

# Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Emotional Eating and the Perception of Maternal Rejection in Women with Binge Eating Disorder

Borhani Naeini PS<sup>1</sup>, \*Khaleghipour Sh<sup>2</sup>, Oreyzi Samani H<sup>3</sup>

## Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran;  
2. Associate Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran;  
3. Professor, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

\*Corresponding Author E-mail: [khaleghipour@iau.ac.ir](mailto:khaleghipour@iau.ac.ir)

Received: 2024 April 18; Accepted: 2024 July 30

## Abstract

**Background & Objectives:** Binge eating disorder (BED) is the most prevalent eating disorder not linked to physical hunger. Psychosomatic theory suggests that some individuals fail to recognize hunger and instead eat in response to emotional states, resulting in an emotional eating pattern. Maladaptive thought patterns and negative automatic thoughts regarding body shape result in eating disorders, emotional issues, and problematic behaviors by altering maladaptive cognitions. Research indicates a connection between maladaptive schemas and eating disorder symptoms. Individuals with BED feel intense cravings for food during periods of stress and emotional dysregulation, as well as higher levels of neuroticism and negative mood. Early experiences and emotional abuse create templates for processing subsequent experiences, activating schemas and cravings, and present a significant challenge for effective treatment. Consequently, this study aims to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy in addressing emotional eating and perceived maternal rejection in women with binge eating disorders.

**Methods:** The current research method was quasi-experimental, with a pretest-posttest and follow-up design using a control group. The research population consisted of women suffering from BED referred to the Nutrition and Diet Therapy centers of Naein City, Iran, in 2021. Of whom 27 eligible people were included in the study through a targeted sampling method. The data collection tools included the Binge Eating Scale (Gormally et al., 1982), the Adult Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ-Adult) (Rohner et al., 2005) and Dutch Eating Behavior Questionnaire (Van Strien et al. 1986). In this study, 27 participants were selected according to inclusion and exclusion criteria after visiting nutrition and diet therapy centers in Naein. They were assigned to either an experimental group or a control group. The experimental group underwent cognitive-behavioral and schema therapy, each lasting 90 minutes, across ten weekly sessions. The control group did not receive any treatment. SPSS version 22 software was used to analyze the data. At the descriptive level, mean and standard deviation and inferential level, variance analysis with repeated measurements, and Bonferroni post hoc test were used at a significance level of 0.05.

**Results:** The results showed a significant difference between the schema therapy group and the cognitive-behavioral therapy group in the posttest and follow-up in variables of emotional eating and perception of the mother's rejection ( $p < 0.001$ ). In the posttest and follow-up, a significant difference was observed between the schema therapy group and the control group in the variables of emotional eating and perception of the mother's rejection ( $p < 0.001$ ). In the comparison of the cognitive behavioral therapy group and the control group, there was a significant difference in the variable of emotional eating ( $p < 0.001$ ). However, this difference was not significant when comparing the cognitive behavioral therapy group and the control group for the variable of perception of the mother's rejection ( $p > 0.05$ ). In the follow-up phase, the effect of schema therapy was more stable compared to cognitive-behavioral therapy.

**Conclusion:** Based on the findings, schema therapy is suggested as a more effective treatment for reducing emotional eating and the perception of maternal rejection in people with binge eating disorder.

**Keywords:** Binge eating disorder, Perception of parental rejection, Emotional eating, Cognitive behavioral therapy, Schema therapy.

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره‌درمانی بر خوردن هیجانی و ادراک طرد مادر در زنان مبتلا به اختلال پرخوری

پریساسادات برهانی نائینی<sup>۱</sup>، \*شهناز خالقی پور<sup>۲</sup>، حمیدرضا عریضی سامانی<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

\*ارایانامه نویسنده مسئول: [sh.khaleghipour@iau.ac.ir](mailto:sh.khaleghipour@iau.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۳۰ فروردین ۱۴۰۳؛ تاریخ پذیرش: ۹ مرداد ۱۴۰۳

### چکیده

**زمینه و هدف:** هنگامی که پرخوری هیجانی به‌طور مکرر اتفاق بیفتد و به اصلی‌ترین روش فرد برای مقابله با احساساتش تبدیل شود، می‌تواند سلامت و بهزیستی روانی را تهدید کند؛ در این میان به نقش مداخلات درمانی مؤثر، توجه شده است؛ از این رو پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره‌درمانی بر خوردن هیجانی و ادراک طرد مادر در زنان مبتلا به اختلال پرخوری انجام گرفت.

**روش بررسی:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با انتخاب گروه گواه بود. جامعه پژوهش را زنان مبتلا به اختلال پرخوری تشکیل دادند که به مراکز تغذیه و رژیم‌درمانی شهر نایین در سال ۱۴۰۰ مراجعه کردند. با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۷ فرد واجد شرایط دارای ادراک طرد والدینی (مادر) وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره‌درمانی و گواه قرار گرفتند. ابزارها برای جمع‌آوری داده‌ها مقیاس پرخوری (گورمانی و همکاران، ۱۹۸۲) و پرسش‌نامه طرد و پذیرش والدینی فرم مادر (روهتر و همکاران، ۲۰۰۵) و پرسش‌نامه رفتار خوردن داچ (وان استرین و همکاران، ۱۹۸۶) بود. فقط گروه‌های آزمایش مداخلات درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره‌درمانی را طی ده جلسه نوددقیقه‌ای دریافت کردند. تحلیل داده‌ها به‌کمک آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گرفت.

**یافته‌ها:** در متغیرهای خوردن هیجانی و ادراک طرد مادر، در پس‌آزمون و پیگیری، بین گروه طرح‌واره‌درمانی و گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معنادار وجود داشت ( $p < 0/001$ ). در پس‌آزمون و پیگیری، بین گروه‌های طرح‌واره‌درمانی و گواه در متغیرهای خوردن هیجانی و ادراک طرد مادر و همچنین بین گروه‌های درمان شناختی رفتاری و گواه در متغیر خوردن هیجانی تفاوت معنادار مشاهده شد ( $p < 0/001$ ). در مرحله پیگیری نیز تأثیر طرح‌واره‌درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری پایدارتر بود. **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌ها، طرح‌واره‌درمانی به‌عنوان درمانی مؤثرتر بر کاهش خوردن هیجانی و ادراک طرد مادر در افراد مبتلا به اختلال پرخوری پیشنهاد می‌شود. **کلیدواژه‌ها:** اختلال پرخوری، ادراک طرد والدین، خوردن هیجانی، درمان شناختی رفتاری، طرح‌واره‌درمانی.

بیشتر است (۱۵). تجارب اولیه و سوءاستفاده‌های عاطفی، قالب‌هایی برای پردازش تجارب بعدی و فعال‌شدن طرح‌واره‌ها و میل به خوردن است. ضرورت باورهای هسته‌ای طرد والدین، واسطه‌ای برای تشدید آسیب‌های روانی و چالشی مهم برای توجه به درمان مؤثرتر است (۹). دینگمانز و همکاران دریافتند، هیجانات منفی همانند ناامیدی و احساس آسیب و تنهایی، با اختلال پرخوری در بزرگسالی رابطه دارد و می‌تواند سازگاری هیجانی را تحت‌تأثیر قرار دهد و منجر به تشدید علائم اختلال شود (۱۶). پژوهش لوکنا-سانتوس و همکاران مشخص کرد، هیجانات درونی ناخوشایند همراه با خودانتقادگری باعث افزایش شدت دوره‌های پرخوری می‌شود (۱۷). هیجانات منفی با کاهش توانایی در کنترل خود سبب می‌شود فرد در مواجهه با غذا مبتلا به پرخوری شود (۱۸). پژوهش‌ها نشان داد، خوردن هیجانی احتمال ابتلا به چاقی و پرخوری را افزایش می‌دهد، زمینه‌ساز دیابت می‌شود، تنظیم هیجان را کاهش می‌دهد و بر کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد (۱۹، ۲۰). درمان شناختی رفتاری<sup>۴</sup> که از درمان‌های مؤثر در کنترل پرخوری است، نقش عوامل شناختی و رفتاری را در ایجاد و تداوم پرخوری اثرگذار می‌داند (۱۰، ۱۱)؛ براین اساس درمان شناختی رفتاری می‌تواند با تغییر در شناخت‌های غیرمؤثر، زمینه‌ساز تغییر در مشکلات هیجانی و رفتارهای مشکل‌ساز شود (۱۲). در پژوهشی مشخص شد، درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم اختلال پرخوری مؤثر است (۲۱). پالاورز و همکاران گزارش کردند، درمان شناختی رفتاری، روشی امیدوارکننده در درمان افراد مبتلا به اختلال خوردن است و این روش درمانی موجب کاهش نشانه‌های اختلال خوردن می‌شود؛ همچنین توانایی کنترل رفتار خوردن و عملکرد سازگارانه را در افراد مبتلا به اختلال خوردن تقویت می‌کند و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد و از اضطراب و افسردگی می‌کاهد (۲۲). توریس و همکاران دریافتند، درمان شناختی رفتاری بر کاهش رفتار خوردن هیجانی مؤثر است (۱۵). پژوهش محمدزاده نشان داد، درمان شناختی رفتاری بر کاهش رفتار هیجانی تأثیر دارد (۲۳). پژوهش گاد و همکاران بیانگر تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش رفتار خوردن هیجانی بود (۲۴). طرح‌واره‌درمانی، در درمان و کنترل پرخوری، مدنظر قرار گرفته است. طرح‌واره‌درمانی، مدلی درمانی یکپارچه به‌شمار می‌رود که عمدتاً براساس گسترش مفاهیم درمان شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده است و از راهبردهای شناختی، تجربه‌گرایانه، الگوشکنی رفتاری و راهبردهای بین‌فردی در رابطه درمانی برای تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار استفاده می‌کند (۱۳، ۱۴). طرح‌واره‌ها که در دوران کودکی توسعه می‌یابند باورهای بی‌قیدوشرطی برای پردازش و تفسیر تجارب بعدی هستند که هسته اصلی اختلالات مزمن روانی به‌شمار می‌آیند (۲۵، ۲۶). در مطالعه قربانی‌نژاد، نتایج حاکی از اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر رفتار خوردن زنان چاق بود (۲۷). پژوهش رضایی نشان داد، طرح‌واره‌درمانی بر کاهش خوردن هیجانی زنان دارای اضافه‌وزن مؤثر است (۲۸). جوشا و همکاران دریافتند، طرح‌واره‌درمانی بر کاهش علائم اختلال خوردن

اختلال پرخوری<sup>۱</sup>، شایع‌ترین اختلال خوردن است که با دوره‌های مکرر خوردن مقدار زیادی مواد غذایی در زمان کوتاه و بدون نیاز فیزیولوژیک مشخص می‌شود. این اختلال باتوجه به پیچیدگی، مزمن و ناهمگون بودن<sup>۲</sup> به‌صورت اختلالی دشوار مطرح شده است (۱). شیوع انواع اختلال پرخوری در طول عمر در بزرگسالان در جوامع غربی در حدود ۱ درصد است؛ به‌طورکلی زنان بیشتر از مردان مبتلا به اختلال خوردن می‌شوند و شیوع این اختلال در جهان در طول عمر ۱/۵ درصد در زنان و ۰/۵ درصد در مردان گزارش شده است (۲). شیوع اختلال پرخوری در ایران ۳/۲ درصد اعلام شده است (۳). براساس نظریه روان‌تنی<sup>۳</sup>، برخی افراد گرسنگی را تشخیص نمی‌دهند و بیشتر در پاسخ به حالت‌های هیجانی شروع به خوردن می‌کنند که سبب خوردن آن‌ها هیجانی است. سبب خوردن هیجانی<sup>۴</sup>، پیش‌بینی‌کننده پرخوری در وضعیت هیجانی است (۴). پژوهش‌ها مشخص کرد، خوردن هیجانی پیش‌بینی‌کننده اختلال پرخوری است (۵). خوردن هیجانی، تمایل به خوردن در پاسخ به حالات هیجانی منفی مثل خشم، ترس یا اضطراب تعریف شده است و پاسخی غیرمعمول به پریشانی به‌شمار می‌رود. افراد دارای خوردن هیجانی به آشفتگی هیجانی خود به‌صورت پرخوری پاسخ می‌دهند (۶). پیوند والدینی و نحوه حمایتگری والدین از عوامل مؤثر بر اختلال پرخوری در بزرگسالی است (۷). براساس نظریه پذیرش و طرد والدین روهنر، ادراک طرد از سوی والدین زمانی ایجاد می‌شود که والدین با فرزندان خود نامهربان باشند و با پاسخ‌دهی نامناسب و بی‌تفاوتی به آن‌ها پاسخ دهند (۸). پرخوری نمادی جایگزین از ادراک والدین طردکننده و دور از دسترس در اوایل زندگی تلقی می‌شود که بر سازگاری هیجانی تأثیر می‌گذارد و تجارب آسیب‌زای کودکی با ایجاد و گسترش طرح‌واره‌های ناسازگار همراه است (۹). شواهد نشان داد، الگوهای فکری ناسازگار و افکار خودآیند منفی درباره شکل و اندازه و وزن در اختلال خوردن نقش دارد و با ایجاد تغییر در شناخت‌های ناسازگار زمینه‌ساز مشکلات هیجانی و رفتارهای مسئله‌ساز است (۱۲ - ۱۰). بر نقش باورهای هسته‌ای تحت‌تأثیر تجارب کودکی آسیب‌زا و طرح‌واره‌های رهاشدگی و نقص و شرم در تداوم اختلال پرخوری تأکید شده است. یانگ در تبیین رابطه والد-فرزند، سازه طرح‌واره را مطرح کرد. طرح‌واره‌ها باورهای بی‌قیدوشرطی برای پردازش تجارب بعدی هستند (۱۳). طرح‌واره‌درمانی<sup>۵</sup>، مدل درمانی یکپارچه‌ای است که از راهبردهای شناختی، تجربه‌گرایانه، الگوشکنی رفتاری و بین‌فردی در رابطه درمانی استفاده می‌کند تا بیمار درباره طرح‌واره صحبت کند و به خلق رویدادها با همان جزئیات پردازد و راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری را جایگزین کند (۱۴). شواهد نشان داد، بین طرح‌واره‌های ناسازگار با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه وجود دارد و افراد مبتلا به پرخوری هنگام تنش و بدتنظیمی هیجانی، دارای میل مفرط به خوردن هستند و ویژگی‌های روان‌رنجور و خلق منفی در آن‌ها

4. Emotional eating style

5. Schema Therapy

6. Cognitive-Behavioral Therapy

1. Binge Eating Disorder

2. Heterogeneity

3. Psychosomatic Theory

تأثیر دارد (۲۹). پژوهش برهانی و همکاران نشان داد، طرح‌واره‌درمانی بر سازگاری هیجانی و احساس تنهایی افراد مبتلا به پرخوری مؤثر است (۳۰).  
باتوجه به اینکه اختلال پرخوری شایع و ناتوان‌کننده است و نیاز به درمان‌های مؤثر دارد، شناخت و درک بهتر عوامل روان‌شناختی مرتبط با عوامل ایجادکننده این اختلال می‌تواند در طراحی درمان‌های کارآمدتر مؤثر باشد. در مطالعات گوناگون، اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و طرح‌واره‌درمانی بر بهبود وضعیت بیماران مبتلا به اختلال پرخوری تأیید شده است؛ اما بازگشت نشانه‌ها پس از درمان درخورتوجه است. اکثر پژوهش‌های گذشته به بررسی اثربخشی این درمان‌ها به‌صورت جداگانه پرداخته‌اند و مطالعات مقایسه‌ای کمی انجام شده است. در پژوهش حاضر، نیاز به بررسی اثربخشی این رویکردهای درمانی در جمعیت‌های خاص مانند زنان مبتلا به اختلال پرخوری، ارزیابی تأثیر این مداخلات درمانی بر متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با اختلال پرخوری مانند خوردن هیجانی و ادراک طرد والدین و همچنین انجام پیگیری برای بررسی پایداری اثربخشی درمان‌ها در طول زمان، مدنظر قرار گرفت؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و طرح‌واره‌درمانی بر خوردن هیجانی و ادراک طرد مادر در زنان مبتلا به اختلال پرخوری انجام شد.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با انتخاب گروه گواه بود. جامعه پژوهش را زنان مبتلا به اختلال پرخوری تشکیل دادند که به مراکز تغذیه و رژیم‌درمانی شهر نایب در سال ۱۴۰۰ مراجعه کردند. از بین آن‌ها ۲۷ نفر از افراد واجد شرایط، با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: کسب نمره بیشتر از ۱۶ در مقیاس پرخوری<sup>۱</sup> (۳۱)؛ نمره بیشتر از ۱۵۰ در پرسش‌نامه طرد و پذیرش والدینی<sup>۲</sup> فرم مادر (۳۲)؛ دریافت‌نکردن درمان‌های موازی؛ نداشتن بیماری مزمن طبی؛ رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ تمایل به همکاری؛ درک لازم برای فهم مطالب جلسات. ملاحظات اخلاقی ازجمله محرمانه‌ماندن اطلاعات هویتی، اختیار برای کناره‌گیری از پژوهش، آگاه‌سازی از اهداف پژوهش، اخذ موافقت‌نامه و رضایت‌نامه آگاهانه مدنظر قرار گرفت. آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در سه گروه درمان شناختی‌رفتاری (نُه نفر) و طرح‌واره‌درمانی (نُه نفر) و گواه (نُه نفر) قرار گرفتند. پرسش‌نامه‌ها توسط آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تکمیل شد.

جمع‌آوری داده‌ها با ابزارها و جلسات درمانی زیر صورت گرفت.

– مقیاس پرخوری: برای سنجش اختلال پرخوری، مقیاس پرخوری به‌کار رفت. این مقیاس توسط گورمالی و همکاران در سال ۱۹۸۲ به‌منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری طراحی شد (۳۱). مقیاس از

شانزده ماده (هر ماده از سه یا چهار جمله) تشکیل شده است. از آزمودنی‌ها خواسته شد جمله‌ای را انتخاب کنند که آن‌ها را به‌بترین وجه توصیف می‌کند. دامنه نمره از صفر تا ۴۸ متغیر است. کسب نمره ۱۶ وجود اختلال پرخوری و کسب نمره بیشتر از آن شدت بیشتر پرخوری را نشان می‌دهد (۳۱). موتابی و همکاران اعتبار این مقیاس را با روش دو نیمه‌سازی ۰/۶۷ و با روش آزمون مجدد ۰/۷۲ گزارش کردند. همچنین ضریب حساسیت و ویژگی نسخه فارسی مقیاس پرخوری با استفاده از نقطه برش ۱۷ به ترتیب ۸۴/۶ و ۸۰/۸ درصد بود (۳۳).

– پرسش‌نامه طرد و پذیرش والدینی فرم مادر: برای اندازه‌گیری ادراک طرد والدین، پرسش‌نامه طرد و پذیرش والدینی فرم مادر به‌کار رفت. این مقیاس توسط روهنر و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شد (۳۲). پرسش‌نامه دارای چهار بُعد و شصت گزاره است و در طیف چهاردرجه‌ای لیکرت به‌صورت تقریباً همیشه نادرست=۱، گاهی نادرست=۲، گاهی درست=۳ و تقریباً همیشه درست=۴ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه به‌منظور سنجش دو عامل طرد و پذیرش به‌کار می‌رود. نمرات در چهار زیرمقیاس صمیمیت/محبت مادرانه (بیست گزاره)، رفتار خصمانه/پرخاشگری مادرانه (پانزده گزاره)، بی‌تفاوتی/نادیده‌گرفتن مادر (پانزده گزاره) و طرد تمایزنیافته (ده گزاره) محاسبه می‌شود. نمره‌گذاری سؤالات صمیمیت/محبت مادرانه به‌صورت معکوس است. از جمع چهار خرده‌مقیاس نمره کلی طرد و پذیرش به‌دست می‌آید. دامنه نمره بین ۶۰ تا ۲۴۰ است. نمره بیشتر از ۱۵۰ بیانگر ادراک طرد است (۳۲). آلفای کرونباخ پرسش‌نامه توسط روهنر و همکاران ۰/۹۳ گزارش شد (۳۲). روش تحلیل عاملی برای ساختار چهارعاملی با میزان شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد ۰/۴۳، روایی پرسش‌نامه را تأیید کرد (۳۴). سیدموسوی و همکاران آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ادراک طرد و پذیرش را ۰/۹۶ به‌دست آوردند. روایی پرسش‌نامه با روش همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل برای خرده‌مقیاس‌های صمیمیت/محبت مادرانه ۰/۹۳، رفتار خصمانه/پرخاشگری مادرانه ۰/۹۳، بی‌تفاوتی/نادیده‌گرفتن مادر ۰/۹۲ و طرد تمایزنیافته ۰/۸۴ بود. نتایج آزمون‌بازآزمون، ثبات خوب نمرات در طول زمان را نشان داد (۳۵).

– پرسش‌نامه رفتار خوردن داج<sup>۳</sup>: این پرسش‌نامه توسط وان استرین و همکاران در سال ۱۹۸۶ ساخته شد (۳۶). پرسش‌نامه از ۳۳ ماده و سه خرده‌مقیاس خوردن بازدارنده (ده ماده) و خوردن هیجانی (سیزده ماده) و خوردن بیرونی (ده ماده) تشکیل شده است که در طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از هرگز=۱ تا اکثر مواقع=۵ نمره‌گذاری می‌شود. برای ارزیابی خوردن هیجانی از گویه‌های خرده‌مقیاس خوردن هیجانی (سیزده ماده‌ای) پرسش‌نامه استفاده شد (۳۶). وان استرین و همکاران روایی سازه‌ای پرسش‌نامه را در قالب ابزار دارای سه خرده‌مقیاس تأیید کردند؛ همچنین آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را برای خوردن هیجانی و خوردن بازدارنده و خوردن بیرونی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۱ و ۰/۷۰ به‌دست آوردند و همسانی درونی آن را تأیید

3. Dutch Eating Behavior Questionnaire

1. Binge Eating Scale

2. Adult Parental Acceptance-Rejection Questionnaire) PARQ-Adult)

کردند. در ایران نجاتی و همکاران این پرسش‌نامه را دارای پایایی بازآزمایی و ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تا ۰/۹۵ با روایی عاملی مناسبی گزارش دادند (۳۷).  
 پروتکل درمان شناختی‌رفتاری: در این پژوهش برنامه درمان شناختی‌رفتاری مورفی و همکاران (۳۸) در ده جلسه نوددقیقه‌ای برای گروه آزمایش A اجرا شد که در جدول ۱ مشاهده می‌شود. برای ارزیابی محتوایی پروتکل پنج متخصص، تطابق محتوایی، تناسب جلسات، زمان اختصاص یافته، کفایت و ترتیب جلسات را در

چک‌لیست نمره‌گذاری کردند. نسبت روایی محتوایی برای کل اهداف ۰/۹۱ به دست آمد که از سطح ملاک پذیرفتنی بالاتر است.  
 پروتکل طرح‌واره‌درمانی: در این پژوهش برنامه طرح‌واره‌درمانی یانگ و همکاران (۳۹) در ده جلسه نوددقیقه‌ای برای گروه آزمایش B اجرا شد که در جدول ۲ مشاهده می‌شود. نسبت روایی محتوایی برای کل اهداف ۰/۸۷ به دست آمد که از سطح ملاک پذیرفتنی بالاتر است.

جدول ۱. جلسات گروهی درمان شناختی‌رفتاری

| جلسه  | محتوا                                                                                                                    |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | رابطه درمانی، بررسی نگرانی، شرح ماهیت اختلال پرخوری، تأکید بر اهمیت تکالیف                                               |
| دوم   | شناسایی علل فعال‌ساز و تداوم‌بخش رفتار پرخوری                                                                            |
| سوم   | چرخه معیوب پرخوری، ارتباط افکار خودکار <sup>۱</sup> و سبک‌های ناکارآمد تفکر، آموزش مدل ABC                               |
| چهارم | شناسایی و درک حوزه‌های نگرانی درباره وزن و بدن، کمک به بیمار برای درک رابطه بین رفتارهای افراطی کاهش وزن                 |
| پنجم  | تشخیص موقعیت‌های اجتناب‌ناپذیر پرخوری، استفاده از تکنیک‌های آگاهی‌آموزی و تمثیل                                          |
| ششم   | بازسازی افکار با آموزش روش تجربه‌گرایی مشارکتی با به‌کارگیری تکنیک وکیل مدافع برای چالش با باورهای بیمار                 |
| هفتم  | اصلاح آماهی‌های شناختی و آموزش فرایند مسئله‌گشایی با تکنیک اصلاح جهت‌گیری بیمار در قبال خوردن                            |
| هشتم  | پرداختن به عوامل تداوم‌بخش اختلال خوردن، با استفاده از تکنیک‌های سناریوسازی در مسئله اجتناب شناختی                       |
| نهم   | آموزش منطق زیربنایی اجتناب و خنثی‌سازی و آموزش تکلیف رویارویی تجسمی                                                      |
| دهم   | مرور جلسات قبل و راهبردهای آموخته‌شده توسط بیمار در طی درمان با تکنیک ارائه راهبرد مربوط به کاهش نگرانی درباره وزن و بدن |

جدول ۲. جلسات گروهی طرح‌واره‌درمانی

| جلسه  | محتوا                                                                                                                                                                            |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | رابطه درمانی، ارزیابی اولیه، شناسایی مشکلات جاری بیمار و مطرح کردن آن‌ها در قالب واژه‌های طرح‌واره‌درمانی با تمرکز بر تاریخچه زندگی                                              |
| دوم   | فرمول‌بندی مشکل و آموزش مدل و اهداف طرح‌واره به زبان ساده و شفاف طبق رویکرد طرح‌واره                                                                                             |
| سوم   | ارزیابی تاریخچه رابطه‌های بین‌فردی نیم‌رخ از طرح‌واره با تکنیک پیکان رو به پایین و توجه به ناهمخوانی‌ها در سبک نگرش فرد در رابطه با خود و دیگران                                 |
| چهارم | مشخص کردن راهبردهای مقابله‌ای بیمار و آموزش طرح‌واره‌های ناسازگار و شکل‌گیری راهبردها در پاسخ به طرح‌واره‌های دردناک دوران کودکی و ناسازگاری طرح‌واره‌ها و راهبردها در زمان فعلی |
| پنجم  | بحث و گفت‌وگو درباره ریشه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی با توجه به سبک فرزندپروری یانگ                                                                              |
| ششم   | شناسایی طرح‌واره‌های فعال و به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی و چالش با طرح‌واره‌ها برای آزمودن تجربی و منطقی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با آزمودن و به‌چالش کشیدن اعتبار طرح‌واره‌ها |
| هفتم  | گفت‌وگو میان طرف طرح‌واره و طرف بزرگسال سالم، تهیه فلش‌کارت‌های یادآور طرح‌واره برای نحوه شناخت تحریف احساس توسط طرح‌واره                                                        |
| هشتم  | تهیه فرم‌های روزانه طرح‌واره برای تداوم یافتن طرح‌واره‌ها و نحوه فاصله‌گرفتن بیمار از طرح‌واره‌ها به‌جای همانندسازی با طرح‌واره‌ها                                               |
| نهم   | به‌چالش کشیدن طرح‌واره در سطح هیجانی با تصویرسازی ذهنی با بازنویسی ذهنی و بازپرورش محدود به‌منظور ترمیم طرح‌واره‌ها و برآورده‌ساختن نسبی نیازهای دوران کودکی برای بیش هیجانی     |
| دهم   | شکستن الگوهای رفتار به‌منظور تغییر الگوهای رفتاری خودآسیب‌رسان و استفاده از رفتارهای جایگزین برای توجه به نیازهای بنیادین از طریق تصویرسازی هدایت‌شده و ایفای نقش                |

به‌منظور اجرای پژوهش پس از مراجعه به مراکز تغذیه و رژیم‌درمانی شهر نایین، براساس ملاک‌های ورود و خروج، ۲۷ نمونه انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش در ده جلسه به مدت نود دقیقه به صورت هفته‌ای یک جلسه، درمان رفتاری شناختی و طرح‌واره‌درمانی را دریافت کردند و برای گروه

گواه هیچ درمانی ارائه نشد. قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری، هر سه گروه به سؤالات مقیاس پرخوری (۳۱) و پرسش‌نامه رفتار خوردن داچ (۳۶) و پرسش‌نامه طرد و پذیرش والدینی فرم مادر (۳۲) پاسخ دادند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در

<sup>1</sup>. Automatic

سطح استنباطی، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ به کار رفت.

### ۳ یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۲۷ زن مبتلا به اختلال پرخوری بودند که به‌طور

تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی زنان گروه طرح‌واره‌درمانی ۳۲/۶۷±۶/۸۱ سال و گروه درمان شناختی‌رفتاری ۳۳/۷۱±۵/۷۳ سال و گروه گواه ۳۳/۸۲±۴/۵۳ سال بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک سه گروه در سه مرحله

| متغیر          | طرح‌واره‌درمانی |              | درمان شناختی‌رفتاری |              | گواه    |              |
|----------------|-----------------|--------------|---------------------|--------------|---------|--------------|
|                | میانگین         | انحراف معیار | میانگین             | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| خوردن هیجانی   | پیش‌آزمون       | ۴۹/۱۹        | ۵۰/۴۵               | ۴۳/۳۹        | ۴۹/۳۹   | ۴/۶۵         |
|                | پس‌آزمون        | ۳۲/۴۷        | ۴۰/۴۲               | ۴۷/۶۶        | ۴۹/۶۷   | ۴/۷۸         |
|                | پیگیری          | ۳۲/۵۴        | ۴۷/۷۸               | ۴۲/۷۱        | ۴۳/۳۵   | ۵۰/۸۴        |
| ادراک طرد مادر | پیش‌آزمون       | ۱۶۸/۸۲       | ۱۷۰/۹۲              | ۵/۹۴         | ۱۶۸/۸۷  | ۵/۹۸         |
|                | پس‌آزمون        | ۱۴۹/۷۴       | ۱۶۸/۸۳              | ۴/۷۵         | ۱۶۹/۸۰  | ۵/۸۴         |
|                | پیگیری          | ۱۴۸/۸۷       | ۱۶۹/۸۷              | ۵/۷۶         | ۱۶۹/۹۵  | ۴/۷۲         |

بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری برای خوردن هیجانی و ادراک طرد والدینی (مادر) در گروه‌های مطالعه‌شده برقرار بود ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای خوردن هیجانی ( $p = 0/091$ ) و ادراک طرد والدینی ( $p = 0/736$ ) معنادار نبود؛ از این رو فرض مربوط به همگنی ماتریس‌های کوواریانس پذیرفته شد. نتایج آزمون لون برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود؛ لذا مفروضه همگونی کوواریانس‌ها تأیید شد ( $p > 0/05$ ). آزمون همگونی ضرایب رگرسیونی از طریق تعامل پیش‌آزمون‌های ادراک طرد والدینی (مادر) ( $p = 0/514$ ) و خوردن هیجانی ( $p = 0/481$ ) با متغیر مستقل معنادار نبود؛ بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیونی برقرار بود. نتایج آزمون موجلی نشان داد، مفروضه کروییت برابری کوواریانس‌های درون‌آزمودنی برای متغیرهای خوردن هیجانی ( $p = 0/252$ ) و ادراک طرد والدینی (مادر) رعایت شد ( $p = 0/317$ ).

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای خوردن هیجانی و ادراک طرد مادر را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گروه گواه نشان می‌دهد. خوردن هیجانی در پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی‌رفتاری کاهش یافت؛ ولی در گروه گواه تغییری مشاهده نشد. نمرات متغیر ادراک طرد مادر در دو گروه طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی‌رفتاری در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش پیدا کرد؛ ولی در گروه گواه تغییری مشاهده نشد. به‌منظور بررسی اینکه میانگین نمرات متغیرها در سه گروه از لحاظ آماری معنادار است، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود. برای اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون صورت گرفت. مفروضه‌های زیربنایی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لون، آزمون ام‌باکس، آزمون کروییت‌موجلی و همگونی ضرایب رگرسیونی ارزیابی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر آن

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای خوردن هیجانی و ادراک طرد مادر

| متغیر          | منبع اثر   | F     | مقدار p | مجذور سهمی اتا |
|----------------|------------|-------|---------|----------------|
| خوردن هیجانی   | زمان       | ۲۹/۷۱ | <0/001  | 0/77           |
|                | گروه       | ۹/۹۸  | <0/001  | 0/51           |
|                | اثر تعاملی | ۸/۷۳  | <0/001  | 0/33           |
| ادراک طرد مادر | زمان       | ۱۴/۷۵ | <0/001  | 0/73           |
|                | گروه       | ۱۲/۶۱ | <0/001  | 0/54           |
|                | اثر تعاملی | ۸/۱۹  | <0/001  | 0/38           |

بر اساس جدول ۴، در متغیر خوردن هیجانی، اثر زمان ( $F = 12/61$ ) و اثر گروه در زمان ( $F = 8/19$ ,  $p < 0/001$ ) معنادار بود. معناداری اثر زمان در کنار معناداری اثر گروه مشخص کرد، بین گروه‌های پژوهش در ادراک طرد مادر در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری وجود داشت. مجذور سهمی اتا نشان داد، ۵۱ درصد از تفاوت در خوردن هیجانی و ۵۴ درصد از تفاوت در ادراک طرد مادر در سه گروه مربوط به مداخلات درمانی بود. همچنین به‌منظور بررسی

بر اساس جدول ۴، در متغیر خوردن هیجانی، اثر زمان ( $p < 0/001$ ) و اثر گروه ( $F = 29/71$  و  $p < 0/001$ ) و اثر گروه در کنار معناداری اثر زمان در کنار معناداری اثر گروه نشان داد، بین گروه‌های پژوهش در خوردن هیجانی در مراحل پژوهش تفاوت معناداری وجود داشت. در متغیر ادراک طرد مادر، اثر زمان ( $F = 14/75$ ,  $p < 0/001$ ) و اثر گروه ( $p < 0/001$ )،

مقایسه زوجی گروه‌های پژوهش در خوردن هیجانی و ادراک طرد والدینی (مادر) در سسایر مراحل، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی بر مقایسه میانگین تعدیل یافته خوردن هیجانی و ادراک طرد مادر در گروه‌های آزمایش و گواه در پس آزمون و پیگیری

| مرحله    | متغیر          | گروه‌های مقایسه شده                  | تفاوت میانگین | خطای معیار | مقدار $p$ |
|----------|----------------|--------------------------------------|---------------|------------|-----------|
| پس آزمون | خوردن هیجانی   | طرح‌واره درمانی- درمان شناختی رفتاری | -۸/۱۷         | ۱/۶۵       | <۰/۰۰۱    |
|          |                | طرح‌واره درمانی- گواه                | -۱۸/۱۲        | ۱/۲۳       | <۰/۰۰۱    |
|          |                | درمان شناختی رفتاری- گواه            | -۹/۴۰         | ۱/۴۷       | <۰/۰۰۱    |
| پیگیری   | خوردن هیجانی   | طرح‌واره درمانی- درمان شناختی رفتاری | -۱۰/۲۴        | ۰/۷۸       | <۰/۰۰۱    |
|          |                | طرح‌واره درمانی- گواه                | ۱۷/۹۹         | ۰/۴۷       | <۰/۰۰۱    |
|          |                | درمان شناختی رفتاری- گواه            | -۸/۹۰         | ۱/۹۳       | <۰/۰۰۱    |
| پس آزمون | ادراک طرد مادر | طرح‌واره درمانی- درمان شناختی رفتاری | -۱۹/۷۰        | ۱/۳۳       | <۰/۰۰۱    |
|          |                | طرح‌واره درمانی- گواه                | -۲۰/۴۵        | ۰/۹۴       | <۰/۰۰۱    |
|          |                | درمان شناختی رفتاری- گواه            | -۰/۹۷         | ۱/۷۲       | ۰/۴۱۱     |
| پیگیری   | ادراک طرد مادر | طرح‌واره درمانی- درمان شناختی رفتاری | -۲۱/۱۳        | ۱/۳۵       | <۰/۰۰۱    |
|          |                | طرح‌واره درمانی- گواه                | -۲۱/۹۰        | ۱/۲۷       | <۰/۰۰۱    |
|          |                | درمان شناختی رفتاری- گواه            | -۰/۰۹         | ۱/۴۰       | ۰/۶۳۰     |

تجارب زیسته و تصویر زندگی خود دارند که برای اجتناب و فرار از نگرانی، رفتار خوردن را به‌کار می‌برند. درمان شناختی رفتاری بر این اصل استوار است که افکار و احساسات و رفتارها با یکدیگر مرتبط هستند؛ همچنین هدف این است که به افراد کمک شود الگوهای ناسالم فکر و رفتار را شناسایی و اصلاح کنند. این افکار و باورها می‌تواند بر احساسات و رفتارها تأثیر بگذارد و اصلاح افکار و باورهای ناکارآمد و به‌کاربردن راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باعث کاهش تنش روانی و خلق منفی می‌شود. درمان شناختی رفتاری شامل فنونی مانند ثبت و چالش افکار، آموزش مهارت‌های حل مسئله و مدیریت استرس و تمرین رفتارهای جدید می‌شود و بر این اصل استوار است که با تغییر افکار و باورها می‌توان به تغییر احساسات و رفتارها کمک کرد. افراد از الگوهای فکری و رفتاری منفی و غیرمفید و هیجانات خود آگاه می‌شوند و با بیان آن‌ها به شیوه‌ای مؤثر باورها و الگوهای فکری خود را تغییر می‌دهند؛ به‌علاوه با استفاده از فنون حل مسئله مهارت‌های مقابله‌ای سازگاران را یاد می‌گیرند که بر تقویت توانایی کنترل رفتار خوردن و بهبود عملکرد سازگاران تأثیر می‌گذارد (۳۸). درمان شناختی رفتاری به افراد مبتلا به خوردن هیجانی کمک می‌کند الگوهای ناسالم افکار و رفتارهای خود را شناسایی و اصلاح کنند. در خوردن هیجانی، افراد معمولاً به غذا خوردن به‌عنوان راهی برای مدیریت هیجانات منفی مانند اضطراب و افسردگی و تنش روی می‌آورند. درمانگر و بیمار روی شناسایی و تغییر افکار و باورهای غلطی کار می‌کنند که منجر به خوردن هیجانی می‌شود؛ برای مثال، باورهایی مانند «غذا خوردن تنها راه برای مقابله با احساسات منفی است» یا «اگر غذا نخورم، احساسات منفی من بدتر خواهد شد». درمان شناختی رفتاری با به‌چالش کشیدن این افکار و باورها و جایگزین کردن آن‌ها با افکار و باورهای سازگارتر، افراد را یاری می‌کند از راه‌های سالم‌تری مانند

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، در متغیرهای خوردن هیجانی و ادراک طرد والدینی (مادر) در پس آزمون و پیگیری بین گروه طرح‌واره درمانی و گروه درمان شناختی رفتاری به نفع طرح‌واره درمانی تفاوت معنادار وجود داشت ( $p < 0/001$ )؛ همچنین در پس آزمون و پیگیری بین گروه طرح‌واره درمانی و گروه گواه در متغیرهای خوردن هیجانی و ادراک طرد مادر تفاوت معنادار مشاهده شد ( $p < 0/001$ )؛ ولی در پس آزمون و پیگیری، این تفاوت در مقایسه گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه برای متغیر ادراک طرد مادر معنادار نبود؛ به‌علاوه در پس آزمون و پیگیری، در مقایسه گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در متغیر خوردن هیجانی تفاوت معنادار وجود داشت ( $p < 0/001$ ).

#### ۴ بحث

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر خوردن هیجانی و ادراک طرد والدینی (مادر) در زنان مبتلا به اختلال پرخوری انجام شد. یافته‌های پژوهش مشخص کرد، طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر خوردن هیجانی اثربخش است؛ ولی طرح‌واره درمانی بر کاهش خوردن هیجانی مؤثرتر است. نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات توریس و همکاران (۱۵) و محمدزاده (۲۳) و گاد و همکاران (۲۴) مبنی بر تأثیر مثبت درمان رفتاری شناختی بر کاهش خوردن هیجانی و نتایج پژوهش‌های قربانی‌نژاد (۲۷) و رضایی (۲۸) و جوشا و همکاران (۲۹) مبنی بر تأثیر مثبت طرح‌واره درمانی بر کاهش رفتار خوردن، همسوست. در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش خوردن هیجانی می‌توان مطرح کرد، بیماران مبتلا به پرخوری از رفتار خوردن برای مواجهه با هیجانات منفی همانند غم، خشم، اضطراب و احساس گناه استفاده می‌کنند. آن‌ها افکار منفی خودآیند و باورهای منفی راجع به

مهارت مدیریت استرس و حل مسئله و تنظیم هیجان‌ها استفاده کنند. این راهبردها به افراد کمک می‌کند هیجان‌ها منفی خود را به شکل مؤثرتری مدیریت کنند، بدون نیاز به پناه بردن به خوردن هیجانی راه‌های سالم‌تری را برای مدیریت هیجان‌ها بیابند و کنترل بیشتری بر رفتارهای خوردن خود داشته باشند.

در تبیین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش خوردن هیجانی می‌توان مطرح کرد، رفتار خوردن هیجانی، یک راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد برای فرار از هیجان‌ها ناخوشایندی است که به واسطه فعال‌شدن طرح‌واره طرد و رهاسدگی ایجاد می‌شود. تعدیل و اصلاح طرح‌واره‌ها و آگاه‌سازی افراد از تأثیر هیجان‌ها ناشی از آن می‌تواند بر رفتار خوردن هیجانی و الگوی تغذیه‌ای مؤثر تأثیر بگذارد (۱۵). طرح‌واره‌درمانی، رویکردی درمانی به‌شمار می‌رود و بر این اصل استوار است که افراد در طول زندگی خود، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ای را شکل می‌دهند که بر افکار و احساسات و رفتارهای آن‌ها تأثیر دارد. درزمینه خوردن هیجانی، طرح‌واره‌های ناسازگار نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند. افراد مبتلا به خوردن هیجانی معمولاً طرح‌واره‌هایی دارند که به آن‌ها حس بی‌ارزشی، شکست، طردشدن و نیاز به تأیید دیگران را می‌دهد. این طرح‌واره‌ها ممکن است ریشه در تجربیات دوران کودکی و نوجوانی آن‌ها داشته باشد؛ مانند والدین سهل‌انگار یا بی‌توجه یا تجربیات طردشدن و سوءاستفاده. طرح‌واره‌درمانی افراد را یاری می‌کند این طرح‌واره‌های ناسازگار را شناسایی کند و به‌چالش بکشد. با استفاده از تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی و تجربی، به بیمار کمک می‌شود تا طرح‌واره‌های ناسازگار خود را تغییر دهد و جایگزین آن‌ها را بسازد. درزمینه خوردن هیجانی، طرح‌واره‌درمانی به افراد کمک می‌کند بفهمند چگونه طرح‌واره‌های ناسازگار آن‌ها منجر به خوردن هیجانی می‌شود؛ برای مثال، طرح‌واره «من بی‌ارزش هستم» ممکن است باعث شود فرد به غذا خوردن به‌عنوان راهی برای تسکین احساسات منفی خود روی آورد (۴۰). با تغییر این طرح‌واره‌ها و جایگزین کردن آن‌ها با طرح‌واره‌های سازگارتر، طرح‌واره‌درمانی افراد را یاری می‌کند راه‌های سالم‌تری برای مدیریت هیجان‌ها خود پیدا کنند و به‌جای خوردن هیجانی، راهبردهای مؤثرتری را به‌کار برند.

درمجموع، طرح‌واره‌درمانی باهدف شناسایی و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار، نقش بسیار مهمی در درمان خوردن هیجانی دارد و به افراد کمک می‌کند کنترل بیشتری بر رفتارهای خود داشته باشند. از تکنیک‌های بسیار مهم طرح‌واره‌درمانی، بازسازی شناختی است. در این تکنیک، درمانگر بیمار را یاری می‌کند افکار و باورهای ناکارآمد مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگار را شناسایی کند و به‌چالش بکشد. درزمینه خوردن هیجانی، ممکن است بیمار باورهایی داشته باشد؛ مانند «اگر غذا نخورم، احساسات منفی من بدتر خواهد شد» یا «غذا خوردن تنها راه برای مدیریت احساسات منفی من است». درمانگر با بازسازی این افکار، به بیمار کمک می‌کند به باورهای سازگارتری برسد. همچنین، تکنیک‌های تجربی در طرح‌واره‌درمانی بسیار مهم هستند. در این تکنیک‌ها، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تجربیات دردناک گذشته و شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار را به‌طور عمیق بررسی کند. درزمینه خوردن هیجانی، ممکن است بیمار تجربیات دوران کودکی مانند

طردشدن یا سوءاستفاده را بازسازی کند. این کار به بیمار کمک می‌کند تا درک عمیق‌تری از ریشه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار خود به‌دست آورد. علاوه‌براین، طرح‌واره‌درمانی از تکنیک‌هایی مانند نقشه‌برداری طرح‌واره و تمرین‌های تخیلی نیز استفاده می‌کند. این تکنیک‌ها به بیماران کمک می‌کند طرح‌واره‌های ناسازگار خود را به‌طور عمیق‌تر درک کنند و راه‌های جایگزین سازگارتری را بیابند. درمجموع، تکنیک‌های طرح‌واره‌درمانی باهدف شناسایی و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار، نقش بسیار مهمی در کاهش خوردن هیجانی دارند. این تکنیک‌ها به بیماران کمک می‌کند افکار و احساسات و رفتارهای خود را تغییر دهند و راه‌های سالم‌تری برای مدیریت هیجان‌ها پیدا کنند (۳۰).

با طرح‌واره‌درمانی، آگاهی و پذیرش هیجانی افزایش می‌یابد و از طریق مهارت‌های رفتاری هدف‌محور، کاربرد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در استفاده از راهبردهای مؤثر برای کاهش شدت و تداوم پاسخ‌های هیجانی به‌وجود می‌آید؛ همچنین با فنون راهبردهای تجربه‌ای دربرابر تجارب با بار هیجانی دشوار به‌صورت بالغانه و رشدیافته عمل می‌شود که می‌تواند بر خودتنظیمی در رفتار خوردن تأثیر بگذارد. طرح‌واره‌درمانی به‌دلیل نفوذ در عمق شخصیت و شناخت‌واره‌های بیمار و توجه بیشتر به نیازهای هیجانی و عاطفی دوران کودکی، درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری اثربخشی بیشتری دارد. طرح‌واره‌درمانی با فنون تجربی و هیجانی که بخش عظیمی از درمان را در بر می‌گیرد، باعث می‌شود فرد درباره هیجان‌ها خود و دیگران آگاهی یابد و نقایص آن را شناسایی کند (۱۳). طرح‌واره‌درمانی با تأثیر بر حوزه طرد و رهاسدگی و خودگردانی، راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری را تقویت می‌کند و ترس از قضاوت اجتماعی و حساسیت‌های بین‌فردی را کاهش می‌دهد و به ترمیم رفتارهای هیجانی می‌پردازد. در طرح‌واره‌درمانی رفتارهای مقابله‌ای سالم جایگزین راهبردهای اجتناب می‌شود و با چالش طرح‌واره‌های هیجانی، رفتارهای ناسازگارانه‌ای همچون رفتار خوردن تعدیل خواهد شد. همچنین فرد در فنون هیجانی با سازمان‌دهی مجدد هیجان‌ها و تنظیم عاطفه بین‌فردی راهبردهای سازگارانه‌تری را تنظیم می‌کند (۱۴).

نتایج دیگر پژوهش نشان داد، طرح‌واره‌درمانی درمقایسه با درمان شناختی‌رفتاری بر ادراک طرد ازسوی مادر مؤثر است؛ ولی این تأثیر برای درمان شناختی‌رفتاری مشهود نیست. درمان شناختی‌رفتاری که متمرکز بر خوردن هیجانی است، بر اصلاح و تعدیل ارزیابی متمرکز بر وزن و نگرانی فرد راجع به قضاوت دیگران مثل دوستان و خانواده در رابطه با مشکلات خوردن و ظاهر فرد ارزش‌گذاری می‌شود و بر تغییر در رفتار اولیه متمرکز دارد؛ ولی مشکلات بین‌فردی، باورهای هسته‌ای مربوط به تجارب دوران کودکی، محرومیت‌ها و بی‌توجهی به نیازها بررسی نمی‌شود. درمان شناختی‌رفتاری با تمرکز بر باورهای غیرمنطقی و چالش با آن‌ها، تغییر سبک‌های اسناد و راهبردهای مسئله‌مدار، برای کاهش هیجان‌ها منفی تأثیرگذار است و به‌طور موقت می‌تواند تنظیم هیجان ایجاد کند (۲۲، ۲۱).

از مفاهیم بسیار اصلی در درمان شناختی‌رفتاری این است که افکار و باورهای افراد، بر احساسات و رفتارهای آن‌ها تأثیر می‌گذارد. درباره



ادراک طرد والدینی، افراد معمولاً باورهای ناکارآمدی دارند که منجر به این ادراک می‌شود؛ برای مثال، فردی ممکن است باور داشته باشد «من برای والدینم بی‌ارزش هستم» یا «والدینم هرگز مرا دوست نخواهند داشت». این باورها سبب احساسات منفی مانند بی‌ارزشی و طردشدن و افسردگی می‌شود. درمان شناختی رفتاری افراد را یاری می‌کند تا این باورهای ناکارآمد را شناسایی کنند و به چالش بکشند. درمانگر با استفاده از تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی، به بیمار کمک می‌کند به باورهای سازگارتری برسد؛ برای مثال، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا ببیند والدین او ممکن است به دلایل مختلفی مانند استرس یا مشکلات شخصی خود، رفتارهای طردکننده داشته باشند؛ اما این به معنای بی‌ارزشی فرد نیست. با تغییر این باورها و جایگزین کردن آن‌ها با باورهای سازگارتر، درمان شناختی رفتاری به افراد کمک می‌کند ادراک طرد والدینی خود را تغییر دهند؛ در نتیجه، احساسات منفی مانند بی‌ارزشی و افسردگی نیز کاهش می‌یابد؛ در مجموع، درمان شناختی رفتاری با هدف شناسایی و اصلاح افکار و باورهای ناکارآمد، نقش مهمی در کاهش ادراک طرد والدینی دارد و به افراد کمک می‌کند به درک سازگارتری از روابط خود با والدین برسند (۲۹).

در پژوهش حاضر با توجه به اینکه در درمان شناختی رفتاری ادراک طرد والدینی (مادر) کاهش داشت، این اثربخشی معنادار نبود؛ این یافته را می‌توان به صورت زیر تبیین کرد؛ در درمان شناختی رفتاری افراد درباره هیجانان مثبت و منفی خود و محرک‌های راه‌انداز آگاه می‌شوند؛ ولی این درمان همانند درمان متمرکز بر طرح‌واره بر تجارب هیجانی دوران کودکی و نیازهای اولیه در روابط با والدین تأکید نمی‌کند که می‌تواند علت اثربخش نبودن این درمان بر ادراک طرد والدینی باشد. ریشه عمیق ادراک طرد والدینی در تجربیات کودکی و روابط اولیه با والدین است و تغییر آن نیاز به درمان طولانی مدت و عمیق‌تر دارد. درمان شناختی رفتاری بر تغییر افکار و رفتارهای فعلی متمرکز است؛ اما ادراک طرد والدینی ریشه در تجربیات دوران کودکی دارد. این رویکرد نمی‌تواند به طور کامل به آن بپردازد و برای تغییر ادراک طرد والدینی نیاز به رویکردهای درمانی جامع‌تری است که به طور هم‌زمان به جنبه‌های شناختی و هیجانی و بین فردی توجه کند. همچنین ادراک طرد والدینی در افراد مختلف ممکن است ریشه‌های متفاوتی داشته باشد؛ بنابراین، یک رویکرد درمانی واحد ممکن است برای همه افراد مؤثر نباشد و نیاز به انعطاف‌پذیری و تطبیق با شرایط فردی باشد؛ در مجموع، ادراک طرد والدینی، مسئله‌ای پیچیده است که نیاز به رویکردهای درمانی جامع‌تر و عمیق‌تر دارد تا بتوان به طور مؤثر به آن پرداخت (۳۸).

یافته‌ها نشان داد، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بعد از یک ماه هنوز پایدار بود. طرح‌واره‌درمانی می‌تواند بر ادراک طرد والدینی (مادر) افراد مبتلا به اختلال خوردن مؤثر باشد. طرح‌واره‌درمانی به بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌پردازد که ریشه در تجربیات کودکی و روابط اولیه با والدین دارند. شناسایی این طرح‌واره‌ها در بینش فرد درباره ادراک طرد والدینی کمک‌کننده است.

در طرح‌واره‌درمانی، بازسازی شناختی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه انجام می‌شود. این موضوع به فرد کمک می‌کند نگرش‌های منفی و

ادراک طرد والدینی را تغییر دهد. طرح‌واره‌درمانی بر روابط بین فردی تمرکز دارد. این امر فرد را یاری می‌کند تا الگوهای ارتباطی ناسازگار خود را شناسایی و اصلاح کند که می‌تواند بر ادراک طرد والدینی تأثیر بگذارد. طرح‌واره‌درمانی به طور ویژه به تجارب کودکی و روابط اولیه با والدین می‌پردازد. این مطلب به فرد کمک می‌کند ریشه‌های ادراک طرد والدینی را درک کند و آن را تغییر دهد. طرح‌واره‌درمانی، رویکردی درمانی طولانی مدت و عمیق است که به تغییر ساختارهای شناختی و هیجانی عمیق فرد می‌پردازد. این امر در تغییر ادراک طرد والدینی در افراد مبتلا به اختلال خوردن، کمک‌کننده است؛ در مجموع، طرح‌واره‌درمانی با توجه به ریشه‌های عمیق ادراک طرد والدینی و تمرکز بر تجارب کودکی و روابط بین فردی، می‌تواند رویکرد مؤثری برای تغییر این ادراک در افراد مبتلا به اختلال خوردن باشد (۳۹).

به طور کلی در طرح‌واره‌درمانی با فنون شناختی به تعدیل و تضعیف طرح‌واره‌های ناسازگار پرداخته می‌شود و افراد به شیوه‌ای منطقی از این طرح‌واره‌ها فاصله می‌گیرند و با کمک راهبردهای ارتباطی با والدینی حدودمرزدار امنیت، حمایت‌شدن، پذیرش و احترام را تجربه می‌کنند. با فنون هیجانی به بیماران مبتلا به پرخوری که طرد ادراک شده از سوی مادر را تجربه می‌کنند، کمک می‌شود تا قدرت هیجانی طرح‌واره‌ها از بین برود و احساس متفاوتی تجربه شود. آن‌ها با هیجانان خود مواجه می‌شوند و دیگر نیازی نیست با استفاده از راهبرد خوردن از هیجانان خود فرار کنند؛ لذا با فنون رفتاری، سبک‌های مقابله‌ای کارآمد فعال می‌شود؛ بنابراین طرح‌واره‌درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر عوامل هیجانی تأکید دارد و علاوه بر تغییر افکار و طرح‌واره‌های غیرمؤثر، به دنبال آگاهی و تنظیم هیجان است و بر این اساس می‌تواند باعث کاهش رفتار خوردن هیجانی و ادراک طرد والدینی در افراد مبتلا به اختلال پرخوری شود (۳۰).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی به همراه داشت؛ در این پژوهش جامعه آماری، زنان مراجعه‌کننده به مراکز رژیم‌درمانی شهر نایین بودند که در تعیین نتایج به جوامع دیگر باید احتیاط شود. در پژوهش حاضر شرایط فرهنگی و اجتماعی ارزیابی نشد و بررسی تعداد نمونه زیاد و تأثیر طولانی مدت شش ماه و بیشتر درمان‌ها صورت نگرفت. آموزش‌ها در پژوهش به شکل گروهی و غیرحضوری بود. هر دو درمان توسط یک پژوهشگر انجام شد و احتمال سوگیری ناآگاهانه در تفسیر نتایج وجود دارد. استفاده از نمونه‌گیری هدفمند شرایط کامل یک آزمایش تصادفی را محدود کرد. تأثیر ادراک طرد والدینی از سوی مادر ارزیابی شد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به تأثیر عامل ادراک طرد والدینی پدر نیز پرداخته شود؛ همچنین توصیه می‌شود، ارزیابی تفاوت‌های جنسیتی و متغیرهای مداخله‌گر صورت گیرد و اثربخشی درمان به طور حضوری و انفرادی بررسی شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، طرح‌واره‌درمانی به عنوان درمانی مؤثرتر بر کاهش خوردن هیجانی و ادراک طرد مادر در افراد مبتلا به اختلال پرخوری مطرح می‌شود. نتایج پژوهش حاضر در مراکز مشاوره و کلینیک‌های تغذیه و رژیم‌درمانی و حوزه بهداشت و درمان قابلیت کاربرد دارد.

## ۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان بهداشت و درمان شهر ناین که با پژوهشگران همکاری داشتند، اعلام می‌دارند.

## ۷ بیانیه‌ها

### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. این مطالعه دارای کد IR.IAU.KHUISF.REC.1400.338 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اصفهان (واحد خوراسگان) است. در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه ماندن اطلاعات هویتی، اختیار برای کناره‌گیری از پژوهش، آگاه‌سازی از اهداف پژوهش، اخذ موافقت‌نامه و رضایت‌نامه آگاهانه مدنظر قرار گرفت.

### دردسترس بودن داده‌ها و مواد

در صورت نیاز به داده، از طریق ارسال درخواست به نویسنده، داده‌ها دردسترس قرار خواهد گرفت.

### تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی برای نویسندگان وجود ندارد.

### منابع مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی از سازمان خاصی انجام شده است.

### مشارکت نویسندگان

طراحی و اجرا و نگارش مقاله را نویسنده اول بر عهده داشت. راهنمایی در طراحی و نظارت بر اجرا توسط نویسنده دوم صورت گرفت. مشاوره در تحلیل داده‌ها را نویسنده سوم انجام داد.

## References

1. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;9:17–30. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S148050>
2. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348–58. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
3. Khanpour Ardestani S, Sadeghpour Sh, Azarbayjani A, Hassanzadeh Keshteli A. Binge eating disorder: a review study. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2012;9(5):432–40. [Persian] <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-230-en.html>
4. Salehi Fadardi J, Maddah Soorcheh R, Nemati M. A comparison of motivational structure and eating behaviors between overweight and obese and normal weight women. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011;13(50):170–81. [Persian] [https://jfmh.mums.ac.ir/article\\_1017.html?lang=en](https://jfmh.mums.ac.ir/article_1017.html?lang=en)
5. Escandón-Nagel N, Peró M, Grau A, Soriano J, Feixas G. Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity. *Int J Clin Health Psychol*. 2018;18(1):52–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.003>
6. Van Strien T, Cebolla A, Etchemendy E, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Botella C, et al. Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*. 2013;66:20–5. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.02.016>
7. Dominy NL, Johnson WB, Koch C. Perception of parental acceptance in women with binge eating disorder. *J Psychol*. 2000;134(1):23–36. <https://doi.org/10.1080/00223980009600846>
8. Rohner RP. *The warmth dimension: foundations of parental acceptance-rejection theory*. Storrs, CT: Rohner Research Publications; 1986.
9. Vandewalle J, Mabbe E, Debeuf T, Braet C, Moens E. The daily relation between parental rejection and emotional eating in youngsters: a diary study. *Front Psychol*. 2017;8:691. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00691>
10. Quilty LC, Allen TA, Davis C, Knyahnytska Y, Kaplan AS. A randomized comparison of long acting methylphenidate and cognitive behavioral therapy in the treatment of binge eating disorder. *Psychiatry Res*. 2019;273:467–74. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.066>
11. Mares SHW, Burger J, Lemmens LHJM, Van Elburg AA, Vroling MS. Evaluation of the cognitive behavioural theory of eating disorders: a network analysis investigation. *Eat Behav*. 2022;44:101590. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101590>
12. David D, Cristea I, Hofmann SG. Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Front Psychiatry*. 2018;9:4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00004>
13. Calvert F, Smith E, Brockman R, Simpson S. Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *J Eat Disord*. 2018;6(1):1. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0185-8>
14. Körük S, Özabacı N. Effectiveness of schema therapy on the treatment of depressive disorders: a meta-analysis. *Current Approaches in Psychiatry*. 2018;10(4):470–80. <https://doi.org/10.18863/pgy.361790>
15. Torres S, Sales CMD, Guerra MP, Simões MP, Pinto M, Vieira FM. Emotion-focused cognitive behavioral therapy in comorbid obesity with binge eating disorder: a pilot study of feasibility and long-term outcomes. *Front Psychol*. 2020;11:343. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00343>
16. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion regulation in binge eating disorder: a review. *Nutrients*. 2017;9(11):1274. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
17. Lucena-Santos P, Carvalho SA, Oliveira MDS, Pinto-Gouveia J. Body-image acceptance and action questionnaire: its deleterious influence on binge eating and psychometric validation. *Int J Clin Health Psychol*. 2017;17(2):151–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.03.001>
18. Sultson H, Kukk K, Akkermann K. Positive and negative emotional eating have different associations with overeating and binge eating: construction and validation of the positive-negative emotional eating scale. *Appetite*. 2017;116:423–30. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.035>

19. Pantelis D. The role of emotions in eating behavior and impact on obesity and weight management. *Advances in Obesity, Weight Management & Control*. 2018;8(3):175–6. <https://doi.org/10.15406/aowmc.2018.08.00237>
20. Van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Curr Diab Rep*. 2018;18(6):35. <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1000-x>
21. Fischer S, Meyer AH, Dremmel D, Schlup B, Munsch S. Short-term Cognitive-Behavioral therapy for binge eating disorder: long-term efficacy and predictors of long-term treatment success. *Behav Res Ther*. 2014;58:36–42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.007>
22. Palavras MA, Hay P, Touyz S, Sainsbury A, Da Luz F, Swinbourne J, et al. Comparing cognitive behavioural therapy for eating disorders integrated with behavioural weight loss therapy to cognitive behavioural therapy-enhanced alone in overweight or obese people with bulimia nervosa or binge eating disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2015;16(1):578. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1079-1>
23. Mohhammadzade A. Comparison of acceptance and commitment-based therapy, cognitive-behavioral therapy and trans-community electrical stimulation on emotion regulation, self-efficacy of body image and emotional eating in obese people [PhD Thesis in Psychology]. [Ahvaz, Iran]: Chamran University; 2020. [Persian]
24. Gade H, Hjelmesæth J, Rosenvinge JH, Friberg O. Effectiveness of a cognitive behavioral therapy for dysfunctional eating among patients admitted for bariatric surgery: a randomized controlled trial. *J Obes*. 2014;2014:1–6. <https://doi.org/10.1155/2014/127936>
25. Ebrahimi Sadr F, Bakhshipour Rodsari A. Correlation between early maladaptive schemas with automatic negative thoughts and health anxiety among school students. *Int J School Health*. 2022;9(4):264–8. <https://doi.org/10.30476/intjsh.2022.96312.1251>
26. Van Donzel L, Ouwens MA, Van Alphen SPJ, Bouwmeester S, Videler AC. The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults – integrating positive schemas. *Contemp Clin Trials Commun*. 2021;21:100715. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100715>
27. Gorbani nejad, M. The effectiveness of schema therapy on psychological resilience, eating behaviors and lifestyle affecting weight in obese women [Thesis for Master in Psychology]. [Ashrafieh, Iran]: Payame Noor University, Ashrafieh Branch; 2021. [Persian]
28. Rezaie M. The effectiveness of group emotional schema therapy on body mass index, emotional eating and weight self-efficacy in overweight women [Thesis for MSc]. [Mashhad, Iran]: Ferdowsi University of Mashhad; 2017. [Persian]
29. Joshua PR, Lewis V, Kelty SF, Boer DP. Is schema therapy effective for adults with eating disorders? a systematic review into the evidence. *Cogn Behav Ther*. 2023;52(3):213–31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2158926>
30. Borhani P, Khaleghipour Sh, Oreyzei H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy versus schema therapy on emotional adjustment and sense of loneliness in women with binge eating disorder with perception of parental rejection. *Journal of Community Health*. 2023;17(2):13–26. [Persian] [https://chj.rums.ac.ir/article\\_174999.html?lang=en](https://chj.rums.ac.ir/article_174999.html?lang=en)
31. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav*. 1982;7(1):47–55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
32. Rohner RP, Khaleque A, Cournoyer DE. Parental acceptance-rejection: theory, methods, cross-cultural evidence, and implications. *Ethos*. 2005;33(3):299–334. <http://dx.doi.org/10.1525/eth.2005.33.3.299>
33. Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of binge eating scale among Iranian obese population. *Iran J Psychiatry*. 2009;4(4):143–46. <https://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/517>
34. Gomez R, Rohner RP. Tests of factor structure and measurement invariance in the United States and Australia using the adult version of the parental acceptance-rejection questionnaire. *Cross-Cultural Research*. 2011;45(3):267–85. <https://doi.org/10.1177/1069397111403111>
35. Seyed Mousavi PS, Mazaheri MA, Ghanbari S. Psychometric Properties of Parental and Intimate Partner Acceptance-Rejection in Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2016;21(4):327–37. [Persian]
36. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord*. 1986;5(2):295–315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)
37. Nejati V, Alipour F, Saeidpour S, Bodaghi E. Psychometric properties of Persian version of Dutch Eating Behavior Questionnaire. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2018;20(1):3–11. [Persian] [https://jfmh.mums.ac.ir/article\\_10033.html?lang=en](https://jfmh.mums.ac.ir/article_10033.html?lang=en)
38. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):611–27. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
39. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide*. Guilford Press; 2006.
40. Putnick DL, Uddin MK, Rohner RP, Singha B, Shahnaz I. Remembrances of parental rejection are associated with loneliness as mediated by psychological maladjustment in young Bangladeshi men but not women. *Int J Psychol*. 2020;55(3):354–63. <https://doi.org/10.1002/ijop.12609>