و اجتماعی بیماران از جمله محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌آید. بدین منظور می‌بایست در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و مناطق دیگر باید جلب احتیاط رعایت شود. عدم امکان پی‌گیری بلند مدت تأثیر برنامه با استفاده از آزمون پی‌گیری، نیز از دیگر محدودیت‌ها بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده این موضوع مورد توجه قرار گیرد تا امکان بررسی تأثیر بلند مدت طرحواره‌درمانی ممکن شود.

## ۵. ملاحظات اخلاقی

به منظوره رعایت نکات اخلاقی، به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش به صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت. اصول اخلاقی در نگارش مقاله، طبق دستورالعمل کمیته اخلاق کشوری و آیین نامه 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، تقدیر و تشکر نمایند.

## ۷. تعارض منافع

انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تعارض در منافع را به دنبال نداشته است و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری، گزارش شده است.

## منابع

- استادنوروزی، 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 غیر بیمار. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۷(۶)، ۸۵-۹۹.
- 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، ۸۲.
- رهبریان، ا.، صالحی، ح.، غریب دوست، م.، و محمودی، ح. (۱۳۹۹). نقش نشخوار فکری و سرسختی روان‌شناختی در پیش‌بینی خطرپذیری دانش‌آموزان. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۷(۲)، ۳۱-۴۰.
- 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.
- شبهانگ، ر.، شجاعی، م.، باقری شیخانگش، ف.، حسین‌خانزاده، ع.ع.، و نیکوگفتار، م. (۱۳۹۸). تحلیل ساختاری ارتباط احتکار با مشکلات بین فردی: نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۰(۴)، ۶۷-۴۹.

## References

- American Psychiatric Association. (2015). *Feeding and eating disorders: DSM-5® selections*. American Psychiatric Pub.
- Archonti, C., Simpson, S., Castelnovo, 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.

- 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>
- 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>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological assessment*, *78*(2):490-8. <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.
- 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>
- Calvert, F., Smith, E., Brockman, R., & Simpson, S. (2018). Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Journal of eating disorders*, *6*, 1-7. DOI: [10.1186/s40337-017-0185-8](https://doi.org/10.1186/s40337-017-0185-8)
- 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. DOI: [10.4088/JCP.15m10393](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. DOI: [10.3758/bf03193146](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>
- 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.
- 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>
- 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>
- 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. DOI: [10.1007/s40519-020-01023-1](https://doi.org/10.1007/s40519-020-01023-1)
- 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>

- 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>
- 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>
- 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. doi: [10.1007/s40519-021-01221-5](https://doi.org/10.1007/s40519-021-01221-5)
- 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>
- 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>
- 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. DOI: [10.1037//0022-3514.61.1.115](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. (In Persian) [10.52547/shenakht.7.6.85](https://doi.org/10.52547/shenakht.7.6.85)
- 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>
- 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>
- Rozakou-Soumalia, N., Dârvari, 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>
- 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>
- Rahbarian, A., Salehi, H., Gharibdoust, M., & Mahmoudi, H. (2020). The role of rumination and psychological hardness in predicting high-risk behaviors in students. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 7(2), 31-40. (In Persian) [10.29252/jcmh.7.2.4](https://doi.org/10.29252/jcmh.7.2.4)
- 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. (In Persian) [10.22059/JAPR.2022.317446.643734](https://doi.org/10.22059/JAPR.2022.317446.643734)
- Shabahang, R., Shojaei, M., Bagheri Sheykhangafshe, 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. (In Persian) [10.22059/JAPR.2019.268699.643044](https://doi.org/10.22059/JAPR.2019.268699.643044)
- 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, 82. (In Persian)



- Sagiv, E., & Gvion, Y. (2020). A multi factorial model of self-harm behaviors in Anorexia-nervosa and Bulimia-nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 96, 152142.
- 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.
- Simpson, S. (2019). Schema therapy conceptualisation of eating disorders. In *Schema Therapy for Eating Disorders* (pp. 56-66). Routledge.
- Slade, E., Keeney, E., Mavranezouli, I., Dias, S., Fou, L., Stockton, S., ... & Kendall, T. (2018). Treatments for bulimia nervosa: a network meta-analysis. *Psychological medicine*, 48(16), 2629-2636. DOI: [10.1017/S0033291718001071](https://doi.org/10.1017/S0033291718001071)
- 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. DOI: [10.1017/S0033291718003525](https://doi.org/10.1017/S0033291718003525)
- Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 362-371. DOI: [10.1097/YCO.0000000000000818](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818)
- 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>
- 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>
- 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. doi: [10.1097/YCO.0000000000000739](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739)
- 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.
- 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>
- 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>