

## Comparison of effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy on emotion regulation difficulty and body mass index in obese people with emotional eating

Iman Najjar Kakhki<sup>1</sup>, Maryam Kalhornia Golkar<sup>2</sup>, Atefeh Nezhadmohamad Nameghi<sup>3</sup>, Fatemeh Mohammadi Shirmahaleh<sup>4</sup>, Majid Valizadeh<sup>5</sup>

1-PhD Student, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran (Corresponding Author). E-mail: Ma.Kalhornia@iau.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Guidance and Counseling, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

5- Professor, Research Institute for Endocrine Sciences, Obesity Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 20/10/2022

Accepted: 07/02/2023

### Abstract

**Introduction:** Today, obesity caused by emotional overeating has become a ubiquitous phenomenon with major side effects.

**Aim:** The present study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy in emotion regulation difficulties and body mass index (BMI) of obese people with emotional eating.

**Method:** In this quasi-experimental study with a pretest-posttest, control group, follow-up design, the population included all men and women, aged 21-50 years, who were referred to the nutrition and obesity clinics of Tehran, Iran, from September 2020 to December 2020. The study sample included 45 obese people with emotional eating, who were selected through convenience sampling among individuals visiting Mehrdadi and Behpouyan nutrition and obesity clinics and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The data collection tools were the Dutch Eating Behavior Questionnaire (1986), Difficulties in Emotion Regulation Scale by Gratz and Romer (2004), and BMI measurement. The collected data were analyzed using analysis of covariance and Bonferroni's post-hoc test in SPSS version 24.

**Results:** Results from Covariance analysis showed that there was a significant difference between the scores of control and experimental groups. Compared to the control group, the experimental groups have improved emotion regulation and reduced body mass index. In addition to results indicated that acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy similarly improved emotion regulation and reduced the BMI of obese people with emotional overeating ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy were effective methods in improving emotion regulation difficulties and reducing the BMI of obese people with emotional eating. So it's suggested to use these methods in the treatment of obese people suffering from emotional overeating.

**Keywords:** Acceptance and commitment-based group therapy, Group schema therapy, Emotion regulation difficulties, Obesity due to emotional overeating

**How to cite this article:** Najjar Kakhki I, Kalhornia Golkar M, Nezhadmohamad Nameghi A, Mohammadi Shirmahaleh F, Valizadeh M. Comparison of effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy on emotion regulation difficulty and body mass index in obese people with emotional eating. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023; 10(1): 75-89. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1666-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

## مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی

ایمان نجار کاخکی<sup>۱</sup>، مریم کلهر نیا گل کار<sup>۲</sup>، عاطفه نژاد محمد نامقی<sup>۳</sup>، فاطمه محمدی شیر محله<sup>۴</sup>، مجید ولی زاده<sup>۵</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Ma.Kalifornia@iau.ac.ir

۳. استادیار، گروه مشاوره و راهنمایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۵. استاد، پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، مرکز تحقیقات پیشگیری و درمان چاقی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۲۸

### چکیده

**مقدمه:** امروزه چاقی به پدیده‌ای همه گیر تبدیل شده که اثرات سویی به همراه دارد.

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی انجام شد.

**روش:** مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل همه مردان و زنان ۲۱ تا ۵۰ سال مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و چاقی شهر تهران در تابستان و پاییز ۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ فرد چاق مبتلا به خوردن هیجانی بود که به صورت نمونه گیری در دسترس در کلینیک‌های تغذیه و چاقی مهربادی و بهپویان انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایدهی شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه رفتار خوردن داچ (۱۹۸۶)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی گراتز و رومر (۲۰۰۴) و شاخص توده بدنی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین نمرات گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. در مقایسه با گروه کنترل، گروه‌های آزمایشی تنظیم هیجان را بهبود بخشیده و شاخص توده بدنی را کاهش دادند. علاوه بر این یافته‌ها نشان داد گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با طرحواره درمانی گروهی به یک اندازه موجب بهبود تنظیم هیجان و کاهش شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به پر خوری هیجانی می‌شوند ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی روش‌هایی مؤثر در بهبود دشواری در تنظیم هیجان و کاهش شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در درمان افراد چاق مبتلا به پر خوری هیجانی استفاده شوند.

**کلیدواژه‌ها:** گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی گروهی، دشواری در تنظیم هیجان، چاقی ناشی از پر خوری هیجانی

## مقدمه

اخیراً شیوع چاقی<sup>۱</sup> در سراسر جهان به طور چشمگیری افزایش یافته است و حدود ۶۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان تخمین زده شده است (استورمن، اسویز، استورمن، جاسینسکا، جیمولو و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲). ایران نیز همچون بسیاری از کشورهای جهان شاهد تجربه همه-گیری چاقی است و براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت<sup>۳</sup>، ایران، یکی از هفت کشور دارای بالاترین میزان شیوع چاقی در جهان است (اشرفی، بحرینیان، حاجی علیزاده و دلاور، ۱۴۰۱). در این میان ۶۰ درصد یا بیشتر از افراد دارای اضافه وزن یا چاقی از خوردن هیجانی<sup>۴</sup> رنج می‌برند (لینگ و زهری<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱). افراد مبتلا به خوردن هیجانی در یک دوره زمانی معین، مقدار زیادی غذا می‌خورند که بسیار بیشتر از غذایی است که اکثر مردم تحت شرایط مشابه می‌خورند (برونلی، برکمن، پیت، لوه و بالیک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). در واقع برای کسانی که با اضافه وزن خود مبارزه می‌کنند خوردن هیجانی نگرانی بسیار شایعی است و این عادات غذایی در ترکیب با افزایش وزن، افراد مبتلا به خوردن هیجانی را در معرض خطر ابتلا به دیابت و بیماری قلبی بیشتری قرار می‌دهد (فرایان و ناپر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸).

یکی از مشکلات خورنده‌های هیجانی، دشواری در تنظیم هیجان<sup>۸</sup> است که به عنوان یک متغیر تعدیل کننده بین خوردن هیجانی و اختلال در غذا خوردن بروز پیدا می‌کند (بارنهارت، باردن و پرایس<sup>۹</sup>، ۲۰۲۱). دشواری در

تنظیم هیجان یک عامل مؤثر در ایجاد و نگهداری چاقی ناشی از پرخوری هیجانی است و افرادی که در تنظیم هیجانات ناخوشایند دچار مشکل هستند از پرخوری به شکل یک راهبرد مقابله‌ای و آرامش‌بخش استفاده می‌کنند (اردم، سیزیر و اوزبی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۳).

از آنجا که بین خوردن هیجانی و بدتنظیمی هیجانی ارتباط معناداری وجود دارد (گرینی- یوزبینی، کاتیولی، اسکاریا، موسیتی، وارالو و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۲) به نظر می‌رسد درمان‌هایی که بتوانند باعث تنظیم هیجان شوند، ممکن است در درازمدت به کاهش خوردن هیجانی و در نهایت به کاهش وزن منجر شوند. از جمله درمان‌های مؤثر برای افراد چاقی که در پاسخگویی به افکار و احساسات خود اقدام به خوردن می‌کنند، گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱۲</sup> است (مروین، نیکولاو، موسکوویچ، یاییک، اسمیت و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۳). این درمان یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که هدف اصلی آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی متناسب‌تر در بین گزینه‌های مختلف، به جای اجتناب از افکار، احساس‌ها یا تمایل‌های آشفته‌سازی است که به فرد تحمیل شود (هیز<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۶). در زمینه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ویژگی‌های هیجانی، رفتاری و جسمانی افراد مبتلا به چاقی لیلیس، داهل و وینلند<sup>۱۵</sup> (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای دریافتند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش وزن افراد مبتلا به چاقی می‌شود. علاوه بر این، نتایج پژوهش‌های مختلف بیانگر آن است که گروه-

<sup>1</sup>- Obesity

<sup>2</sup>- Storman, Świerz, Storman, Jasińska, Jemiolo & et al

<sup>3</sup>- World Health Organization

<sup>4</sup>- Emotional eating

<sup>5</sup>- Ling & Zahry

<sup>6</sup>- Brownley, Berckman, Peat, Lohr & Bulik

<sup>7</sup>- Frayn & Knäuper

<sup>8</sup>- Difficulty in emotion regulation

<sup>9</sup>- Barnhart, Braden & Price

<sup>10</sup>- Erdem, Sezer Efe & Ozbey

<sup>11</sup>- Guerrini-Usabini, Cattivelli, Scarpa, Musetti, Varallo & et al

<sup>12</sup>- Group therapy based on acceptance and commitment

<sup>13</sup>- Merwin, Nikolaou, Moskovich, Babyak, Smith & et al

<sup>14</sup>- Hayes

<sup>15</sup>- Lillis, Dahl & Weinelnd

ناسازگار مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی (آقائی پور گواسرانی و همکاران، ۱۴۰۱)، کاهش آشفتگی هیجانی زنان مبتلا به سرطان سینه (میرباقری، خسروی و اکرمی، ۱۴۰۱)، کاهش دلزدگی زناشویی زوجین (مقیم، اسدی و خواجهوندخوشلی، ۱۴۰۱)، کاهش شدت افسردگی، بدتنظیمی هیجانی، بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (قاسم خانلو، عطادخت و صبری، ۱۴۰۰)، بهبود علائم اختلالات اضطرابی (استاراپ، بینبرگ، فارل و یونان<sup>۶</sup>، ۲۰۲۲)، کاهش شاخص توده بدنی<sup>۷</sup> و رفتارهای غذایی ناکارآمد؛ پرخوری و دفعات استفراغ افراد مبتلا به چاقی (باسیلی، تینور و مانسینی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹) و برکاهش علائم و نشانه‌های عاطفی، هیجانی و جسمانی افراد مبتلا به اختلال خوردن (هودجی و سیمپسون<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶) اثر دارد.

براساس جستجوهای انجام شده، پژوهشی در زمینه مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی انجام نشده است که نیاز به انجام پژوهش در این حیطه را ضروری می‌نماید. از طرفی در صورت تأیید مؤثر بودن روش‌های درمانی فوق، گزینه‌های بیشتری برای درمانگران و پزشکان در جهت درمان این افراد وجود خواهد داشت. همچنین با توجه به پیامدهای روانی، رفتاری و هیجانی اشاره شده در مورد چاقی، توجه به علل و درمان آن از ضرورت‌های پژوهش حاضر است. علاوه بر این موارد، با توجه به شیوع بالای چاقی و اضافه‌وزن در ایران، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه

درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی در زمینه اضافه وزن (مروین و همکاران، ۲۰۲۳)، کاهش اختلال بدشکلی بدن زنان (اشرفی و همکاران، ۱۴۰۱)، کاهش علائم اختلال خوردن و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی تصویر بدنی زنان (کاریکلا، نیکولا و مروین<sup>۱</sup>، ۲۰۲۲)، بهبود علائم و نشانه‌های اختلال خوردن در افراد مبتلا به اختلال پرخوری (اونیک، کنستانتینو، موسکوویچ، کاریکا و مروین<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲) مؤثر است.

یکی دیگر از روش‌های مؤثر موج سوم روان درمانی در کاهش مشکلات افراد چاق، طرحواره درمانی گروهی<sup>۳</sup> است (پوگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای عمیق و فراگیری هستند که از خاطره، هیجان و شناخت تشکیل شده و در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در بزرگسالی تداوم می‌یابند (ننادیک، لمبرث و ریس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷)، از این رو، طرحواره درمانی گروهی برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند و بر پایه درمان شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده و روش‌های شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه ترکیب می‌کند (آقائی-پورگواسرانی، محمدی، نظیری و داوودی، ۱۴۰۱). قنبری، تیزدست، خلعتبری و رحمانی (۱۴۰۰) در پژوهشی دریافتند که طرحواره درمانی گروهی موجب بهبود انعطاف‌پذیری دانشجویان دختر مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی می‌شود.

علاوه بر این، نتایج مطالعات دیگر حاکی از آن است که طرحواره درمانی گروهی در بهبود طرحواره‌های

<sup>۶</sup>- Straarup, Renneberg, Farrell & Younan

<sup>۷</sup>- Body Mass Index

<sup>۸</sup>- Basile, Tenore & Mancini

<sup>۹</sup>- Hodge & Simpson

<sup>۱</sup>- Karekla, Nikolaou & Merwin

<sup>۲</sup>- Onnink, Konstantinidou, Moskovich, Karekla & Merwin

<sup>۳</sup>- Schema Therapy

<sup>۴</sup>- Pugh

<sup>۵</sup>- Nenadić, Lamberth & Reiss

درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی بود.

## روش

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

گروهی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یکبار) برای گروه‌های آزمایش اجرا و گروه کنترل نیز هیچگونه درمانی دریافت نکرد. ملاک‌های ورود شامل سن بین ۲۱ تا ۵۰ سال، داشتن شاخص توده بدنی بالاتر از ۲۵، نمره حداقل ۳/۲۵ در زیر مقیاس خوردن هیجانی، داشتن تحصیلات دیپلم بود و ملاک‌های خروج شامل خانم‌های در حال شیردهی و یا باردار، ابتلا به اختلالات خوردن و مشکلات پزشکی جدی مانند دیابت نوع ۱ و یا مشکلات تیروئید و سوء‌مصرف مواد؛ مصرف فعلی داروهای ضد سایکوتیک و هر نوع داروی مؤثر بر وزن و عمل جراحی مربوط به چاقی بود.

افراد گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان را تکمیل کرده و شاخص توده بدنی آن‌ها اندازه‌گیری و ثبت شد. سپس روی گروه آزمایشی اول به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس پروتکل درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد لیلیس و همکاران (۲۰۱۴) و روی گروه آزمایشی دوم، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، طرحواره درمانی گروهی براساس پروتکل طرحواره درمانی گروهی محمودیان دستنایی، نشاط‌دوست، امیری و منشی (۱۳۹۷) به صورت جلسات هفتگی اجرا و گروه کنترل هیچگونه درمان روانشناختی را دریافت نکرد. پس از خاتمه جلسات هفتگی، در مرحله پس‌آزمون مجدداً گروه‌های آزمایش و کنترل پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان را تکمیل کرده و شاخص توده بدنی آن‌ها اندازه‌گیری و ثبت شد و بار دیگر در پایان دوره ۴۵ روزه، در مرحله پیگیری بار دیگر افراد شرکت‌کننده در هر ۳ گروه توسط پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان ارزیابی و شاخص توده بدنی آن‌ها نیز اندازه‌گیری و ثبت شد. شایان

داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت افراد در پژوهش، تشریح حقوق و وظایف طرفین و محرمانه نگه داشتن اطلاعات بدست آمده در طی اجرای پژوهش و خروج آزادانه از پژوهش مدنظر قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

ذکر است ارزیابی توسط همکاری انجام شد که در جریان پژوهش نبود و اطلاعی از گروه‌های آزمایش و کنترل نداشت. همچنین با همکاری پژوهشگر درباره نحوه و شیوه اجرا هماهنگی‌های لازم انجام شد و اگر آموزشی در مورد اجرای ابزارهای مورد نظر نیاز داشت به ایشان ارائه شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش،

### جدول ۱ خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (لیلیس و همکاران، ۲۰۱۴)

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

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

جلسه	محتوای جلسه
------	-------------

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

## ابزار

**پرسشنامه رفتار خوردن داج<sup>۱</sup> (DEBQ):** اولین بار توسط وان استرین، فرایجز، بیگرس و دیفارس<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است. این ابزار جهت سنجش رفتار خوردن برای بزرگسالان مناسب است و ۳۳ گویه دارد که براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی=۳، اغلب=۴ و بسیار زیاد=۵). دامنه امتیازهای قابل کسب بین ۱۶۵-۳۳ بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده رفتارهای نامناسب خوردن است و نمرات پایین نشان دهنده رفتارهای خوردن سالم است (وان استرین و همکاران، ۱۹۸۶). این پرسشنامه سه مؤلفه غذا خوردن هیجانی<sup>۳</sup> (۱۳ گویه)، محرک های

خارجی<sup>۴</sup> (۱۰ گویه) و بازداری در غذا خوردن<sup>۵</sup> (۱۰ گویه) را اندازه گیری می کند. وان استرین و همکاران (۱۹۸۶) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برای مؤلفه ها و نمره کلی بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ برآورد کردند. در ایران نجاتی، علی پور، سعیدپور و بداغی (۱۳۹۶) پایایی پرسشنامه را به روش همسانی درونی برای مؤلفه ها با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ و به روش بازآزمایی ۰/۷۲ تا ۰/۸۳ محاسبه کردند. در پژوهش دیگری روایی واگرا و پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه خوردن ذهن آگاهانه برای مؤلفه غذا خوردن هیجانی ۰/۲۷- (۰/۸۹)، محرک های خارجی ۰/۱۸- (۰/۹۱) و بازداری در غذا خوردن ۰/۳۸ (۰/۸۳) برآورد شد (پونده نژادان، عطاری و حسین، ۱۳۹۷). در پژوهش

<sup>۴</sup>- External stimuluses  
<sup>۵</sup>- Inhibition of eating

<sup>۱</sup>- Dutch Eating Behavior Questionnaire  
<sup>۲</sup>- Van Strien, Frijters, Bergers & Defares  
<sup>۳</sup>- Emotional eating

**شاخص توده بدنی:** برای اندازه‌گیری دقیق وزن آزمودنی‌ها از وزنه دیجیتال بیورر<sup>۹</sup> آلمان و برای اندازه‌گیری قد آزمودنی‌ها از قدسنج سکا<sup>۱۰</sup> و برای بدست آوردن شاخص توده بدنی از فرمول آدولف کوئیتلت<sup>۱۱</sup> استفاده شده است.

### یافته‌ها

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

میانگین و انحراف معیار نمره‌های دشواری در تنظیم هیجانی و شاخص توده بدنی در سه گروه؛ طرحواره

حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

**مقیاس دشواری در تنظیم هیجان<sup>۱</sup>:** این مقیاس که توسط گراتز و رومر<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۴ تدوین گردید و دارای ۳۶ گویه است. نحوه پاسخ‌دهی به این پرسشنامه براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است. نمره‌گذاری آن بدین صورت است که به گزاره تقریباً همیشه نمره ۵ و به گزاره تقریباً هرگز نمره ۱ (حداکثر نمره ۱۸۰ و حداقل ۳۶) تعلق می‌گیرد. این مقیاس دارای یک نمره کلی و شش نمره اختصاصی در زیرمقیاس‌هایی است که مربوط به ابعاد مختلف دشواری در تنظیم هیجانی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: نپذیرفتن هیجان‌ها<sup>۳</sup>، ناتوانی در به‌کارگیری رفتارهای متناسب با هدف<sup>۴</sup>، مشکل در کنترل تکانه<sup>۵</sup>، عدم آگاهی هیجانی<sup>۶</sup>، دسترسی کم به راهبردهای راهبردهای تنظیم هیجانی<sup>۷</sup>، نبود شفافیت هیجانی<sup>۸</sup>. گراتز و رومر (۲۰۰۴) به بررسی پایایی و روایی این مقیاس در یک نمونه ۴۷۹ نفری از دانشجویان دوره لیسانس پرداختند. این مقیاس در نمره کل ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و در همه زیرمقیاس‌ها ضریب آلفای بزرگتر از ۰/۸۰ ثابت خوبی نشان داد. در پژوهش اسمری برده‌زرد، خانجانی، موسوی‌اصل و دولتشاهی (۱۴۰۰) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۴ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۸۰ بدست آمد. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

<sup>1</sup>- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

<sup>2</sup>- Gratz & Roemer

<sup>3</sup>- Non-acceptance of emotional

<sup>4</sup>- Difficulties engaging in goal-directed behavior

<sup>5</sup>- Impulse control difficulties

<sup>6</sup>- Lack of emotional awareness

<sup>7</sup>- Limited access to emotion regulation strategies

<sup>8</sup>- Lack of emotional clarity

<sup>9</sup>- Beurer

<sup>10</sup>- Seca

<sup>11</sup>- Adolphe Quételet



درمانی گروهی، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و پس آزمون و پیگیری در جدول ۳ آمده است. کنترل در متغیرهای دشواری در سه مرحله پیش آزمون،

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
دشواری در تنظیم هیجان	پیش آزمون	طرحواره درمانی گروهی	۱۰۱/۰۰	۱۰/۹۵
		درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۰۲/۸۰	۱۱/۷۵
		کنترل	۹۹/۲۷	۹/۷۶
	پس آزمون	طرحواره درمانی گروهی	۹۲/۲۷	۸/۹۷
		درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸۷/۶۰	۹/۲۸
		کنترل	۱۰۱/۳۳	۱۰/۸۲
	پیگیری	طرحواره درمانی گروهی	۹۳/۱۸	۹/۶۵
		درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸۸/۴۵	۹/۳۸
		کنترل	۱۰۰/۵۹	۱۰/۸۰
		طرحواره درمانی گروهی	۳۰/۲۰	۱/۷۰
شاخص توده بدنی	پیش آزمون	طرحواره درمانی گروهی	۳۰/۲۰	۱/۶۱
		درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۰/۳۳	۱/۸۰
		کنترل	۲۷/۴۰	۱/۱۸
	پس آزمون	طرحواره درمانی گروهی	۲۶/۸۰	۱/۵۲
		درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۹/۹۳	۱/۶۷
		کنترل	۲۶/۴۵	۱/۷۶
	پیگیری	طرحواره درمانی گروهی	۲۵/۴۵	۱/۸۴
		درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۸/۶۵	۲/۸۲
		کنترل		
		طرحواره درمانی گروهی		

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

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در دو مرحله پس آزمون و پیگیری

مراحل	متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پس آزمون	دشواری در تنظیم هیجان	پیش آزمون	۴۷/۸۲	۱	۴۷/۸۲	۲/۳۰	۰/۱۳۸
		گروه	۳۶۶/۱۸	۲	۱۸۳/۰۹	۹/۱۰	۰/۰۰۱
		خطا	۴۲۲/۳۷	۲۱	۲۰/۱۱		

۰/۰۰۶	۹/۵۱	۳۷/۳۹	۱	۳۷/۳۹	پیش آزمون	
۰/۰۰۴	۷/۳۸	۲۹/۰۰	۲	۵۸/۰۱	گروه	شاخص توده بدنی
		۳/۹۳	۲۱	۸۲/۵۲	خطا	
۰/۴۸۳	۰/۵۰۹	۱۷/۴۸	۱	۱۷/۴۸	پیش آزمون	
۰/۰۰۷	۶/۴۲	۲۲/۵۰	۲	۴۴۰/۰۱	گروه	دشواری در تنظیم هیجان
		۳۴/۳۱	۲۱	۷۲۰/۶۸	خطا	
۰/۰۱۹	۶/۵۱	۲۹/۳۰	۱	۲۹/۳۰	پیش آزمون	پیگیری
۰/۰۰۳	۷/۵۶	۳۴/۰۰	۲	۶۸/۰۱	گروه	شاخص توده بدنی
		۴/۴۹	۲۱	۹۴/۴۱	خطا	

پیش آزمون، عامل عضویت گروه در مرحله پس آزمون (P<۰/۰۰۴؛ F=۷/۳۸) و پیگیری (P<۰/۰۰۳؛ F=۷/۵۶) معنادار است. این نتیجه نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش (دو گروه درمانی) و گروه کنترل در شاخص توده بدنی تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول ۵ به مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش از طریق آزمون تعقیبی بونفرونی پرداخته شده است.

همانگونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، در مراحل پس آزمون و پیگیری در متغیر دشواری در تنظیم هیجان پس از کنترل پیش آزمون، عامل عضویت گروه در مرحله پس آزمون (P<۰/۰۰۱؛ F=۹/۱۰) و پیگیری (P<۰/۰۰۷؛ F=۶/۴۲) معنادار است. این نتیجه نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از گروه‌های آزمایش (دو گروه درمانی) و گروه کنترل در دشواری تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود دارد. در متغیر شاخص توده بدنی نیز پس از کنترل

جدول ۵ نتایج آزمون بونفرونی برای تعیین اثر مداخلات بر متغیرهای پژوهش در دو مرحله پس آزمون و پیگیری

مرحله	متغیر	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
پس آزمون	دشواری در تنظیم هیجان	طرحواره درمانی گروهی - کنترل	-۹/۰۶	۳/۹۸	۰/۰۰۶
		درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد - کنترل	-۱۳/۷۳	۴/۴۱	۰/۰۰۴
		طرحواره درمانی گروهی - درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴/۶۷	۲/۵۶	۰/۰۰۷
	شاخص توده بدنی	طرحواره درمانی گروهی - کنترل	-۲/۵۳	۱/۱۵	۰/۰۱
		درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد - کنترل	-۳/۱۳	۱/۸۲	۰/۰۰۱
		طرحواره درمانی گروهی - درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۶۰	۰/۹۸	۰/۱۹
پیگیری	دشواری در تنظیم هیجان	طرحواره درمانی گروهی - کنترل	-۷/۴۱	۳/۱۷	۰/۰۰۹
		درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد - کنترل	-۱۲/۱۰	۳/۵۵	۰/۰۰۱
		طرحواره درمانی گروهی - درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴/۶۹	۲/۸۱	۰/۰۰۷
	شاخص توده بدنی	طرحواره درمانی گروهی - کنترل	-۲/۲۰	۱/۹۰	۰/۰۰۴
		درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد - کنترل	-۳/۲۰	۱/۴۸	۰/۰۰۱
		طرحواره درمانی گروهی - درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱	۱/۰۴	۰/۱۶

نتایج جدول ۵ نشان داد در مرحله پس‌آزمون بین نمرات دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی گروه طرحواره درمانی گروهی با گروه کنترل تفاوت معنادار ( $P < 0.006$ ;  $P < 0.01$ ) و بین درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل نیز تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0.004$ ;  $P < 0.001$ )؛ اما بین دو گروه طرحواره درمانی گروهی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P > 0.05$ ). مقایسه میانگین‌های گروه‌ها نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون نمرات دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در گروه کنترل از گروه‌های طرحواره درمانی گروهی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بالاتر است. همچنین در مرحله پیگیری بین نمرات دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی گروه طرحواره درمانی گروهی با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار ( $P < 0.009$ )؛ و بین گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل نیز تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0.001$ ;  $P < 0.001$ )؛ اما بین دو گروه طرحواره درمانی گروهی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P > 0.05$ ). مقایسه میانگین گروه‌ها نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری نمرات دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی در گروه کنترل از گروه‌های طرحواره درمانی گروهی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بالاتر است.

## بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی

افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که هر دو روش مداخله‌ای؛ درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی توانسته‌اند در بهبود دشواری در تنظیم هیجان افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی تأثیر معناداری داشته باشند و سبب کاهش دشواری در تنظیم هیجان در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی شوند. به علاوه، مشخص شد که تأثیر این دو روش مداخله‌ای تا ۴۵ روز پس از پایان جلسات آموزشی نیز، دوام داشته است؛ اگرچه در مقام مقایسه بین روش‌های مداخله‌ای مورد بررسی تفاوت معناداری مشاهده نداشته است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش استاراپ و همکاران (۲۰۲۲)؛ میرباقری و همکاران (۱۴۰۱)؛ قاسم‌خانلو و همکاران (۱۴۰۰) و هودجی و سیمپسون (۲۰۱۶) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر مشکلات و دشواری در تنظیم هیجان و نتایج پژوهش مروین و همکاران (۲۰۲۳) و اونیک و همکاران (۲۰۲۲) مبنی بر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات هیجانی و عاطفی همسو بوده است.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر دشواری در تنظیم هیجان افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی می‌توان چنین گفت که طرحواره درمانی گروهی بر اساس اصول پذیرش و شناخت امکان‌پذیر است. بر اساس اصل پذیرش، طرحواره درمانی گروهی در تلاش است تا افراد به جای دشواری در تنظیم هیجان و اجتناب و سرکوب هیجانات و عواطف، آن‌ها را مورد پذیرش قرار دهند (لیهی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). بر این اساس، طرحواره درمانی گروهی به افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی کمک می‌کند تا به

<sup>۱</sup> - Leahy

توده بدنی افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی تأثیر معناداری داشته باشند و سبب کاهش شاخص توده بدنی در افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی شوند. به علاوه، مشخص شد که تأثیر این دو روش مداخله‌ای تا ۴۵ روز پس از پایان جلسات آموزشی نیز، دوام داشته است؛ اگرچه در مقام مقایسه بین روش‌های مداخله‌ای مورد بررسی تفاوت معناداری مشاهده نداشته است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش قنبری و همکاران (۱۴۰۰)؛ باسیلی و همکاران (۲۰۱۹) و هودجی و سیمپسون (۲۰۱۶) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر مشکلات ظاهری و بدنی افراد مبتلا به اختلالات بدشکلی بدنی و خوردن و کاهش شاخص توده بدنی افراد مبتلا به چاقی و نتایج پژوهش مروین و همکاران (۲۰۲۳)؛ اشرفی و همکاران (۱۴۰۱) و لیلیس و همکاران (۲۰۱۴) مبنی بر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال بدشکلی بدن زنان دارای اضافه‌وزن و کاهش وزن افراد مبتلا به اختلال خوردن همخوان بوده است.

در تبیین نتایج حاصل از اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر شاخص توده بدنی افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی می‌توان بیان کرد که تمرینات و تکالیف شناختی، رفتاری، هیجانی و عاطفی طرحواره درمانی گروهی به افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی این امکان را می‌دهد که زمانی که باورها و افکار نشخوارکننده در زمینه پرخوری و خوردن هیجانی به ذهن آن‌ها می‌آید این افکار و باورها را به طور روشن‌تر شناسایی و بررسی کنند و به طور فعالانه ذهن خود را از باورها و افکار نشخوارکننده و آزاردهنده خارج کنند؛ بنابراین، افراد مبتلا به چاقی در طی طرحواره درمانی گروهی راهبردهایی را یاد می‌گیرند که به وسیله آن از

جای سرکوبی هیجانات و عواطف خود، آن‌ها را به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی خود پذیرفته و دیدگاه جدیدی نسبت به آن‌ها اتخاذ کنند. براساس مطالعات انجام شده (هودجی و سیمپسون، ۲۰۱۶) می‌توان نتیجه گرفت که آموزش طرحواره درمانی گروهی و بکارگیری تکنیک‌های شناختی و هیجانی می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار اولیه را تغییر داده و با تخلیه هیجانات و بهبود عواطف و احساسات منفی و آشفته‌ساز باعث بهبود مشکلات و دشواری در تنظیم هیجانی افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی می‌شود.

در تبیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری در تنظیم هیجان افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی می‌توان چنین گفت که یکی از بخش‌های مهم در درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، درک ماهیت انطباقی و سازگارانه احساسات و هیجانات و افزایش آگاهی هیجانی و عاطفی با استفاده از مداخلات مختلف ذهن آگاهی است. در واقع تکنیک و مهارت ذهن آگاهی، یکی از فونونی است که پیش‌بینی‌کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت و سازگارانه در افراد است. چرا که این مهارت از یکسو باعث ارزیابی شناختی هیجان‌ها و عواطف، کاهش احساسات و هیجانات منفی و ناسازگارانه، افزایش و ارتقاء احساسات و هیجانات مثبت و انطباقی و رفتارهای سازگارانه می‌شود و در نهایت منجر به افزایش تنظیم هیجانی و کاهش دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به چاقی می‌شود (لیلیس و همکاران، ۲۰۱۴).

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که هر دو روش مداخله‌ای؛ درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی گروهی توانسته‌اند در بهبود شاخص

تصویرهایی که موجب نشخوار فکری و ذهنی در زمینه پرخوری و خوردن هیجانی می‌شوند، رهایی پیدا کرده و ذهنیت آن‌ها نسبت به خوردن هیجانی کاهش یابد و بدین ترتیب شاخص توده بدنی آن‌ها کاهش می‌یابد (باسیلی و همکاران، ۲۰۱۹).

در تبیین نتایج حاصل از اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص توده بدنی افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی می‌توان گفت، در درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش ذهن‌آگاهی و عمل و رفتار در زمان حال، به افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی آموزش داده می‌شود که بتوانند تجربیات خود را مورد پذیرش قرار دهند و به میزانی که آن‌ها بتوانند این تجربیات را بپذیرند، به همان میزان می‌توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند (مروین و همکاران، ۲۰۲۳). بر این اساس افراد مبتلا به چاقی با پذیرش و گشودگی نسبت به تجربیات آزاردهنده خود همچون میل به خوردن هیجانی، نسبت به هدف‌های کاهش وزن و رفتارهای خوردن هیجانی حین مواجهه با موانع درونی و بیرونی (مثل افکار، احساسات، عواطف، هیجانات، امیال و احساس‌های آزاردهنده) آگاه شده و در نهایت منجر به کاهش رفتارهای خوردن ناآگاهانه و به تبع آن کاهش شاخص توده بدنی در آن‌ها گردد.

### نتیجه‌گیری

از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که هر دو روش درمانی؛ طرحواره درمانی گروهی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخلات سودمندی برای کاهش دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی هستند و اثرات این دو درمان

نسبتاً پایدار بود. در مقام مقایسه بین طرحواره درمانی گروهی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ بنابراین، با توجه به تأیید اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی پیشنهاد می‌شود که درمانگران، این دو درمان را در کاهش دشواری در تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی مدنظر قرار دهند. محدود شدن مطالعه به شهر تهران و استفاده از ابزار خودگزارشی از محدودیت‌های این تحقیق بود که توصیه می‌شود تعمیم نتایج بدست آمده روی سایر افراد چاق مبتلا به خوردن هیجانی با احتیاط انجام شود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم‌پذیری و مقایسه نتایج، پژوهش حاضر در سایر شهرها نیز تکرار شود. همچنین توصیه می‌شود نتایج این پژوهش با سایر درمان‌ها نیز مقایسه شود.

### سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از رساله دکترای روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و بدون دریافت هیچ‌گونه کمک مالی از موسسه یا سازمانی انجام شد. همچنین پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.K.REC.1399.076 می‌باشد. هیچکدام از نویسندگان این مطالعه و یا دستگاه‌ها تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند. بدینوسیله از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این مطالعه نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

### References

- Aghaeepour Gavasarae M, Mohammadi M, Naziri G, Davoodi A. (2022). The effectiveness of schema therapy and cinema therapy in improving early maladaptive schemas and harm avoidance temperament in people with an avoidant personality disorder: A single case study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(5), 115-129. (In Persian)
- Ashrafi S, Bahreinian A, Hajjalizadeh K, Delavar A. (2022). The effect of Acceptance Commitment Therapy on the Body Dysmorphic Disorder and Weight in Overweight Women. *Women and Family Studies*, 15(55), 69-83. (In Persian)
- Asmari Bardezdard Y, Khanjani S, Mousavi Asl E, Dolatshahi B. (2021). Effect of Emotion-focused Therapy on Anxiety, Depression and Difficulty in Emotion Regulation in Women with Binge Eating Disorder. *IJPCP*, 27(1), 2-15. (In Persian)
- Barnhart WR, Braden AL, Price E. (2021). Emotion regulation difficulties interact with negative, not positive, emotional eating to strengthen relationships with disordered eating: An exploratory study. *Appetite*, 158, 105038.
- Basile B, Tenore K, Mancini F. (2019). Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*, 5(9), e02361.
- Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. (2022). Comparing of Compassion-Based Emotion Focused Therapy with Compassion-Focused Treatment on Quality of Life of Primary Headache Patients. *IJPCP*, 28(2), 210-221. (In Persian)
- Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, Lohr KN, Bulik CM. (2017). Binge-eating disorder in adults. *Ann Intern Med*, 166(3), 231-232.
- Erdem E, Sezer Efe Y, Ozbey H. (2023). A predictor of emotional eating in adolescents: Social anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*. In Press.
- Frayn M, Knäuper B. (2018). Emotional eating and weight in adults: a review. *Current Psychology*, 37, 924-933.
- Ghanbari M, Tizdast T, Khalatbari J, Rahmani MA. (2022). The Effectiveness of Schema Therapy on Flexibility and Perfectionism of Physical Appearance in Body Deformity Disorder: A Pilot Study. *Community Health*, 9(2), 37-48. (In Persian)
- Ghasemkhanloo A, Atadokht A, Sabri V. (2021). The effectiveness of emotional schema therapy on the severity of depression, emotional dysregulation and emotional schemas in patients with major depressive disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(3), 76-88. (In Persian)
- Gratz KL, Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Guerrini-Usubini A, Cattivelli R, Scarpa A, Musetti A, Varallo G, Franceschini C, Castelnuovo G. (2023). The interplay between emotion dysregulation, psychological distress, emotional eating, and weight status: A path model. *Clinical and Health Psychology*, 23, 100338.
- Hayes SC. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies-Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885.
- Hodge L, Simpson S. (2016). Speaking the unspeakable: Artistic expression in eating disorder research and schema therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 50, 1-8.
- Karekla M, Nikolaou P, Merwin RM. (2022). Randomized Clinical Trial Evaluating Accept ME-A Digital Gamified Acceptance and Commitment Early Intervention Program for Individuals at High Risk for Eating Disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 11, 1775.
- Leahy RL. (2019). Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 1-4.

- Lillis J, Dahl J, Weineland SM. (2014). The diet trap: Feed your psychological needs and end the weight loss struggle using acceptance and commitment therapy. New Harbinger Publications.
- Ling J, Zahry NR. (2021). Relationships among perceived stress, emotional eating, and dietary intake in college students: Eating self-regulation as a mediator. *Appetite*, 163, 105215.
- Mahmoudian Dastnâi T, Neshatdost H, Amiri S, Aanshaee G. (2018). Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on eating disorder beliefs in anorexia and bulimia nervosa patients with regard to parental bonding. *Clinical Psychology and Personality*, 16(1), 33-48. (In Persian)
- Merwin R, Nikolaou P, Moskovich A, Babyak M, Smith P, Karekla M. (2023). Change in body image flexibility and correspondence with outcomes in a digital early intervention for eating disorders based on acceptance and commitment therapy. *Body Image*, 44, 131-135.
- Mirbagheri SR, Khosravi S, Akrami M. (2022). Evaluation of the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer in Shiraz. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(5), 16-28. (In Persian)
- Moghim F, Asadi J, Khajevand Khoshali A. (2022). A comparison between the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Schema Therapy on marital burnout and marital conflicts of patients referred to Gorgan counseling centers. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(2), 16-34. (In Persian)
- Nejati V, Alipour F, Saeidpour S, Bodaghi E. (2018). Psychometric Properties of Persian Version of Dutch Eating Behavior Questionnaire. *J Fundamentals of Mental Health*, 20(1), 5-13. (In Persian)
- Nenadić I, Lamberth S, Reiss N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric inpatient settings. *Psychiatry research*, 253, 9-12.
- Onnink C, Konstantinidou Y, Moskovich A, Karekla M, Merwin R. (2022). Acceptance and commitment therapy (ACT) for eating disorders: A systematic review of intervention studies and call to action. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 11-28.
- Ponde Nejadan AA, Attari Y, Dordaneh H. (2018). Evaluating the Predicting Model of Life Quality Based on Mindful Eating with Mediation of Body-Image and Eating Behaviors among Married Women with Overweight and Obesity. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 9(34), 141-170. (In Persian)
- Pugh M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.
- Storman D, Świerz MJ, Storman M, Jasińska KW, Jermiolo P, Bala MM. (2022). Psychological Interventions and Bariatric Surgery among People with Clinically Severe Obesity-A Systematic Review with Bayesian Meta-Analysis. *Nutrients*, 14(8), 1592.
- Straarup N, Renneberg H, Farrell H, Younan R. (2022). Group schema therapy for patients with severe anxiety disorders. *Clinical Psychology*, 78, 1590-1600.
- Van Strien T, Frijters JE, Bergers GP, Defares PB. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315.