

اثربخشی طرحواره درمانی بر ولع مصرف مواد غذایی، انعطاف پذیری شناختی و سوگیری توجه به مواد غذایی در افراد مبتلا به اختلال پرخوری

رضا افضلی^{۱*}، پروین احتشامزاده^۲، پرویز عسگری^۳، فرح نادری^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۴. استاد، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۱/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۸)

The Effectiveness of Schema Therapy on Food Cravings, Cognitive Flexibility and Food Attentional Bias in People with binge Eating Disorder

Reza Afzali¹, *Parvin Ehteshamzade², Parviz Asgari³, Farah Naderi⁴

1. Ph.D. student, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
4. Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Original Article

(Received: Jan. 20, 2021 - Accepted: Apr. 17, 2022)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Eating disorder is a common disorder that has not received much psychological treatment. The purpose of this study was to investigate the effect of schema therapy on food craving, attentional bias to food, and cognitive flexibility in people with eating disorder. **Method:** This study was an experimental study with pre-test and post-test with control group. The population of this study consisted of 40 persons with eating disorder who were purposefully selected using Gormal Eating Questionnaire and General Health Questionnaire and clinical interview based on DSM-5 criteria. Subjects were randomly divided into two experimental and control groups. Pre-test was performed using craving questionnaire, cognitive flexibility questionnaire and researcher-made attentional bias assessment tool. The intervention consisted of 10 sessions of schema therapy. Data were analyzed using SPSS 23 software and MANCOVA method. **Findings:** The results of this study showed that schema therapy had a significant effect on attentional bias, cognitive flexibility and food craving in people with overeating. The results remained stable at the 45-day follow-up after the posttest. **Conclusion:** Based on the results, it can be concluded that schema therapy can be used as an effective treatment method in people with binge eating disorder.

Keywords: Binge Eating Disorder, Food Craving, Cognitive Flexibility, Attentional Bias, Schema Therapy.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر ولع مصرف مواد غذایی، سوگیری توجه به مواد غذایی و انعطاف پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال پرخوری انجام گرفت. روش: این پژوهش به صورت آزمایشی و با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه این پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلال پرخوری شهر امیدیه بودند که با استفاده از پرسشنامه پرخوری گورمالی، پرسشنامه سلامت عمومی و مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-5 ۴۰ نفر از آن‌ها به صورت هدفمند انتخاب شدند. آزمودنی‌های انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه ولع، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و ابزار محقق ساخته سنجش سوگیری توجه به مواد غذایی انجام شد. مداخله شامل ۱۰ جلسه طرحواره درمانی بود. داده‌ها با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج این تحقیق نشان داد که طرحواره درمانی بر سوگیری توجه به مواد غذایی، انعطاف‌پذیری شناختی و ولع مصرف مواد غذایی در افراد مبتلا به پرخوری تأثیر معناداری داشته است. نتایج بدست آمده در پیگیری ۴۵ روزه پس از مرحله پس‌آزمون پایدار ماند. نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری نمود که طرحواره درمانی می‌تواند به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر در افراد مبتلا به اختلال پرخوری بکار رود.

واژگان کلیدی: اختلال پرخوری، ولع مصرف غذا، انعطاف‌پذیری شناختی، سوگیری توجه، طرحواره درمانی.

*نویسنده مسئول: پروین احتشامزاده

*Corresponding Author: Parvin Ehteshamzade

Email: p_ehtesham85@yahoo.com

مقدمه

تشخیص داده شود حداقل سه مورد از این موارد باید در فرد وجود داشته باشد: غذا خوردن با سرعتی بسیار بیشتر نسبت به حالت عادی خوردن، غذا خوردن تا زمان سیری آزاردهنده، خوردن مقادیر زیادی از مواد غذایی در زمان احساس عدم گرسنگی از لحاظ جسمی، به‌تنهایی غذا خوردن به دلیل احساس خجالت نسبت به میزان زیاد غذایی که فرد می‌خورد، احساس تنفر نسبت به خود، افسردگی یا احساس گناه شدید پس از پرخوری (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). مشخص شده است که این اختلال با اختلال عملکرد، درد، بیماری‌های جسمی و روانی و مرگ مرتبط است (روید، دسجاردینز، اریگو و شاو، ۲۰۱۸). شواهد پزشکی نشان می‌دهد که پرخوری موجب بروز مشکلات جدی سلامتی همچون فشارخون بالا، دیابت، بالا رفتن کلسترول و به دنبال آن مشکلات قلبی عروقی می‌شود. همچنین پرخوری و به‌تبع آن چاقی خطر حمله قلبی و سرطان‌های خاص خصوصاً روده بزرگ، پروستات و رحم را افزایش می‌دهد و اشکال خاصی از آرتروز، کاهش کیفیت زندگی و مرگ پیش از موقع را موجب می‌گردد (هومن و همکاران، ۱۳۹۰).

پژوهش‌ها مطرح می‌کنند که اختلال پرخوری نقش مؤثری در ایجاد چاقی دارد و دوره‌های پرخوری در افراد چاق بسیار شایع است (دشت بزرگی، امیری، مظاهری و طالبی، ۱۳۹۲). از آنجاکه اختلال پرخوری یک تشخیص جدید در

بر اساس تعریف انجمن روانشناسی آمریکا اختلال پرخوری^۱ شامل دوره‌های مکرر پرخوری است که به‌طور متوسط یک‌بار در هفته بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی جهت کنترل وزن به مدت سه ماه مداوم رخ دهد. پرخوری شایع‌ترین اختلال خوردن^۲ و مهم‌ترین مشکل بهداشت عمومی در سطح جهان است (گاجیکوا، موری، کاسوتو و مک الوری،^۳ ۲۰۱۹). طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اختلال‌های خوردن عبارت هستند از: اختلال پیکا^۴، اختلال نشخوار، اختلال اجتناب از غذا^۵، بی‌اشتهایی روانی^۶، پراشتهایی روانی^۷، اختلال پرخوری و اختلال خوردن نامشخص (انجمن روانپزشکی آمریکا،^۸ ۲۰۱۳). تخمین زده می‌شود که پرخوری در جمعیت عادی ۳ درصد رواج داشته باشد (کچویی، حسنی و امراللهی نیا، ۱۳۹۴). این دسته از بیماری‌ها قبلاً مختص جوامع صنعتی و پیشرفته و به‌ویژه افرادی بود که موقعیت اقتصادی-اجتماعی متوسط و بالا داشتند درحالی‌که امروزه مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف نشان می‌دهد این دسته از بیماری‌ها مختص جوامع صنعتی و غربی نیست و نمی‌توان آن‌ها را به گروه اجتماعی و اقتصادی خاصی محدود کرد (محمودی و همکاران، ۱۳۸۹). برای اینکه فردی مبتلا به اختلال پرخوری

1. Binge-Eating
2. Eating Disorders
3. Guerdjikova, Mori, Casuto & McElory
4. Pica
5. Avoidance restrictive food intake disorder
6. Anorexia nervosa
7. Bulimia nervosa
8. American Psychiatric Association

9. Rohde, Desjardins, Arigo & Shaw

ولع به مصرف غذا پرداختند و اثربخشی این مداخله را نشان دادند. ژانگ، کوی، سانگ و ژانگ^{۱۱} (۲۰۱۸) نیز در پژوهشی که به منظور کاهش اشتیاق به مصرف غذاهای کالری بالا در زنان انجام دادند نقش تغییر در سوگیری توجه را مورد تایید قرار دادند هرچند که در این مطالعه تغییر در میزان ولع معنی دار نبود اما میزان مصرف غذاهای دارای کالری بالا در گروه مداخله کاهش یافت.

ولع^{۱۲} یک وضعیت انگیزشی فیزیولوژیکی یا روانی است که باعث می شود افراد به جستجو و مصرف مواد غذایی و سایر مواد پردازند (مول، لوتز، وگل و کوبلر^{۱۳}، ۲۰۱۲). اکثر افراد ولع غذایی را تجربه کرده اند و آن را به صورت میل و اشتیاق به خوردن یک غذای خاص توصیف می کنند (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). افرادی که ولع مصرف مواد غذایی را به گونه ای شدیدتر و به دفعات بیشتر تجربه می کنند، به احتمال بیشتر به اضافه وزن و یا اختلالات مرتبط با خوردن دچار می شوند (زیلابی سندگانی، ۱۳۹۵). در مطالعات صورت گرفته در این زمینه ولع مصرف مواد غذایی به عنوان هدفی تعریف شده است که مداخلات مرتبط با چاقی و اختلال پرخوری باید بر آن تمرکز کنند چرا که به عنوان یکی از عوامل خطر مرتبط با رفتار پرخوری مورد قبول قرار گرفته است (ورزیل، آلیک، شلاوچ و رانکورت^{۱۴}، ۲۰۱۸).

یکی دیگر از متغیرهای مهم در بیماران مبتلا به

DSM-5^{۱۵} است، مطالعات کمی در مورد نحوه شکل گیری آن انجام شده است (کوبر و باسول^{۱۶}، ۲۰۱۸) و مطالعات انجام شده نیز بیشتر عارضه چاقی و مشکلات ناشی از آن را مورد توجه قرار داده اند (گاچیکوا و همکاران، ۲۰۱۹).

سوگیری توجه به مواد غذایی^{۱۷} یکی از عوامل مؤثر در ایجاد اختلال پرخوری است. سوگیری توجه به معنی گرایش به اولویت دان به پردازش برخی محرک ها در تقابل با سایر محرک ها است (آزریل و بارهایم^{۱۸}، ۲۰۲۰). داده ها نشان می دهند که افراد مبتلا به اختلال خوردن در مقایسه با افراد غیر مبتلا سوگیری توجه بیشتری نسبت به غذا دارند (کسلر، هوستون، هرمان و پوتنزا^{۱۹}، ۲۰۱۶). سوگیری توجه در افراد مبتلا به اختلال پرخوری از نوع گوش به زنگی است که باعث جلب توجه محرک های مرتبط با خوردن شده (اشمیتس و همکاران، ۲۰۱۴) و می تواند باعث ایجاد وسوسه و ولع به غذا خوردن در افراد شود که این مساله در مورد افراد چاق بیشتر صدق می کند (سیو ولی^{۲۰}، ۲۰۲۱؛ لزی، لاپانه، پالویلیز و تریشور^{۲۱}، ۲۰۲۰؛ لیو، روفز، ورتمن و ندرکون^{۲۲}، ۲۰۱۹). ارتباط سوگیری توجه با اختلال خوردن در مطالعات اخیر نشان داده شده است (اسمیت^{۲۳} و همکاران، ۲۰۲۰). اسمیتز و اسوالدی^{۲۴} (۲۰۱۷) به بررسی اثربخشی تغییر سوگیری توجه بر میزان

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)

2. Kober & Boswell

3. Attentional bias

4. Azriel, & Bar-Haim

5. Kessler, Huston, Herman & Potenza

6. Seo & Lee

7. Leslie, Leppanen, Paloyelis & Treasure

8. Liu, Roefs, Werthmann, & Nederkoorn

9. Smith

10. Schmitz & Svaldi

0

1. Zhang, Cui, Sun, & Zhang

1. Craving

1. Meule, Lutz, Vögele, & Kübl

1. Verzijl, Ahlich, Schlauch, & Rancourt

افضلی و همکاران: اثربخشی طرحواره درمانی بر ولع مصرف مواد غذایی، انعطاف‌پذیری شناختی و سوگیری توجه به مواد ...

طرحواره درمانی^۶ می‌تواند درمانی مناسب برای افراد مبتلا به اختلال پرخوری باشد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه که از احساسات، پاسخ‌های جسمانی و عمیق‌ترین سطح شناخت تشکیل شده‌اند، عبارت‌اند از: موضوعات بسیار پایدار و ماندگاری که در دوران کودکی ایجاد می‌شوند و در طول زندگی فرد ادامه می‌یابند و الگوهای برای پردازش تجربیات بعدی فراهم می‌سازند (یانگ، ۱۹۹۹). طرحواره‌ها به‌عنوان باورهای سخت و بدون قید و شرط در مورد خود، دیگران و جهان عمل می‌کنند. آن‌ها مخرب هستند و منجر به اختلال و ناراحتی مکرر در روابط با دیگران و مستقیماً در رابطه با خود می‌شوند. هنگامی که فعال می‌شوند منجر به سطوح بالای برانگیختگی عاطفی می‌شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). این طرحواره‌ها می‌توانند منطق ایجاد اختلالات خوردن را توضیح دهند. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که حالات عاطفی غیر قابل تحمل مرتبط با فرآیندهای طرحواره‌ای، تعیین‌کننده دست زدن فرد به رفتار پرخوری هستند. به عبارتی رفتار پرخوری برای فرار از عواطف مرتبط با طرحواره‌های فعال شده ایجاد می‌شود که می‌تواند تبیین‌کننده آسیب‌شناسی اختلالات خوردن باشد (رسولی^۷ و همکاران، ۲۰۲۰؛ سیمپسون، مورو و رید^۸، ۲۰۱۰). پژوهش‌های متعددی درباره نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی انجام شده است. به‌عنوان مثال باسیله، تلور و مانچینی^۹ (۲۰۱۹) نشان دادند که

اختلال پرخوری انعطاف‌پذیری شناختی^۱ است که به‌صورت توانایی افراد برای تغییر شناخت‌هایشان در راستای سازگاری با تغییرات محیطی تعریف می‌شود (هون، هینسون، ویتنی و واندونگن^۲، ۲۰۱۹). مطالعات نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال پرخوری در توانایی ایجاد تغییر دچار مشکل هستند و نمی‌توانند رفتارها و شناخت‌هایشان را در راستای ایجاد سازگاری با تغییرات صورت گرفته در محیط تعدیل کنند (پرپینا، سگورا و سانچز^۳، ۲۰۱۷). مشکل این افراد در ایجاد تغییر به این شکل است که از راهکارهای غیر منعطف برای حل مشکلات استفاده می‌کنند، کارها را به شکل روتین و غیر منعطف انجام می‌دهند (کوری و همکاران^۴، ۲۰۲۰). این ناتوانی باعث می‌شود که این افراد، رفتارهای یکنواخت و محدودکننده را باوجود خطراتی که ممکن است به لحاظ فیزیکی و روانی برای آن‌ها ایجاد کنند ادامه بدهند (سگورا^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). سگورا و همکاران (۲۰۱۹) در مقایسه بین افراد سالم و افراد مبتلا به چاقی و اختلال خوردن، ضعف انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال خوردن را نشان دادند. یکی از درمان‌های رایج در مورد اختلال پرخوری دارودرمانی است که اثرات بلندمدت آن زیرسوال است لذا درمان‌های روانشناختی در مورد افراد مبتلا به این اختلال می‌توانند مورد استفاده قرار بگیرند (کهتری هرزنق، پورشریفی و حشمتی، ۱۳۹۸). باتوجه به آنچه گفته شد

6. Schema therapy

7. Rasouli

8. Simpson, Morrow & Reid

9. Basile, Tenore, & Mancini

1. Cognitive flexibility

2. Honn, Hinson, Whitney, & Van Dongen

3. Perpiñá, Segura, & Sánchez

4. Cury

5. Segura

روش

روش مطالعه حاضر تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به پرخوری مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تغذیه و کنترل وزن بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های شهر امیدیه بودند که در فاصله زمانی تیر تا مردادماه ۱۳۹۸ با دریافت رضایت آگاهانه، آمادگی خود را جهت شرکت در این مطالعه اعلام کرده بودند. تأییدیه اخلاقی این پژوهش توسط معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز صادر شده است. در این پژوهش ضمن کسب رضایت آگاهانه تمامی شرکت‌کنندگان از حقوق خود به‌عنوان شرکت‌کننده مطلع شدند. اطلاعات مربوط به همه شرکت‌کنندگان نیز محرمانه نگاه داشته شد. از بین داوطلبین پس از پر کردن پرسشنامه جمعیت‌شناختی و پرسشنامه پرخوری گورمالی (۱۹۸۲) ۸۵ نفر برای مصاحبه انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل دامنه‌ی سنی ۶۰-۲۰ سال، نمره بالاتر از ۱۷ در پرسشنامه پرخوری گورمالی، ابتلا به اختلال پرخوری بر اساس مصاحبه بالینی برگرفته از ملاک‌های DSM-5 توسط درمانگر، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، نداشتن اختلال روانپزشکی عمده، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم سابقه مصرف داروهای کاهش وزن یا شرکت در برنامه‌های کاهش وزن همزمان با فرایند مداخله بودند که همگی توسط سؤال کلی و به‌صورت خوداظهاری از شرکت‌کنندگان پرسیده شدند. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از عدم تمایل به ادامه فرآیند و غیبت در

در افراد دارای چاقی و اضافه‌وزن بدکارکردی‌های بیشتری در طرحواره‌های ناسازگار اولیه وجود دارد. یونوکا^۱ و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و انواع اختلالات خوردن ارتباط وجود دارد. هیوز و همکاران دریافتند که شناخت‌های مربوط به خوردن و طرحواره محرومیت هیجانی ۱۲ درصد تغییرات پرخوری را تبیین می‌کنند. والر نشان داد زنان مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با زنان گروه شاهد در اغلب طرحواره‌ها نمرات بیشتری کسب می‌کنند (مولودی و همکاران، ۱۳۸۹)؛ بنابراین طرحواره درمانی می‌تواند کمک شایانی در درمان این اختلال داشته باشد. در اکثر مطالعاتی که در این زمینه انجام شده است اثرات طرحواره درمانی بر روی طرحواره‌های مؤثر در ایجاد اختلال و سایر متغیرهای مرتبط با سلامتی مانند اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفته است؛ اما تأثیر طرحواره درمانی بر روی متغیرهای زیربنایی‌تر که می‌توانند مکانیسم ایجاد اختلال و نیز مکانیسم تاثیرگذاری طرحواره درمانی بر درمان اختلال پرخوری را تبیین کنند مانند انعطاف‌پذیری شناختی و سوگیری توجه کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به آنچه گفته شد پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر میزان ولع، سوگیری توجه و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلال پرخوری انجام شده است.

افضلی و همکاران: اثربخشی طرحواره درمانی بر ولع مصرف مواد غذایی، انعطاف‌پذیری شناختی و سوگیری توجه به مواد ...

راردین^۳ (۱۹۸۲): این مقیاس به منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی شده است. این مقیاس با استفاده از ۱۶ سؤال ابعاد شناختی-عاطفی و رفتاری اختلال پرخوری را می‌سنجد. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم چهارگزینه‌ای و دو آیتم سه‌گزینه‌ای است که دامنه آن از خیلی موافق (نمره ۴) تا کاملاً مخالف (نمره صفر) گسترده است. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۴۶ است. در این مقیاس نمرات پایین‌تر از ۱۷ نشان‌دهنده عدم ابتلا به اختلال پرخوری عصبی است. موتابی، مولودی، دژکام و امیدوار (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۷۲، روش دومینم سازی ۰/۶۷ و روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین ضریب حساسیت و ویژگی نسخه فارسی مقیاس پرخوری با استفاده از نقطه برش ۱۷ به ترتیب ۰/۸۴/۶ و ۰/۸۰/۸ بود. در این پژوهش میزان پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ بدست آمد.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی^۴ (CFI): این پرسشنامه توسط دنیس و وندروال^۵ (۲۰۱۰) ساخته شده است و با استفاده از ۲۰ سوال توانایی فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمد را مورد بررسی قرار می‌دهد. سؤالات بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) نمره‌گذاری می‌شوند و کسب نمره بیشتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر در فرد است. امتیاز

بیشتر از ۲ جلسه درمانی. پس از مصاحبه با توجه به حجم نمونه در مطالعات قبلی (رسولی و همکاران، ۲۰۲۰؛ کالورت، اسمیت، بروکمن و سیمپسون، ۲۰۱۸) و نیز تعداد مناسب اعضا در گروه درمانی و با در نظر گرفتن احتمال ریزش تعداد شرکت‌کنندگان (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۹) ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه ولع به غذا (PFQ-T) (سپتا-بنیتو، ۲۰۰۰): این پرسشنامه با استفاده از ۳۹ سؤال میزان ولع به غذا را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌ها روی مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۶) پاسخ داده می‌شوند. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌شوند. دامنه نمرات از ۳۹ تا ۲۳۴ متغیر است و نمره بیشتر نشان‌دهنده ولع بیشتر است. پژوهش کچویی و اشرفی (۱۳۹۵) ضمن تأیید روایی این آزمون، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ و همچنین پایایی بازآزمایی را ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ گزارش کردند. همچنین این نویسندگان روایی همگرا و واگرایی این ابزار را از طریق همبسته کردن نمرات آن با خوردن بیرونی، خوردن هیجانی و نگرانی درباره رژیم و خوردن مهارشده نشان دادند. در این پژوهش میزان پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

مقیاس پرخوری گورمالی، بلاک، داستون و

3. Gormally, Black, Daston & Rardin
4. Cognitive flexibility index
5. Dennis, Vander Wal

1. American Psychological Association
2. Cepeda-Benito

جانشین یکی از این محرک‌ها می‌گردد. آزمودنی‌ها باید هرچه سریع‌تر کلیدی را فشار دهند. آزمودنی‌ها زمانی قادر خواهند بود نقطه را سریع‌تر کشف کنند که قبلاً به موقعیتی که نقطه در آن ظاهر می‌شود توجه کرده باشند. منطق آزمایش این است که افراد به نقطه‌ای سریع‌تر پاسخ می‌دهند که در نواحی دیداری مورد توجه‌شان باشد. زمان واکنش نسبت به تصاویر و شاخص توجه انتخابی، دو پرونداد اصلی آزمون دات پروب هستند. نمره توجه انتخابی فرد با کم کردن میانگین زمان نوبت‌های همخوان، از میانگین زمان نوبت‌های ناهمخوان به دست می‌آید. برای ساخت آزمایش دات پروب سوگیری توجه به غذا ابتدا ۳۰۰ تصویر از غذاهای مختلف و همچنین ۳۰۰ تصویر خنثی انتخاب شد و از لحاظ شاخص‌های گرافیکی همسان شدند. به منظور سنجش روایی محتوایی این آزمون، ابتدا ۳۰۰ تصویر انتخابی از مواد خوراکی و مواد و اشیاء غیر خوراکی برای ۵۰ نفر از دانشجویان دارای سلامت روان و غیر مبتلا به پرخوری به نمایش گذاشته شدند. با توجه به نمره‌های داده شده به هر تصویر در نهایت ۲۰۰ تصویر محرک هیجانی (غذا) و ۲۰۰ تصویر خنثی انتخاب شد و در برنامه قرار گرفتند.

تصاویر گنجانده شده در فایل پرده‌نگار برای دانشجویان به نمایش گذاشته شد و هر دانشجو بر اساس خوشایند بودن و ایجاد اشتیاق به غذا به هر تصویر نمره‌ای بین ۱ تا ۱۰ اختصاص داد. بعد از احتساب نمره کلی هر تصویر ۲۰۰ تصویر که بیشترین نمره را کسب کردند انتخاب شدند. در

فرد در این پرسشنامه از مجموع امتیازات همه سؤالات بدست می‌آید. این پرسشنامه سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را می‌سنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به‌عنوان موقعیت‌های قابل کنترل (ادراک کنترل‌پذیری) ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها (ادراک توجیه رفتار) ج) توانایی ایجاد چندین راه‌حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت (ادراک گزینه‌های مختلف). دنیس و وندروال (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که این پرسشنامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار است و پایایی به روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ گزارش کردند. در ایران شاره، فرمانی و سلطانی (۲۰۱۳) ضریب اعتبار بازآزمایی را ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ گزارش کردند و روایی عاملی، همگرایی آن را تأیید کردند. همچنین کهندانی و ابوالمعانی (۱۳۹۶) نیز روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار دادند. در این پژوهش میزان پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد.

آزمون سوگیری توجه به مواد غذایی: با توجه به اینکه در ایران ابزاری جهت سنجش سوگیری توجه به مواد غذایی وجود نداشت این ابزار با استفاده از نرم‌افزار فلش و آزمایش دات پروب توسط محقق ساخته و اعتباریابی شد. آزمایش دات پروب ابتدا از سوی مک لئود (۱۹۸۶) و دیگران بر اساس الگوی روانشناسی تجربی شناختی ساخته شد. در این آزمایش یک محرک هیجانی به همراه یک محرک خنثی برای مدت نسبتاً کوتاهی (۵۰۰ هزارم ثانیه) ارائه می‌شوند، سپس نقطه‌ای

افضلی و همکاران: اثربخشی طرحواره درمانی بر ولع مصرف مواد غذایی، انعطاف‌پذیری شناختی و سوگیری توجه به مواد ...

انجام ۱۶۰ کوشش صحیح به کار خود ادامه می‌داد. تصاویر ارائه‌شده شامل ترکیب مساوی از تصاویر غذا - خنثی و خنثی - غذا بودند. شاخص سوگیری توجه به مواد غذایی برای هر آزمودنی از تفریق مجموع زمان واکنش پاسخ‌های همخوان (تصویر غذا و نقطه در جهت موافق) از مجموع زمان واکنش پاسخ‌های ناهمخوان (تصویر غذا و نقطه در جهت مخالف) به دست می‌آمد. پس از ساخت آزمایش به صورت فرمت رایانه‌ای، جهت بررسی روایی افتراقی، آزمایش برای یک گروه ۶۰ نفره مجزا از نمونه پژوهش که بر اساس پرسشنامه گورمالی (۱۹۸۲) و مصاحبه بالینی واجد اختلال پرخوری بودند و ۶۰ نفر از افرادی که ملاک‌های پرخوری را نداشتند، اجرا شد. گروه پرخوری دارای میانگین $۸/۰۵۰$ و انحراف معیار $۲۰/۵۳۴$ و گروه سالم با میانگین $۳/۰۵۰$ و انحراف معیار $۱۵/۱۱۲$ و t حاصل برابر با $۸/۱۷۵$ بود که تفاوت دو گروه از نظر آماری تایید گردید. نتیجه حاکی از توان معنی‌دار آزمایش ساخته شده در تمایز بین دو گروه دارای اختلال پرخوری و گروه بهنجار بود. جهت بررسی پایایی آزمایش، از دو روش آلفای کرونباخ و روش آزمون بازآزمون استفاده شد. آلفای کرونباخ $۰/۹۶$ و ضریب همبستگی در آزمون بازآزمون $۰/۸۱$ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب این آزمایش می‌باشد.

مورد تصاویر خنثی نیز از همین روش استفاده شد و ۲۰۰ تصویر از بین ۳۰۰ تصویر که از لحاظ دانشجویان دارای بیشترین نمره از لحاظ خنثی بودن را داشتند انتخاب شدند. جهت اجرای این آزمایش از یک یارانه نوت بوک hp-4540s با پردازنده i5 و ۴ گیگابایت رم استفاده شد. آزمودنی در فاصله ۵۰ سانتی‌متری رایانه قرار می‌گرفت. تصاویر و نقطه در دو کادر مستطیل شکل با فاصله ۲ سانتی‌متر از نقطه تثبیت مرکزی صفحه‌نمایش ارائه گردید. ابتدا کادر خالی و نقطه تثبیت در مرکز صفحه برای مدت ۵۰۰ هزارم ثانیه ارائه گردید از آزمودنی خواسته شد که به نقطه تثبیت توجه کند. سپس دو تصویر در سمت چپ و راست نقطه تثبیت به مدت ۵۰۰ هزارم ثانیه ارائه می‌شدند و بلافاصله بعد از محو شدن تصویرها، نقطه (ستاره) به صورت تصادفی با توجه به الگوریتم برنامه در سمت چپ یا راست ارائه شد. آزمودنی به محض مشاهده نقطه (ستاره) باید در کوتاه‌ترین زمان ممکن و به صورت صحیح جهت نقطه (ستاره) را تشخیص داده و کلید جهتی متناظر با آن را روی صفحه کلید فشار می‌داد. رایانه فاصله زمانی نمایش نقطه (ستاره) و فشردن کلید جهتی را برحسب هزارم ثانیه ثبت می‌کرد. آزمودنی قبل از شروع فرآیند اصلی طی مرحله وارم آپ با استفاده از ۱۵ بار تلاش آزمایشی با نحوه انجام کار آشنا می‌شد. سپس طی فرآیند اصلی هر آزمودنی باید به ۱۶۰ کوشش صحیح پاسخ می‌داد. کوشش‌های اشتباه توسط الگوریتم برنامه شناسایی و حذف شده و برنامه تا

جدول ۱. پروتکل طرحواره درمانی

| جلسه | هدف | روش | تکلیف |
|-------|--|--|--|
| اول | ایجاد ارتباط اولیه؛ بیان اهداف، روش کار و تعامل، تعیین اهداف و تغییرات مطلوب در بین اعضای گروه؛ مطرح کردن قوانین گروه و مسئله مهم رازداری؛ فراهم سازی زمینه اعتماد؛ آموزش مفهوم طرحواره و طرحواره درمانی | آموزش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و نیازهای هیجانی بنیادین، تجارب اولیه زندگی به زبانی ساده و مفهوم، بیان مثال‌هایی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و چگونگی شکل‌گیری آن‌ها. | اجرای فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. |
| دوم | درک ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها در دوران کودکی و نوجوانی؛ ربط دادن طرحواره‌ها به مشکلات فعلی مراجعان | استفاده از تکنیک‌های تجربی به‌خصوص تصویرسازی ذهنی؛ توجه به طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای فعال‌شده مراجعان در حین جلسه | انجام تکنیک تصویرسازی ذهنی در خارج از جلسه و توجه به طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای برانگیخته‌شده در تصویر ذهنی. |
| سوم | آشناکردن اعضا با سبک‌های مقابله‌ای تسلیم، اجتناب، جبران افراطی، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای. | بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه؛ بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای | بررسی بیشتر و یادداشت سبک‌های مقابله‌ای خود خارج از گروه. |
| چهارم | چالش با طرحواره از بعد شناختی از طریق تبدیل طرحواره به باور مرکزی وجود باورهای زیربنایی فکری | تکنیک پیکان روبه پایین، تکنیک تعریف واژه‌ها. | استفاده از تکنیک پیکان روبه پایین درباره افکار مختلف ایجادشده در ذهنشان؛ |
| پنجم | بی‌اعتقاد کردن مراجعان به شواهد حمایت‌کننده طرحواره؛ پیدا کردن احساس‌هایی از سبک‌های خوگرفته شده تفکر؛ کسب کردن روش‌های تفکر و احساس جدیدتر و سالم‌تر | تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره؛ بکاربردن تکنیک گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره؛ در نظر گرفتن شواهدی از دوران اولیه کودکی مراجعان؛ ایفای نقش هر دو جنبه طرحواره از طریق تکنیک صندلی خالی | بکاربردن تکنیک‌های آموخته‌شده در بیرون از جلسه |
| ششم | یادگیری مهارت‌هایی به منظور مقابله با طرحواره‌ها به هنگام برانگیخته‌شدن در موقعیت‌های روزمره | تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی طرحواره | ساخت کارت آموزشی. |
| هفتم | برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار اولیه؛ بازوالدینی مراجعان به منظور بهبود هیجان‌ها و ارضای نسبی نیازهای برآورده نشده | تصویرسازی ذهنی. - تصویرسازی از دوران کودکی؛ ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال | تمرین تکنیک تصویرسازی در خارج از جلسه |
| هشتم | شناسایی نیازهای ارضا نشده؛ توانمندسازی مراجعان برای جنگیدن در برابر طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره؛ پیدا کردن راه‌های جدید برقراری ارتباط | برقراری گفت‌وگوی خیالی با والدین در جلسه از طریق روش صندلی خالی؛ تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی. | نوشتن نامه به والدین. تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش تهیه کارت‌های آموزشی |
| نهم | جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تر به جای الگوهای رفتاری طرحواره‌ها؛ | تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر؛ افزایش انگیزه برای تغییر رفتار. | ارتباط دادن رفتار آماجی با ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار؛ |
| دهم | جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در کل جلسات؛ گرفتن بازخورد از اعضا؛ و اجرای پس‌آزمون | بحث و تبادل نظر | رفع مشکلات و ابهامات اعضای گروه |

افضلی و همکاران: اثربخشی طرحواره درمانی بر ولع مصرف مواد غذایی، انعطاف‌پذیری شناختی و سوگیری توجه به مواد ...

روند اجرای پژوهش

به‌منظور اجرای مداخله پژوهش، ابتدا برای هر دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌های ولع خوردن، سوگیری توجه به مواد غذایی، انعطاف‌پذیری شناختی اجرا گردید. برای گروه مداخله جلسات طرحواره درمانی به میزان ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. بعد از انجام مداخله شرکت‌کنندگان هر دو گروه دوباره به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. دوره پیگیری ۴۵ روزه بود و دوباره پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. در طی انجام مداخلات با توجه به عدم همکاری تعدادی از شرکت‌کنندگان، تعداد نهایی آزمودنی‌ها در هر گروه به ۱۶ نفر کاهش یافت. همچنین بعد از اتمام پژوهش جهت رعایت اصول اخلاقی از شرکت‌کنندگان گروه کنترل دعوت به عمل آمد و جلسات درمانی در مورد این شرکت‌کنندگان نیز اجرا گردید.

یافته‌ها

جهت متناسب‌سازی طرحواره درمانی برای مداخله در اختلال پرخوری تغییراتی انجام شد که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود: در جلسات درمانی بر طرحواره‌هایی که در مطالعات قبلی به‌عنوان مثال رهاشدگی / بی‌ثباتی (محمودیان دستنایی و همکاران، ۱۳۹۶) و طرحواره‌های محرومیت هیجانی و خویشترداری و خودانضباطی ناکافی (مولودی و همکاران، ۱۳۸۹) تأثیر آن‌ها بر اختلال پرخوری مشخص شده بود تمرکز بیشتری شد. همچنین با توجه به اینکه رفتارهای پرخوری به اجتناب ثانویه از هیجان منفی از طریق فرایند اجتناب از طرحواره مربوط

می‌شوند (ریزو، تویت، استین و یانگ، ۱۳۹۴) تمرکز بیشتری بر این سبک مقابله‌ای انجام شد. در زمینه متناسب‌سازی تکنیک‌ها نیز تغییراتی اعمال شد: هنگامی که باورهای مشکل‌ساز به‌صورت جسمی ابراز می‌شوند می‌توان آن‌ها را به‌عنوان یک احساس جسمی مورد هدف قرار داد. درمانگر از طریق بازسازی تصویر، تن به مراجعان کمک می‌کند تا احساساتی درباره بدنشان داشته باشند که حاکی از "اعتمادبه‌نفس، قدرت و محافظت هستند" تا بتوانند احساسات درباره بدن خود را تحمل کنند. همچنین آموزش به افراد گروه برای استفاده از تکنیک خودپایشی علاوه بر افکار و احساسات، غذاهای مصرف شده و کالری مصرفی را نیز دربر می‌گیرد (ریزو و همکاران، ۱۳۹۴).

بررسی یافته‌های جمعیت شناختی در جدول شماره ۲ ارائه شده است. همانگونه که نتایج این جدول نشان می‌دهد از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود ندارد و گروه کنترل و گروه طرحواره‌درمانی از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی همگن بوده‌اند. میانگین و انحراف استاندارد هرکدام از متغیرهای اصلی پژوهش در هر دو گروه طرحواره درمانی و کنترل در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

| سن | قد | وزن | سطح تحصیلات | | | جنسیت | | گروه |
|-----------|-----------|-----------|-------------|---------|-----------|-------|----|----------------|
| | | | (N) | (N) | (N) | مرد | زن | |
| M (SD) | M (SD) | M (SD) | کارشناسی | کاردانی | زیر دیپلم | | | |
| ۳۱/۲۵ | ۱۶۵/۸۸ | ۸۴/۷۵ | ۷ | ۵ | ۴ | ۶ | ۱۰ | طرحواره‌درمانی |
| (۷/۹۷) | (۸/۷۵) | (۹/۴۷) | | | | | | |
| ۳۲/۲۵ | ۱۶۵/۵۶ | ۸۲/۱۹ | ۱۰ | ۳ | ۳ | ۶ | ۱۰ | کنترل |
| (۸/۹۷) | (۹/۹۸) | (۹/۵۵) | | | | | | |
| ۰/۷۴ | ۰/۹۲ | ۰/۴۵ | ۰/۰۶ | | | ۰/۱۵ | | P |

جدول ۳. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| گروه | ولع | سوگیری توجه | | انعطاف‌پذیری شناختی | |
|---------|---------|-------------|----------|---------------------|----------|
| | | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| طرحواره | ۱۵۵/۶۳ | ۱۴۷/۰۶ | ۱۱/۲۵ | ۳/۵۰ | ۹۳/۶۳ |
| درمانی | (۲۱/۷۸) | (۲۶/۴۷) | (۱۹/۱۵) | (۲۰/۱۷) | (۱۳/۸۰) |
| کنترل | ۱۵۴/۵۶ | ۱۵۴/۱۹ | ۹/۵۶ | ۱۰/۸۸ | ۸۸/۸۸ |
| | (۲۸/۲۸) | (۲۸/۱۷) | (۲۲/۵۴) | (۲۰/۸۵) | (۱۷/۵۹) |

شامل خطی بودن؛ هم خطی چندگانه؛ همگنی واریانس‌ها؛ همگنی شیب‌های رگرسیون^۴ و نرمال بودن داده‌ها و برابری واریانس‌ها مورد بررسی

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند چند مفروضه تحلیل کوواریانس

- 1Linearity
- 2Multicollinearity
- 3Homogeneity of variance
- 4Homogeneity of regression

افضلی و همکاران: اثربخشی طرحواره درمانی بر ولع مصرف مواد غذایی، انعطاف‌پذیری شناختی و سوگیری توجه به مواد ...

قرار گرفتند. بعد از اطمینان از محقق شدن جهت بررسی تاثیر مداخله در پس‌آزمون استفاده پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس از این روش شد. نتایج در جداول شماره ۴ و ۵ ذکر شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌ها

| آزمون | ارزش | F | درجه آزادی | درجه آزادی خطا | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|-------------------------|------|------|------------|----------------|---------------|------------|
| اثر پیلاپی ^۱ | ۰/۴۶ | ۷/۱۲ | ۳ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۶ |

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته شامل ولع، سوگیری توجه به مواد غذایی و انعطاف‌پذیری شناختی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش با کنترل پیش‌آزمون‌ها

| متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری | ضریب اتا |
|---------------------|---------------|------------|-----------------|------|---------------|----------|
| ولع | ۴۹۱/۴۴ | ۱ | ۴۹۱/۴۴ | ۵/۱۶ | P=۰/۰۳ | ۰/۱۶ |
| سوگیری توجه | ۶۴۳/۷۴ | ۱ | ۶۴۳/۷۴ | ۶/۸۷ | P=۰/۰۱ | ۰/۲۰ |
| انعطاف‌پذیری شناختی | ۶۷/۱۹ | ۱ | ۶۷/۱۹ | ۴/۵۶ | P=۰/۰۴ | ۰/۱۴ |

باتوجه به نتایج ذکرشده در جدول شماره ۵ در متغیر وابسته ولع (F=۵/۱۶ و P=۰/۰۳) و انعطاف‌پذیری شناختی (F=۶/۸۷ و P=۰/۰۱) و سوگیری توجه به مواد غذایی (F=۴/۵۶) و P=۰/۰۴ بین دو گروه طرحواره درمانی و کنترل در نمره‌های پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای مشخص شدن ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری انجام و نتایج در جدول شماره ۶ ذکر شده است.

جدول ۶. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پیگیری با کنترل پیش‌آزمون‌ها

| آزمون | ارزش | F | درجه آزادی | درجه آزادی خطا | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|------------|------|------|------------|----------------|---------------|------------|
| اثر پیلاپی | ۰/۵۰ | ۸/۳۷ | ۳ | ۲۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۰ |

جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که بین دو گروه در مرحله پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته شامل ولع، سوگیری توجه به مواد غذایی و انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه روی میانگین نمره‌های پیگیری با کنترل پیش‌آزمون‌ها

| متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری | ضریب اتا |
|---------------------|---------------|------------|-----------------|------|---------------|----------|
| ولع | ۵۴۲/۷۶ | ۱ | ۵۴۲/۷۶ | ۴/۷۶ | $P=۰/۰۳$ | ۰/۱۵ |
| سوگیری توجه | ۵۹۸/۷۵ | ۱ | ۵۹۸/۷۵ | ۷/۳۳ | $P=۰/۰۱$ | ۰/۲۱ |
| انعطاف‌پذیری شناختی | ۹۰/۴۰ | ۱ | ۹۰/۴۰ | ۷/۱۸ | $P=۰/۰۱$ | ۰/۲۱ |

رید^۲ (۲۰۱۰)؛ محمودیان و همکاران (۱۳۹۹)؛ ایل‌بیگی قلعه‌نی و همکاران (۱۳۹۴) همخوان است. طرحواره‌هایی که در درمان هدف قرار می‌گیرند الگوهای ماندگار و ناقصی هستند که به‌طور معمول در اوایل زندگی شروع می‌شوند. این الگوها متشکل از افکار و احساسات منفی ناکارآمدی هستند که بارها و بارها تکرار شده‌اند و موانعی را برای رسیدن به اهداف و برآورده کردن نیازهای فرد ایجاد می‌کنند (رافائل، برنشتاین و یانگ، ۲۰۱۱). در طرحواره درمانی هدف این است که ابتدا طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تجربیات ابتدایی که اختلال در نتیجه آن‌ها ایجاد شده است شناسایی شوند و سپس با تغییر در این طرحواره‌ها سابق فرد به رفتارهای مربوط به خوردن کاهش یابد (مکیتاش و همکاران، ۲۰۱۶). طرحواره‌ها از طریق سه فرآیند اجتناب، تسلیم و جبران قوی می‌شوند و پایه‌ای را برای ایجاد رفتارهای جبرانی مرتبط با خوردن فراهم

بر اساس نتایج جدول شماره ۷ در متغیر وابسته ولع ($F=۴/۷۶$ و $P=۰/۰۳$) و انعطاف‌پذیری شناختی ($F=۷/۳۳$ و $P=۰/۰۱$) و سوگیری توجه به مواد غذایی ($F=۷/۱۸$ و $P=۰/۰۱$) بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره‌های پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر ولع مصرف مواد غذایی و سوگیری توجه به مواد غذایی و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال پرخوری بود. یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش معنی‌دار ولع مصرف مواد غذایی و سوگیری توجه به مواد غذایی و افزایش معنی‌دار انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال پرخوری شده است. نتایج بدست آمده با نتایج مطالعات مکیتاش^۱ و همکاران (۲۰۱۶)؛ سیمپسون، مور و

افضلی و همکاران: اثربخشی طرحواره درمانی بر ولع مصرف مواد غذایی، انعطاف‌پذیری شناختی و سوگیری توجه به مواد ...

نامناسب و توانایی دستیابی به پاسخ‌های جایگزین دوردست‌تر تعریف می‌شود. طرحواره‌درمانی با استفاده از تکنیک‌ها و تمرینات شناختی، هیجانی و رفتاری، فرد دارای اختلال خوردن را قادر می‌سازد که وقتی افکار خوردن در نتیجه فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار به ذهن می‌آیند آن‌ها را واضح‌تر مشاهده کند و به جای برخورد منفعلانه به صورت آگاهانه و فعالانه این الگوی پاسخی را پشت سر بگذارد که نتیجه آن، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی است.

ولع را می‌توان به صورت یک حالت انگیزشی فیزیولوژیکی یا روان‌شناختی تعریف کرد که رفتارهای ماده جویی و بلعی نسبت به غذا یا مواد را افزایش می‌دهد (کجویی و اشرفی، ۱۳۹۵)؛ بنابراین اگر در نتیجه تغییر طرحواره‌ها، انگیزه‌های روان‌شناختی برای جستجوی غذا کاهش یابد یا از بین برود؛ در واقع ولع کاهش یافته است و مواد غذایی کمتر دامنه توجه بیمار را تسخیر می‌کنند، چرا که همانگونه که در مقدمه گفته شد سوگیری توجه به معنی گرایش به اولویت دان به پردازش برخی محرک‌ها در تقابل با سایر محرک‌ها است (آزریل و باره‌ایم، ۲۰۲۰). به عبارتی مواد غذایی نسبت به سایر متغیرها کمتر در دامنه توجه فرد قرار می‌گیرند. این تغییرات را به این صورت می‌توان تبیین نمود که در افراد گروه مداخله، سوگیری توجه از حالت گوش‌به‌زنگی به حالت اجتنابی تغییر پیدا کرده است. سوگیری توجه در افراد مبتلا به پرخوری از نوع گوش‌به‌زنگی است (اشمیتس و همکاران، ۲۰۱۴) که باعث می‌شود

می‌کنند (کالورت و همکاران، ۲۰۱۸). تجارب منفی و آسیب‌زا که الگوهای ناسازگار را شکل می‌دهند زمینه ایجاد اختلال‌های خوردن را فراهم می‌کنند. به عنوان مثال لوک^۱ و همکاران (۲۰۰۵) عنوان کرده‌اند که فعال شدن طرحواره رهاشدگی باعث افزایش مصرف غذا می‌شود و به عنوان راهی برای اجتناب از تجربه هیجانات منفی عمل می‌کند. محمدخانی، مولودی و فاطمی (۲۰۱۷) نیز در پژوهشی که بر روی زنان چاق انجام داده‌اند نتیجه مشابهی را گزارش کرده‌اند. رسولی و همکاران (۲۰۲۰) نیز در پژوهشی اثربخشی طرحواره درمانی بر خودتنظیمی و نگرش خوردن در دختران مبتلا به اختلال پرخوری را نشان دادند. طرحواره در عواطف و هیجان‌های بیمار نفوذ می‌کند و سبک مقابله‌ای بیمار را تغییر می‌دهد. این سبک مقابله‌ای در افراد مبتلا به اختلال پرخوری غذا خوردن است. این سبک مقابله‌ای است که در بیماران مبتلا به این اختلال باعث ایجاد ولع می‌شود، توجه آن‌ها را به سمت مواد غذایی جلب می‌کند و انعطاف‌پذیری شناختی را از آن‌ها می‌گیرد. محمدی و همکاران (۱۳۹۹) نیز اثربخشی طرحواره درمانی بر روی انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر را نشان دادند. فیشر، سموت و دلفابرو^۲ (۲۰۱۶) و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ارتباط است. انعطاف‌پذیری شناختی همچنین به عنوان توانایی فرد در بازداری از یک پاسخ غالب اما ناکارآمد و

1Luck

2Fischer, Smout, & Delfabbro

3Azriel, & Bar-Haim

که با طرحواره‌های ناسازگار خود مواجه شده و بتوانند رفتارهای جدیدی را امتحان کنند (رفتار غذا نخوردن) که قبل از این تبدیل به سبک مسلط رفتاری آن‌ها شده بود.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه ریزش تعداد آزمودنی‌ها بود. همچنین استفاده از پرسشنامه که روشی خوداظهاری است برای سنجش متغیرها یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه بود. عدم امکان پیگیری نمونه‌ها در بازه‌های زمانی طولانی‌تر جهت مشاهده تأثیر مداخلات انجام‌شده در بلندمدت یکی دیگر از محدودیت‌ها بود، لذا پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی تأثیر و ماندگاری مداخلات در بلندمدت مورد بررسی قرار بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که نقش تعدیل‌کننده جنسیت در بررسی تأثیر مداخلات بر روی نمونه‌های بزرگ‌تر نیز مورد بررسی قرار بگیرد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری نمود که طرحواره‌درمانی بر ولع، سوگیری توجه و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به اختلال پرخوری مؤثر است و تأثیرگذاری بر روی این متغیرها می‌تواند در درمان اختلال پرخوری مؤثر باشد، لذا استفاده از این روش درمانی در درمان بیماران مبتلا به اختلال خوردن مخصوصاً اختلال پرخوری به درمانگران بالینی توصیه می‌شود.

تضاد منافع

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

به‌سرعت به محرک‌های مرتبط با خوردن واکنش نشان داده و به آن‌ها جلب شوند، اما در حالت اجتنابی توجه فرد به محدوده‌ای خارج از محرک‌های مرتبط با خوردن منعطف می‌شود که نتیجه آن کاهش ولع و میل به خوردن است. علت این امر این است که در فرد مبتلا به اختلال خوردن در نتیجه طرحواره درمانی طرحواره‌های ناسازگار تغییر پیدا می‌کنند و در نتیجه کمتر فعال شدن این طرحواره‌ها، هیجانات منفی نیز کمتر ایجاد شده و بیمار به‌عنوان یک راه مقابله‌ای، کمتر دست به رفتار خوردن خواهد زد و در نتیجه محرک‌های مرتبط با خوردن نیز کمتر توجه فرد را به خود جلب خواهند کرد. مجموعه این تغییرات روی هم رفته می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی که یک کارکرد اجرایی است را افزایش دهد. طبق تعریف انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی تغییر توجه بین محرک‌ها و ویژگی‌های آن‌ها، پاسخ‌ها و استراتژی اشاره دارد (گیب و کالب، ۲۰۱۷)؛ بنابراین اتخاذ استراتژی‌های مناسب رفتاری در نتیجه تغییر طرحواره‌ها که منجر به کاهش سوگیری توجه و ولع به مواد غذایی می‌شود، در نهایت می‌تواند افزایش‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی باشد. از طرف دیگر همان‌گونه که دیگر محققان بیان کرده‌اند عوامل گروهی ممکن است با افزایش درک حمایت و تشویق به خطرکردن و امتحان کردن رفتارهای جدید، روند تغییر در طرحواره درمانی را تسریع کند (کالورت و همکاران، ۲۰۱۸)، چراکه گروه حمایت لازم را برای افراد مبتلا به اختلال خوردن فراهم می‌کند

سیاسگزاری

و قدردانی می‌گردد.

در پایان از تمامی افراد حاضر در پژوهش تشکر

منابع

- ایل‌بیگی قلعه‌نی، رضا؛ رستمی، مریم و امیدوار، عظیم. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال پراشتهایی روانی. فصلنامه نسیم تندرستی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری. ۳(۴): ۱۱-۱۷.
- دشت بزرگی، زهرا؛ امیری، شعله؛ مظاهری، علی و طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۲). تأثیر مداخله مبتنی بر دل‌بستگی بر پرخوری و چاقی دختران. *مجله روانشناسی اجتماعی*. ۲۹(۸): ۶۰-۴۵.
- ریزو، لارنس پ؛ تویت، پیتل. دو؛ استین، دان ج؛ یانگ، جفری. (۱۳۹۴). طرحواره‌های شناختی و باورهای بنیادین در مشکلات روانشناختی. ترجمه مولودی، رضا؛ احمدی، سیما. انتشارات ارجمند، تهران.
- کچویی، محسن؛ حسنی، جعفر و امراللهی نیا، مونا. (۱۳۹۴). مقایسه‌ی تکانشگری و دشواری‌های تنظیم هیجان در زنان دارای اضافه‌وزن مبتلا و غیر مبتلا به پرخوری افراطی. *مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران*. ۱۷(۵): ۴۰۱-۳۹۱.
- کچویی، محسن و اشرفی، عماد. (۱۳۹۵). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی پرسش‌نامه
- ولع به غذا-صفت در بزرگسالان ایرانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*. ۲۳(۵): ۶۳۱-۶۴۸.
- کهرتری هرزئق، لیلا؛ پورشریفی، حمید و حشمتی، رسول. (۱۳۹۸). تمایزگذاری افراد چاق مبتلا و غیرمبتلا به اختلال پرخوری بر اساس تکانشگری و اجتناب تجربه‌ای: یک مطالعه همبستگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۲۵(۱): ۸۴-۹۵.
- کهندانی، مهدیه و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۶). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی دنیس، وندروال و جیلون. *فصلنامه علمی-پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*. ۲۹(۸): ۷۰-۵۳.
- محمودیان دستنایی، طاهره؛ امیری، شعله؛ نشاط دوست، حمیدطاهر و منشئی، غلام‌رضا. (۱۳۹۶). مقایسه‌ی اثربخشی طرحواره‌ی درمانی و درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال خوردن در بیماران ۱۶-۲۳ سال مبتلا به پر اشتهایی‌روانی با توجه به پیوند والدینی. *روانشناسی معاصر*. ۱۲(۱): ۵۲-۳۸.
- محمودیان دستنایی، طاهره؛ نشاط دوست، حمید طاهره؛ امیری، شعله و منشئی، غلام‌رضا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بر باورهای اختلال

دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۶۲(۲): ۳۴-۴۲.

مولودی، رضا؛ دژکام، محمود؛ موتابی، فرشته و امیدوار، نسرین. (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری. *مجله علوم رفتاری* ۴(۲): ۱۱۴-۱۰۹.

هومن، فرزانه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ خواجه‌الدین، نیلوفر و زرگر، یداله. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر پرخوری عصبی در زنان مراجعه‌کننده به انجمن پرخوری اهواز. *مجله علمی پزشکی* ۱۰(۴): ۴۲۵-۴۱۷.

خوردن در بیماران بی‌اشتها و پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی. *روانشناسی بالینی و شخصیت* ۱۶(۱): ۴۸-۳۳.

محمودی، سمیه؛ حسینی، فاطمه سادات و محرم زاده مهرداد. (۱۳۸۹). رابطه فشار اجتماعی و تصویر بدنی با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار و غیر ورزشکار. *مجله پژوهش در علوم ورزشی* ۱(۶): ۱۱۲-۹۷.

محمدی، فاطمه؛ طالب، ندا؛ رضائی شجاعی، سولماز و امامی‌رودی، طاهره. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر. *مجله دانشکده پزشکی*

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Azriel, O., & Bar-Haim, Y. (2020). Attention bias. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 203-218). American Psychological Association.

Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2019). Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*, 5(9), e02361.

Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W., & Claes, L. (2013). Are maladaptive schema domains and

perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *European Eating Disorders Review*, 21(1), 45-51.

Calvert, F., Smith, E., Brockman, R., & Simpson, S. (2018). Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Journal of eating disorders*, 6(1), 1.

Cepeda-Benito, A., Gleaves, D. H., Fernández, M. C., Vila, J., Williams, T. L., & Reynoso, J. (2000). The development and validation of Spanish versions of the state and trait food cravings questionnaires. *Behaviour Research and Therapy*, 38(11), 1125-1138.

Cury, M. E. G., Berberian, A.,

- Scarpato, B. S., Kerr-Gaffney, J., Santos, F. H., & Claudino, A. M. (2020). Scrutinizing domains of executive function in binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 11, 288.
- Dennis, J.P. & Vander Wal, J.S. (2010). "The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity". *Cogn Ther* 34(3):241-53.
- Fischer, T. D., Smout, M. F., & Delfabbro, P. H. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of contextual behavioral science*, 5(3), 169-177.
- Gibb, R., & Kolb, B. (Eds.). (2017). *The Neurobiology of Brain and Behavioral Development*. Academic Press.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 47-55.
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., & McElroy, S. L. (2019). "Update on Binge Eating Disorder". *Medical Clinics of North America*, 103(4), 669-680.
- Honn, K. A., Hinson, J. M., Whitney, P., & Van Dongen, H. P. A. (2019). Cognitive flexibility: A distinct element of performance impairment due to sleep deprivation. *Accident Analysis & Prevention*, 126, 191-197.
- Kessler, R. M., Hutson, P. H., Herman, B. K., & Potenza, M. N. (2016). "The Neurobiological Basis of Binge-Eating Disorder". *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 63, 223-238.
- Kober, H.B. & Boswell, R. G. (2018). "Potential psychological & neural mechanisms in binge eating disorder: Implications for treatment". *Clinical Psychology Review*, 60, 32-44.
- Lee, E. J., Shin, E. H., & Lee, J. H. (2019). The Effect of Binge Eaters' Anger Regulation Training on Attentional Bias and Caloric Intake. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 38(4), 349-356.
- Leslie, M., Leppanen, J., Paloyelis, Y., & Treasure, J. (2020). A pilot study investigating the influence of oxytocin on attentional bias to food images in women with bulimia nervosa or binge eating disorder. *Journal of neuroendocrinology*, 32(5), e12843.
- Liu, Y., Roefs, A., Werthmann, J., & Nederkoorn, C. (2019). Dynamics of attentional bias for food in adults,

- children, and restrained eaters. *Appetite*, 135, 86-92.
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., & Lacey, H. (2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 717-732.
- McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry research*, 240, 412-420.
- Meule, A., Lutz, A., Vögele, C., & Kübler, A. (2012). Food cravings discriminate differentially between successful and unsuccessful dieters and non-dieters. Validation of the Food Cravings Questionnaires in German. *Appetite*, 58(1), 88-97.
- Mohammadkhani, P., Moloodi, R., & Fatemi, S. (2017). Impact of Subliminal Activation of Abandonment Schema on the Eating Behavior of Obese and Normal Weight Women: An Experimental Study. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 6(4).
- Mootabi, F., Moloodi, R., Dezhkam, M., & Omidvar, N. (2009). Standardization of the binge eating scale among Iranian obese population. *Iranian Journal of Psychiatry*, 143-146.
- Perpiñá, C., Segura, M., & Sánchez-Reales, S. (2017). Cognitive flexibility and decision-making in eating disorders and obesity. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(3), 435-444.
- Psychotherapy: Understanding group therapy. (n.d.). American Psychological Association. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/group-therapy.aspx>.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Rasouli Saravi, S., Hassani, F., Keshavarzi Arshadi, F., Farzad, V., & Sepahmansour, M. (2020). Effectiveness of group schema therapy on eating attitude and self-regulation in overweight adolescent females with binge eating disorder. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 7(1), 20-28.
- Rohde, P., Desjardins, C., Arigo, D., Shaw, H., & Stice, E. (2018). "Mediators of two selective prevention interventions targeting both obesity and eating Disorders". *Behaviour Research and Therapy*, 106, 8-17.
- Schmitz, F. & Svaldi, J. (2017). "Effects of Bias Modification Training in Binge Eating Disorder". *Behavior Therapy*, 48(5), 707-717.
- Schmitz, F., Naumann, E., Trentowska,

- M., & Svaldi, J. (2014). Attentional bias for food cues in binge eating disorder. *Appetite*, 80, 70-80.
- Segura-Serralta, M., Perpiñá, C., Ciscar, S., Blasco, L., Espert, R., Romero-Escobar, C., ... & Oltra-Cucarella, J. (2019). Executive functions and emotion regulation in obesity and eating disorders.
- Seo, C. L., & Lee, J. H. (2021). Attentional Bias to High-Calorie Food in Binge Eaters With High Shape/Weight Concern. *Frontiers in psychiatry*, 12, 153.
- Shareh, H., Farmani, A., & Soltani, E. (2014). Investigating the reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian university students. 2(1):43-50.
- Simpson, S. G., Morrow, E., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in psychology*, 1, 182.
- Smith, K. E., Mason, T. B., Juarascio, A., Weinbach, N., Dvorak, R., Crosby, R. D., & Wonderlich, S. A. (2020). The momentary interplay of affect, attention bias, and expectancies as predictors of binge eating in the natural environment. *International Journal of Eating Disorders*.
- Tchanturia, K., Lounes, N., & Holttum, S. (2014). Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: a systematic review. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 454-462.
- Unoka, Z., Tölgyes, T., Czobor, P., & Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(6), 425-431.
- Verzija, C. L., Ahlich, E., Schlauch, R. C., & Rancourt, D. (2018). The role of craving in emotional and uncontrolled eating. *Appetite*, 123, 146-151.
- Young, J. E. (1990-1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach* (revised edition). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J., and Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioners Guide*. New York: Guilford.
- Zhang, S., Cui, L., Sun, X., & Zhang, Q. (2018). The effect of attentional bias modification on eating behavior among women craving high-calorie food. *Appetite*, 129, 135-142.