



Comparing the Effectiveness of Schema Therapy in Comparison with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Psychological Distress of Women with Bulimia Nervosa

Rozita Goharshahi

PhD Candidate in Psychology, Department of Psychology, Azad University of Bojnord, Bojnord, Iran. Email: rozita.goharshahi@gmail.com

Abdollah Mafakheri

Assistant Professor, Department of Psychology, PayamNoor University of Tehran, Tehran, Iran. (Corresponding Author), Email: a.mafakheri@pnu.ac.ir

Mohammad Mohammadipour

Associate Professor, Department of Psychology, Azad University of Qochan, Qochan, Iran. Email: Mmohammadipour46@gmail.com

Received: 2023-11-27

Revised: 2024-02-21

Accepted: 2024-05-07

Published: 2024-06-19

Citation: Goharshahi, R., Mafakheri, A., & Mohammadipour, M. (2024). Comparing the effectiveness of schema therapy in comparison with acceptance and commitment therapy (ACT) on the psychological distress of women with Bulimia nervosa. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 14(1), 67-84. doi: 10.22067/tpccp.2024.84361.1560

Abstract

Introduction: Bulimia nervosa is an eating disorder in which periods of overeating and inappropriate compensatory behaviors are repeated at least twice a week. The disorder causes various psychological difficulties leading to problems in the private, family, and social life of those who suffer from the disorder. Among the most significant determining factors of the health status of people with bulimia nervosa is the level of their distress tolerance. Psychological distress is characterized by such issues as sadness, grief, anger, anxiety, depression, and various negative emotional states. People with low anxiety tolerance find their arousal response more overwhelming, therefore; their anxiety increases in response to the stimuli. Accordingly, this issue plays a significant role in developing and continuing bulimia nervosa. Some interventions have been applied to enhance distress tolerance and reduce psychological disturbance. Among the treatments are Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Schema therapy is an integrated type of psychotherapy developed by Young et al. (1994) and based on the concepts and methods of cognitive-behavioral therapy. Moreover, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), derived from the third wave of behavioral therapies, was introduced by Hayes (1987). The aim of ACT is to improve the psychological status of people by increasing mindfulness, facing thoughts without judging them, creating commitment towards active engagement in the world and trying to build a meaningful and authentic life. This study was conducted to compare the effectiveness of two therapeutic methods (schema therapy versus ACT) on overcoming the psychological distress of women with bulimia nervosa.

Method: This semi-experimental study was done using a pre-test, post-test with a control

1- Extracted from PHD's thesis defended in Bojnord Azad University



©2024 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

group design accompanied with a two-month follow-up stage for ensuring the stability of the findings. The statistical population consisted of all female with bulimia nervosa who visited several medical centers of Mashhad over approximately a six month period (from the beginning of April to the end of September 2023). Among them, using purposeful sampling method and considering the inclusion criteria including not receiving psychological and psychiatric treatments and cosmetic surgery, 45 people were selected and then randomly divided into three groups: schema training group (15 participants), acceptance and commitment training group (15 participants), and control group without any intervention (15 participants). The first experimental group was subjected to the schema therapy intervention developed by Young et al. (2003) and the second experimental group was subjected to the ACT intervention developed by Hayes et al. (2012), both for ten one-hour sessions. Kessler's (2003) Psychological Distress Scale was applied to assess the dependent variable in pre-test, post-test, and follow-up stages. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance.

Results: The results showed that there is a significant difference between the average scores of psychological distress in the two experimental and control groups ($F=49.83$; $p<0.001$). These findings show that both intervention methods had a significant effect on reducing the psychological distress of women with bulimia nervosa. The results also showed that this effect was significant and stable over the follow-up stage. Regarding the study hypothesis, the results indicated a significant difference between acceptance and commitment therapy and schema therapy in terms of reducing the psychological distress ($p=0.05$). It was found that acceptance and commitment therapy had a greater effect on reducing the psychological distress of women with bulimia nervosa, compared to schema therapy.

Discussion and Conclusion: This study aimed to examine the effectiveness of acceptance and commitment and schema therapy in reducing psychological distress among women with bulimia nervosa. The results showed that both interventions reduced the amount of psychological distress that these people experience. Regarding the effectiveness of schema therapy, it is assumed that this approach helps people with bulimia nervosa evaluate the correctness of their own schemas. Applying this approach will help them view the schemas as external realities and, through applying cognitive, behavioral, and experimental techniques, they can change the underlying structures. The other aim of this study was comparing the effectiveness of the two methods. This study showed a higher effectiveness of acceptance and commitment, compared to schema therapy. Acceptance and commitment therapy is an intervention based on the behavioral evidence that employs acceptance and mindfulness strategies as well as commitment and behavior change strategies leading to an increase in women's psychological flexibility. Considering the results we might conclude that we can help women lose weight and prevent their bulimia nervosa through teaching them psychological treatments such as schema therapy and acceptance and commitment therapy. The more people are aware, open to experiences, and show committed behaviors that based on good values, they have a higher quality of life and respond to the challenges of life in a more effective way. In addition, through controlling their bulimia, they can protect themselves from the physical, psychological, and social damage of the disorder.

Keywords: Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Distress, Women, Bulimia Nervosa

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر آشفتگی روان شناختی زنان با پراشتهایی عصبی

رزیتا گوهرشاهی

دانش آموخته دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد بجنورد، بجنورد، ایران. rozita.goharshahi@gmail.com

عبدالله مفاخری

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)، a.mafakheri@pnu.ac.ir

محمد محمدی پور

دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد قوچان، قوچان، ایران. Mmohammadipour46@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۰۶	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۰۲	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۸	تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰
استناد: گوهرشاهی، رزیتا؛ مفاخری، عبدالله؛ محمدی پور، محمد. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر آشفتگی روان شناختی زنان با پراشتهایی عصبی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۴(۱)، ۸۴-۶۷. doi: 10.22067/tpccp.2024.84361.1560			

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش طرحواره درمانی در مقایسه با آموزش رویکرد پذیرش و تعهد با آشفتگی روانشناختی زنان با پراشتهایی عصبی صورت گرفت.

روش: پژوهش مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه گواه با پیگیری دو ماهه می‌باشد. جامعه آماری همه زنان با اختلال پراشتهای عصبی شهر مشهد در نیمه اول سال ۱۴۰۲ بود که به درمانگاه‌های پزشکی مراجعه کرده بودند. تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آموزش طرحواره (۱۵ نفر)، آموزش پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش اول، تحت مداخله بسته آموزشی طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) و گروه آزمایش دوم تحت مداخله آموزشی پذیرش و تعهد هیزو همکاران (۲۰۱۲) به مدت ده جلسه یک ساعته قرار گرفتند. داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مداخله طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد بر آشفتگی روانشناختی مؤثر است ($F=49/83, P<0/001$) و این اثر در مرحله پیگیری هم ادامه دارد. آزمون تعقیبی شفه بیانگر این بود که بین دو گروه پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی تفاوت معناداری در کاهش آشفتگی روانشناختی وجود دارد ($P<0/05$)؛ بنابراین پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر کاهش آشفتگی روانی زنان با پراشتهایی عصبی داشته است.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج می‌توان گفت: تأثیر بیشتر درمان پذیرش و تعهد از طریق تکنیک‌های گسلش شناختی می‌

باشد که به زنان کمک می‌کند بین افکار برخاسته از الگوهای ناسازگارانه و هیجانات منفی فاصله ایجاد کند. با آموزش رویکردهای درمانی روان‌شناختی مانند طرحواره و پذیرش و تعهد به زنان می‌توان در کاهش وزن و پیشگیری از پراشتهایی عصبی آنان کمک کرد. همچنین با کنترل پراشتهایی عصبی می‌توان آنان را از عوارض جانبی آسیب‌های جسمانی، روانی و اجتماعی پراشتهایی عصبی حفظ کرد و بدین ترتیب مادران سالم‌تر با فرزندان و جامعه سالم‌تری داشت.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، پذیرش و تعهد، آشفته‌گی روان‌شناختی، پراشتهایی عصبی

مقدمه

اختلالات خوردن^۱ در طبقه‌بندی راهنمای تشخیص آماری^۲ (DSM5)، به‌عنوان فراوان‌ترین اختلال تغذیه‌ای در بزرگسالان مطرح شده‌است (Chithambo & Huey, 2017). پراشتهایی عصبی^۳ تکرار دوره‌های پرخوری و رفتارهای جبرانی نامتناسب حداقل دو بار در هفته است که موجب میزان زیادی مشکلات روانی و آشفته‌گی در زندگی فردی و اجتماعی افراد می‌شود (Lemly et al., 2022). از طرفی پژوهش احمدی و همکاران (Mardani & ahmadi, 2019) نشان داد که یکی از مشکلات مبتلایان به اختلال پرخوری، بالا بودن آشفته‌گی روانشناختی^۴ در آن‌ها می‌باشد مجموعه‌ای از افکار منفعلانه هستند که جنبه تکراری دارند، و مانع حل مسئله سازگارانه شده و به افزایش عاطفه منفی می‌انجامند. از شاخص‌های مهم تعیین نیازها و شرایط سلامتی افراد مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی سطح تحمل آشفته‌گی آن‌هاست (Schaumberg et al., 2021). هاو ل و همکاران (Howell et al., 2010) نشان دادند که تحمل آشفته‌گی علائم اختلال‌های اضطرابی را تشدید می‌کند. افراد با تحمل آشفته‌گی پایین پاسخ برانگیختگی خود را آزردهنده می‌یابند و بنابراین تجربه اضطراب در پاسخ به محرک تقویت می‌شود. بر این اساس، این سازه نقش مهمی در گسترش و تداوم پراشتهایی عصبی ایفا می‌کند (Wheaton et al., 2012).

مفهوم آشفته‌گی روانشناختی شامل نشانه‌هایی از غمگینی، خشم، اضطراب، افسردگی و انواع دیگر از حالت‌های هیجانی منفی می‌باشد. به‌طور کلی، آشفته‌گی روانی، ناراحتی روانی است که افکار فردی، احساسات و رفتار آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Hussain, 2013). در برخی از تحقیقات در زمینه علت‌شناسی اختلالات خوردن به عوامل هیجانی چون اختلالات خلقی، اضطرابی و هیجانی اشاره شده

1. Eating disorders
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM)
3. Bulimia Nervosa
4. Psychological distress

است (Khodabakhsh & Kiani, 2017). هرچه توانایی افراد برای هشیاری کامل، باز بودن نسبت به تجاربشان و انجام رفتار متعهدانه مبتنی بر ارزش‌هایشان بالاتر باشد، کیفیت زندگی بالاتری را تجربه خواهند کرد و به شیوه مؤثرتری به چالش‌های زندگی پاسخ خواهند داد (Harris & Hayes, 2009). مداخلات متعددی برای افزایش تحمل آشفتگی و کاهش آشفتگی روانشناختی وجود دارد که از آن جمله می‌توان به طرح‌واره درمانی^۱ و درمان پذیرش و تعهد^۲ (ACT) اشاره کرد. هر دو روش از رویکردهای درمانی موج سوم رفتار درمانی محسوب می‌شوند و بر درمان‌های سنتی برتری دارند زیرا در این رویکردها بر ذهن و جسم هردو تأکید می‌شود. و هردو رویکرد بر تأثیر باورهای ناسازگار در ایجاد هیجانات منفی تأکید دارند اما در تکنیک‌های درمانی با هم تفاوت دارند. طرح‌واره درمانی ممکن است یک روش با ارزش برای کاهش اختلال‌های خوردن در برخی موارد باشد (Escandón-Nagel et al., 2018). طرح‌واره درمانی، درمان یکپارچه و نوینی است که توسط یانگ و همکارانش (Young et al., 2003) و عمدتاً بر اساس مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری به وجود آمده است (Boterhoven et al., 2019). در این الگوی درمانی، هسته طرح روان‌شناختی که طرحواره ناسازگار اولیه نامیده می‌شود و به طور معمول مربوط به بیمارانی با اختلال‌های شخصیتی است، به وسیله راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی مورد پیگیری و مداخله درمانی واقع می‌شود (Young et al., 2003). طرح‌واره درمانی به جای مداخله در سطح نشانه‌ها، ریشه‌های عمیق ایجاد و حفظ مشکلات مراجع را جستجو می‌کند و بر روی باورهای هسته‌ای و تاریخیچهی بیمار تمرکز دارد. در این درمان برخلاف درمان شناختی-رفتاری، رابطه درمانی و اتحاد درمانی مورد تمرکز بوده و نقش مهمی را ایفا می‌کند (Eskandari, 2015).

با توجه به تحقیقات انجام شده می‌توان گفت بین تجربیات اولیه دوران کودکی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه معنادار وجود دارد (Damiano et al., 2015). یانگ معتقد است طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ساختارهای شناختی عمیقی شامل نگرش‌هایی درباره خود، دیگران و محیط هستند که از برآورده نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای هیجانی در دوران طفولیت سرچشمه می‌گیرند و در سراسر زندگی در قالب الگوهای تکرار می‌شوند. ارتباط بین باورهای ناسازگار با اختلال خوردن مورد تأیید قرار گرفته است (Unoka et al., 2010 Imperatori et al., 2017, Shaigian & Wafai, 2018).

پژوهش نریمانی و نعمتی (Narimani & Nemati 2020) درباره بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر

1. Schema Therapy

2. Acceptance and Commitment Therapy

پراشتهایی عصبی و استرس در زنان چاق نشان داد که در مورد مقیاس پراشتهایی عصبی هر سه اثر بین گروهی، درون گروهی و تعاملی بین گروهی و درون گروهی معنادار است. پژوهش دهستانی و همکاران (Dehestani et al., 2019) درباره اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر نشانگان بدریخت انگاری و طرحواره های ناسازگار اولیه در دانش آموزان دختر با نگرانی اضافه وزن نشان داد که دو گروه از لحاظ متغیرهای بدریخت انگاری بدن، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، گوش به زنگی و بازداری تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند، در حالی که از لحاظ متغیرهای بریدگی و طرد و دیگر جهت مندی تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. پژوهش رحمانی و همکاران (Rahmani et al., 2021) درباره طرحواره درمانی گروهی بر نشانه های بدریختی بدن در دانش آموزان نشان داد که نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در بدریختی بدن تغییر یافته و در مرحله پیگیری این تفاوت حفظ شده است. از روش های درمانی دیگر که در بهبود آشفتهگی روانشناختی مؤثر است، درمان پذیرش و تعهد می باشد. که به عنوان یک روش درمانی برگرفته از درمان های موج سوم رفتار درمانی است که در دهه ۸۰ توسط هیز در دانشگاه نوادا مطرح شد (Hayes et al., 2013). فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان بافتار، تماس با زمان حال، ارزش ها و اقدام متعهدانه است (Hayes & Strosahl 2013). از طریق شش فرآیند پذیرش، گسلش شناختی^۱، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه باعث انعطاف پذیری روانشناختی^۲ می شود. هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است؛ یعنی به جای اجتناب از افکار، احساس ها، تجربه ها و موقعیت های آشفته ساز، عمل یا رفتاری را که مناسب تر از سایر گزینه ها است انتخاب و بر مبنای آن عمل نماید تا یک زندگی غنی، ارزشمند و رضایت بخش داشته باشند. در این جهت، هم جوشی شناختی^۳، زمانی رخ می دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذاشته و باعث می شوند، فرد به جای توجه به فرایند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه نماید (Hayes & Lillis, 2012). زمانی که این فرایند بر تجربه فرد غلبه داشته باشند منجر به انعطاف ناپذیری روانشناختی می شوند. درمان پذیرش و تعهد برای بهبود ویژگی ها از طریق افزایش ذهن آگاهی^۴، مشاهده افکار بدون قضاوت آن ها، ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعال در جهان و تلاش برای ساختن یک زندگی پر معنا و اصیل عمل می کند.

1. Cognitive diffusion

2. Psychological flexibility

3. Cognitive fusion

4. Mindfulness

این شیوه‌ی درمانی ارتباط بین شناخت‌ها و احساس‌های مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به عنوان اختلال ارزیابی نموده و با آن‌ها همانند شناخت‌ها و احساس‌های عادی مواجه شوند (Trindade & Ferreira 2014). لیلیس (Lillis & Kendra, 2014) نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد چاق را در کنترل وزن و فشار خون مورد بررسی قرار داد و نقش مؤثر این درمان را در کاهش فشار خون مبتلایان گزارش نمود.

پژوهش اسمعیلی و خسروی (Ismaili & Khosravi 2018) درباره اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال پرخوری و نگرانی از تصویر بدنی نشان داد میزان پرخوری و نگرانی از تصویر بدنی، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار دارد. این امر بیانگر اثربخش بودن گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال پراشتهایی و نگرانی از تصویر بدن است. پژوهش اشرفی و همکاران (Ashrafi et al., 2020) درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پراشتهایی عصبی زنان دارای اضافه وزن نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری بر کاهش اشتغال ذهنی به بدریختی بدن و ترس از تصویر بدنی در افراد دارای اضافه وزن یا چاقی اثربخش است. پژوهش الهیاری و خالقی (AlaHayari & Khaleghi, 2021) درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در پراشتهایی عصبی و راهبردهای ناسازگارانه نگرانی در زنان نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر پراشتهایی عصبی و نگرانی زنان تأثیر دارد و باعث کاهش پراشتهایی عصبی و نگرانی در زنان می‌شود.

با توجه به مرور پژوهش‌ها و اهمیت موضوع مبنی بر سلامت جسمانی و روانی افراد، هم‌چنین با تأکید بر اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حیطه مسائل سلامت، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آشفتگی روانشناختی زنان با پراشتهایی عصبی می‌باشد.

روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به پراشتهایی عصبی (براساس نمره پرسشنامه پرخوری گورمالی) مراجعه کننده به درمانگاه‌های پزشکی شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بودند. از میان جامعه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، افراد مراجعه کننده به درمانگاه ولیعصر و براساس پرسش‌نامه آشفتگی روانشناختی کسلر و همکاران (Kessler et al., 2003) در پیش‌آزمون، ۴۵ نفر از مبتلایان که دارای ملاک‌های ورود (نداشتن بیماری خاص، عدم مصرف داروهای خاص) انتخاب شدند. این ۴۵ نفر به طور تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند و گروه آزمایشی

(A)، طرحواره درمانی و برای گروه دوم (گروه آزمایشی B)، درمان پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه کنترل (C) در لیست انتظار قرار گرفت. معیارها و شرایط خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه بود و زنانی که در طول درمان مشخص شود که شرایط منطبق با اهداف پژوهش را نداشته باشند.

ابزار پژوهش مقیاس آشفتگی روانشناختی کسلر^۱ (K10) بود. این پرسشنامه که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر و همکاران (Kessler et al., 2003) به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شد که برای ارزیابی علائم اختلالات روانی (اضطراب و افسردگی) و مشکلات سلامت روان در جمعیت عمومی است. نمره گذاری به صورت لیکرتی از ۰ = هیچ وقت تا ۴ = همیشه است. حداکثر نمره در آن، برابر ۴۰ است، نمره بیشتر به معنای شدت بیشتر آشفتگی روانی است. کسلر و همکاران (۲۰۰۳) اعتبار و پایایی آزمون را در جمعیت عمومی به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۷ بدست آوردند. در پژوهش حاضر هم آلفای کرونباخ ۰/۶۸ بدست آمد. همچنین اعتباریابی فرم ۱۰ سؤالی این آزمون در ایران ساختار یک عاملی آن را تأیید کرده است و نمره برش ۸ را برای تمایز سالم از بیمار و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۳ برآورد شده است (Yaghoobi, 2016).

مداخله آموزش طرحواره درمانی گروهی از بسته آموزشی طرحواره درمانی یانگ و همکاران (Young, et al., 2003) انجام شد. در این پژوهش این برنامه در ده جلسه گروهی یک ساعته در هفته دو جلسه اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسات	هدف	فرایند حوزه فعالیت
اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی	مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی مرور اهداف و منطق کلی درمان، شناخت مراجع و تاریخچه شخصی او
دوم	شواهد عینی طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مراجع	ویژگی های طرحواره، ریشه های رشدی طرحواره ها
سوم	آزمون اعتبار طرحواره و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله آزمودنی ها	توضیح در مورد عملکردها طرحواره و شناسایی و نام گذاری آنها، تشخیص سبک های مقابله ای و خلق و خوی افراد
چهارم	شناسایی طرحواره های ناکارآمد اولیه	شناسایی حوزه ها، فرآیندها، رفتارها و سبک های طرحواره ای، مفهوم سازی مشکل طبق رویکرد طرحواره

پنجم	ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع و آموزش در خصوص تحریف‌های شناختی	بررسی افکار، پیش‌بینی‌ها و پس‌آیندها، شناسایی افکار تحریف‌شده، شناسایی اجبارها، اجتنابها و باورهای بنیادین
ششم	اسناد دهی شواهد	بررسی شواهد تأکیدکننده طرحواره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناقص، گفتگو بین طرحواره‌ها و جنبه سالم
هفتم	ارائه منطق تکنیک‌ها	تأکید بر مفهوم بزرگسال سالم در ذهن آزمودنی‌ها، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده
هشتم	اصلاح بوسیله تکنیک‌های شناختی	استفاده از تکنیک‌های شناختی، بررسی شواهد متناقض با طرحواره‌ها و تحلیل سود و زیان طرحواره‌ها
نهم	اصلاح بوسیله تکنیک‌های هیجانی	استفاده از تکنیک‌های هیجانی، گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به والدین
دهم	اصلاح توسط تکنیک‌های رفتاری و آماده کردن افراد برای ختم جلسات	استفاده از تکنیک‌های رفتاری، حذف رفتارهای تداوم بخش طرحواره، اجتناب‌ها و افزایش رفتارهای مقابله‌ای سالم، تغییر رفتار

برای مداخله‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد از پروتکل درمان ده جلسه‌ای توسط هیوز همکاران (Hayes et al., 2011) استفاده شد که خلاصه آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسه‌های آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه‌ها	راهنما	مداخله‌ها
اول	بررسی تاریخچه زندگی و معرفی ACT	بیان قوانین کلی جلسات، استفاده از تمرین خوردن کشمش
دوم	آموزش تکنیک ذهن آگاهی	شناسایی افکار و احساسات و ارتباط بین آن‌ها
سوم	مراقبه	آموزش تنفس، نشستن به حالت مراقبه و آگاهی از بدن
چهارم	تمرین پذیرش افکار و احساسات	تکمیل کار برگ تعیین ارزشها، استعاره مسافران اتوبوس
پنجم	هم‌جوشی شناختی	آموزش درباره هم‌جوشی و گسلش
ششم	تمرین پذیرش	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود
هفتم	کمک به مراجعان برای شناسایی جهت ارزش‌های زندگی	تمرین چه چیزی در زندگی در حال حاضر می‌خواهم
هشتم	بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی	تمرین گسلش و پاسخ‌های جایگزین، تصویرسازی شفقت نسبت به دردهای ایجادشده
نهم	کار برگ عمل متعهدانه	آموزش ایجاد تعهد نسبت به اعمال ارزشمند
دهم	آمادگی برای اقدام متعهدانه در آینده و پایان درمان	تمرینات تمرکز حواس در خانه

یافته ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین گروه‌های مختلف در مراحل پیش آزمون- پس آزمون و مرحله پیگیری با هم تفاوت دارند اما برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد که نتایج در جدول‌های زیر ارائه می‌شود.

جدول ۳: خلاصه آمار توصیفی متغیر آشفته‌گی روانشناختی در پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های مختلف

متغیر وابسته	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آشفته‌گی روانشناختی	طرحواره	۲۵/۵۳	۵/۵۷	۲۱/۲۳	۴/۸۴	۲۲/۱۳
	پذیرش و تعهد	۲۴/۴۶	۵/۳۳	۲۰/۴۳	۵/۲۳	۲۰/۸۶
	گواه	۲۴/۳۳	۵/۳۷	۲۵/۳۲	۴/۲۴	۲۵/۸۷

جدول بالا آمار توصیفی را برای متغیر آشفته‌گی روانشناختی در گروه‌های مختلف را نشان می‌دهد. میانگین آشفته‌گی روانشناختی گروه‌ها در پیش آزمون تقریباً یکسان بود؛ اما در پس آزمون و مراحل پیگیری میانگین گروه‌های آزمایشی در متغیر وابسته (آشفته‌گی روانشناختی) پایین‌تر از پیش آزمون بدست آمده است. برای اطمینان از نرمال بودن داده‌ها آزمون کولموگروف- اسمیرنوف انجام گرفت و نتایج مفروضه نرمال بودن را تأیید کرد.

جدول ۴: نتایج مفروضه نرمال بودن متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	کلموگراف اسمیرنوف		برابری واریانس		ام.باکس
		سطح معناداری	K-S	سطح معناداری	F	
آشفته‌گی روانشناختی	طرحواره	۰/۷۴۵	۰/۶۳۰	۰/۷۴۵	۰/۲۸۶	۱/۲۵
	پذیرش و تعهد	۰/۸۳۶	۰/۶۱۵	۰/۷۴۵	۰/۲۸۶	۱/۲۵
	گواه	۰/۹۲۱	۰/۵۲۶	۰/۷۴۵	۰/۲۸۶	۱/۲۵

در این جدول نتایج آزمون لوین (برابری واریانس خطا) در متغیر آشفته‌گی روانشناختی در سه گروه طرحواره، پذیرش و تعهد و گواه در مراحل مختلف پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آورده شده است. در هر سه مرحله آزمون، برابری واریانس خطا مشاهده شد ($p > 0/05$). هم‌چنین نتایج آزمون باکس برابری

ماتریس‌های کوواریانس بین گروه‌ها نشان می‌دهد که معنادار نشدن آزمون ($p > 0/05$) نشان می‌دهد همگنی ماتریس کوواریانس بین گروه‌ها به عنوان یکی از شرایط لازم برای آزمون اندازه‌گیری با طرح مکرر برقرار بود.

جدول ۵: آزمون‌های چند متغیری طرح اندازه‌گیری مکرر برای متغیر آشفستگی روانشناختی

متغیر	عامل	ویلکس لاند	F	P	η^2
آشفستگی روانشناختی	عامل تکرار	۰/۰۲۴	۵۱۷/۴۳۶	۰/۰۰۱	۰/۹۴۷
	عامل تکرار* گروه	۰/۰۳۲	۴۹/۸۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴۳

جدول بالا نتایج آزمون آماری اندازه‌گیری مکرر را برای سنجش اثربخشی درمان‌های انجام شده بر متغیر آشفستگی روان‌شناختی را نشان می‌دهد. آماره مورد استفاده، آماره ویلکس لاند است که اثر متغیر مستقل (آموزش) را بر متغیر وابسته (آشفستگی روانشناختی) می‌سنجد. سطوح معناداری که برای عامل تکرار و تعامل عامل تکرار و گروه کوچک تر از سطح ۰/۰۵ به دست آمده است و رابطه بین تکرار و گروه با متغیر وابسته آشفستگی روانشناختی تأیید می‌شود. این نتایج بیانگر اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای آموزشی در بهبود آشفستگی روانشناختی است. نتایج اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۶: آزمون تعقیبی بون فرونی در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	منبع	عامل	SS	MS	F	Sig	مجذور ایتا
آشفستگی روانشناختی	درون گروهی	عامل تکرار	۱۰۳۵۴/۳۴۹	۲۵۳۲/۴۸۸	۵۴/۹۴۳	۰/۰۰۱	۰/۹۴۶
		عامل تکرار* گروه	۵۳۶۷/۴۵۶	۶۴۸/۸۵۶	۲۶/۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵۹
	بین گروهی	گروه	۱۷۸۶۵/۴۳۵	۸۹۷/۷۴۳	۲۵/۳۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶
		خطا		۳۷۸۳/۶۵۶	۷۸/۰۲۳		

سطح معناداری برای عامل تکرار کمتر از سطح ۰/۰۵ می‌باشد، و بیانگر این است که کاهش آشفستگی روانشناختی در مراحل پیگیری هم به طور معناداری ادامه داشته است. معنادار شدن تعامل عامل تکرار و متغیر مستقل گروه نشان می‌دهد؛ سه گروه از نظر تغییرات آشفستگی روانشناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری متفاوت بوده‌اند. در مقایسه بین گروهی عامل گروه معنادار به دست آمده است بدین معنی است که سه گروه در پس آزمون و پیگیری در نمرات آشفستگی روانشناختی متفاوت بوده‌اند یعنی آموزش‌های انجام شده بر گروه‌های مختلف اثر متفاوتی داشته است. مقدار مجذور ایتا (η^2) برای عامل تکرار، تعامل عامل تکرار و

گروه و همچنین برای گروه نشان دهنده اندازه اثر معنادار در مراحل پس آزمون و پیگیری است، به عبارت دیگر اثربخشی مشاهده شده هم معنادار و هم بزرگ بوده است. جهت مقایسه زوجی گروه ها مختلف از آزمون تعقیبی شفه در جدول زیر استفاده شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه زوجی آشفتگی روانشناختی بین گروه ها

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
گواه	طرحواره درمانی	۴۵/۸۷	۱/۳۴۲	۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	۴۹/۲۴	۱/۴۳۲	۰/۰۰۱
طرحواره درمانی	درمان پذیرش و تعهد	۲/۵۸	۱/۴۶۷	۰/۰۴

با توجه به جدول می توان گفت؛ در مرحله پس آزمون آشفتگی روانشناختی زنان بین دو گروه گواه و آموزش طرحواره معنادار بود ($p < 0/05$). تفاوت میانگین ها نشان داد که آشفتگی روانشناختی در پس آزمون در گروه گواه بالاتر از گروه طرحواره بود؛ بنابراین آموزش طرحواره درمانی بر کاهش آشفتگی روانشناختی زنان تأثیر معناداری داشته است. نمرات آشفتگی روانشناختی بین دو گروه گواه و پذیرش و تعهد معنادار بود ($p < 0/05$)، میانگین آشفتگی روانشناختی پس آزمون گروه گواه بالاتر از گروه پذیرش و تعهد بوده است؛ در نتیجه آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی روانشناختی مؤثر بوده است. از طرف دیگر، بین دو گروه پذیرش و تعهد و آموزش طرحواره در متغیر آشفتگی روانشناختی نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). تفاوت بین میانگین گروه ها نشان دهنده نمرات آشفتگی روانشناختی در پس آزمون گروه طرحواره بالاتر از پذیرش و تعهد بوده؛ در نتیجه درمان پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر کاهش آشفتگی روانشناختی شرکت کنندگان داشته است.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر آشفتگی روان شناختی در زنان مبتلا به پراشتهایی روانی انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر آموزش طرحواره نشان داد که این درمان نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثربخشی کمتری بر آشفتگی روانشناختی زنان دارد. در پیش آزمون آشفتگی روانشناختی بین نمرات طرحواره درمانی و

پذیرش و تعهد تفاوت وجود ندارد. در پس آزمون بین نمرات گروه طرحواره و گروه گواه تفاوت دیده می‌شود. می‌توان گفت آموزش طرحواره‌ها در کاهش آشفتگی روانشناختی زنان تأثیر دارد. تفاوت میانگین‌ها نشان می‌دهد که آشفتگی روانشناختی در پس آزمون در گروه طرحواره درمانی بالاتر از گروه پذیرش و تعهد بوده است؛ بنابراین پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر کاهش آشفتگی روانشناختی شرکت‌کنندگان داشته است. به شکلی که میزان آشفتگی روانشناختی در گروه پذیرش و تعهد کمتر بوده و تفاوت معنادار ($P < 0/001$) است. نتیجه حاصل با نتایج عباسی و همکاران (Abbasi et al., 2023) در مورد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تعارضات زناشویی و همچنین تشویقی و آقامیری (Tashuiqi & Aghamiri, 2019) و آیار و سابن چگولاری (Ayar & Sabancioğullari, 2022) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: با آموزش رویکرد درمان پذیرش و تعهد (ACT) به مراجع کمک می‌شود تا استنهاها و لحظاتی که فرد با سختی‌های موجود در زندگی خود راحت‌تر و بهتر کنار می‌آید را شناسایی و تقویت کند؛ بدین ترتیب فرد متوجه می‌شود که آشفتگی‌های موجود در زندگی یک اتفاق دائمی و همیشگی نیست و فرد از توانایی و منابع لازم جهت برخورد مناسب با رویدادها و تبعات آن برخوردار است و همین امر باعث تغییرات شناختی بزرگی در فرد می‌شود که می‌تواند محرکی باشد برای ایجاد تغییرات بیشتر و مؤثرتر و به دنبال آن کاهش آشفتگی روان‌شناختی زنان (Ayar & Sabancioğullari, 2022).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از طریق استعاره‌های خود کمک می‌کند که زنان به گسلش دست یابند و در تولیدات ذهنی خود گیر نکنند. استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی می‌تواند برای ایجاد فاصله بین افکار برخاسته از الگوهای ناسازگارانه مفید واقع شود، زیرا این افکار، زنان را به سوی رفتارهای اجتنابی آشنا سوق داده و آن‌ها را وادار به انجام فعالیت‌هایی می‌کنند که حاصل آن آشفتگی روانشناختی و تعارض است. گسلش شناختی به زنان کمک می‌کند تا از افکار ناشی از الگوهای ناسازگار قدیمی جدا شوند و این افکار مانعی برای انجام فعالیت‌های ارزشمند نباشند. از سوی دیگر خود به عنوان زمینه یعنی رشد خود مشاهده‌گر و مشاهده موضوعات درونی و افکار مربوط به خود به عنوان پدیده‌های گذرا و دائما در حال تغییر. فرد به عنوان مشاهده‌گر می‌تواند متوجه تجربه‌های درونی‌اش

(افکار و احساسات ناخواسته) باشد، با همه آن‌ها در تماس باشد و فاصله‌اش را با داستانی که ذهنش تعریف می‌کند، حفظ کند. خود به عنوان زمینه به زنان کمک می‌کند دیدگاه انعطاف‌پذیری نسبت به خودگویی‌هایشان درباره خود و اطرافیانشان اتخاذ کنند. هدف این فرایند این است که به زنان کمک کند دیدگاهی انعطاف‌پذیرتر و مشفقانه نسبت به خود و اطرافیان داشته باشند.

هم‌چنین نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی بر کاهش آشفتگی روان‌شناختی در زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهش ما و همکاران (Mao et al., 2022) و بوترهوون و همکاران (Boterhoven et al., 2019) و روزبوم (Roozeboom, 2014) هم‌سواست. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که طرحواره درمانی از مفاهیم شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل یکپارچه بهره می‌برد و با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد با آشفتگی روان‌شناختی بالا، علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار اولیه به کاهش آشفتگی ذهنی افراد کمک می‌کند (Mao et al., 2022). هم‌چنین می‌توان گفت طرحواره درمانی به این افراد کمک می‌کند دایم صحت طرحواره‌هایشان را آزمون کنند. با آموزش این رویکرد، افراد دارای پراشتهایی عصبی، طرحواره را به عنوان ساختار معیوب بررسی می‌کنند و می‌توانند با استفاده از مدارک عینی و تجربی با آن‌ها مبارزه کنند. در اصل یکی از دلایل موفقیت طرحواره درمانی هدف قرار دادن این ساختارهای زیربنایی با استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی است (Boterhoven et al., 2019). به طور کلی این پژوهش نشان داد که هر دو درمان پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در کاهش آشفتگی روان‌شناختی زنان مبتلا به پراشتهایی عصبی مؤثر هستند. در هر دو روش افراد با جایگزین کردن الگوهای شناختی و رفتاری سازگار به جای الگوهای ناکارآمد به این نتیجه دست یافتند. اما از نظر تأثیرگذاری تفاوت معناداری را نشان دادند. یعنی درمان پذیرش و تعهد تأثیر بیشتر بر کاهش آشفتگی روان‌شناختی زنان داشته است. در تبیین علت این تأثیر بیشتر می‌توان گفت: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله‌ای بر اساس شواهد رفتاری است که از پذیرش و راهبردهای ذهن آگاهی همراه با تعهد و راهبردهای تغییر رفتار در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان استفاده می‌کند (Lev et al.,

2017). با کاربرد شش فرایند مرکزی ACT افراد می‌توانند تغییرات رفتاری و روانشناختی سالم طولانی مدت را در خود بهبود بخشیده و حفظ کنند. طبق این مدل افراد در حالی که افکار، قواعد و هیجان‌ها را به عنوان بخش‌هایی از خودشان پذیرفته و تصدیق می‌کنند؛ اما بر اساس آن‌ها رفتارهای شان را ارزیابی نمی‌کنند، بلکه از طریق فعالیت‌های متعهدانه‌ای که بر اساس ارزش‌ها انتخاب شده‌اند، عمل می‌کنند. بر این اساس تغییرات در الگوهای جدید رفتاری مرتبط با سلامت افراد ارتقاء یافته و انعطاف‌پذیری روانشناختی شکل می‌گیرد. به طور کلی بر طبق رویکرد پذیرش و تعهد فرایندهای انعطاف‌پذیری روانی می‌توانند انسان‌ها را در گذر از آستانه دشوار اجتناب تجربی و حفظ خودآگاهی یاری رسانند.

می‌توان برای کاهش آشفتگی روانشناختی زنان پیشنهاد کرد که کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزش درمان طرحواره و پذیرش و تعهد برای شناسایی طرحواره‌های ناسازگار، آگاهی به هیجانات مثبت و منفی خود، و پذیرش شرایط، زمینه بهبود و کاهش آشفتگی روانشناختی زنان و در نهایت کاهش پراشتهایی آنان فراهم شود.

References

- Abbasi Bondaragh, S., et al. (2023). "The Impact of Acceptance and Commitment Couples Therapy on Reducing the Marital Conflicts between Couples Applying for Divorce." *Research in Clinical Psychology and Counseling* 13(1): 25-46. 10.22067/TPCCP.2023.77768.1317 (In Persian)
- AllaHayari, M. and S. Khaleghi (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in bulimia nervosa and maladaptive strategies of worry in women. The second national conference of psychopathology. Ardabil. <https://civilica.com/doc/1436384/> (In Persian)
- Ashrafi, S., et al. (2020). "The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Bulimia Nervosa in Overweight Women." *Journal of Research in Behavioural Sciences* 18(2): 182-191. 10.52547/rbs.18.2.182 (In Persian)
- Ayar, D. and S. Sabancıoğullari (2022). "The effect of a solution-oriented therapy on the depression levels and the perceived social support of depressive patients." *Archives of Psychiatric Nursing* 36: 62-69. 10.1016/j.apnu.2021.11.004
- Boterhoven de Haan, K. L., et al. (2019). "A Schema Therapy Approach to the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder." *Journal of Psychotherapy Integration* 29: 54-64. <https://doi.org/10.1037/int0000120>
- Chithambo, T. P. and S. J. Huey, Jr. (2017). "Internet-delivered eating disorder prevention: A

- randomized controlled trial of dissonance-based and cognitive-behavioral interventions." *Int J Eat Disord* 50(10): 1142-1151. <https://doi.org/10.1002/eat.22762>
- Damiano, S. R., et al. (2015). "Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment." *Eat Behav* 16: 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.016>
- Dehestani, m., et al. (2019). "The Effectiveness of Group Schema Therapy on Body Dysmorphic Symptoms and Early Maladaptive Schemes in Girl Students with Overweight Concerns." *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 13(47): 47-56. <https://www.sid.ir/paper/172073/fa> (In Persian)
- Escandón-Nagel, N., et al. (2018). "Emotional eating and cognitive conflicts as predictors of binge eating disorder in patients with obesity." *International Journal of Clinical and Health Psychology* 18(1): 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.003>
- Eskandari, H. (2015). "Schema therapy: the formation of the historical evolution of the concept of bus." *Clinical Psychology Studies* 5(18): 15-22. https://jcps.atu.ac.ir/article_1045.html?lang=en (In Persian)
- Harris, R. and S. C. Hayes (2009). *ACT Made Simple: An Easy-to-read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*, New Harbinger Publications. <https://www.amazon.com/ACT-Made-Simple-Easy-Read/dp/1572247053>
- Hayes, S. C., et al. (2013). "Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy." *Behav Ther* 44(2): 180-198. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
- Hayes, S. C. and J. Lillis (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*, American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/4317286>
- Hayes, S. C. and K. D. Strosahl (2013). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, Springer US. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-23369-7#about-this-book>
- Hayes, S. C., et al. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*, Guilford Publications. <https://www.guilford.com/books/Acceptance-and-Commitment-Therapy/Hayes-Strosahl-Wilson/9781462528943>
- Howell, A. N., et al. (2010). "Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers." *Addict Behav* 35(12): 1144-1147. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.012>
- Hussain, T. (2013). "Psychological distress leading to repeat HIV testing in an Integrated Counseling & Testing Centre (ICTC) at Agra, India—Case report of 10 HIV-negative clients." *HIV & AIDS Review* 12(2): 43-46. <https://doi.org/10.1016/j.hivar.2013.05.003>
- Imperatori, C., et al. (2017). "The Association between Food Addiction and Early Maladaptive Schemas in Overweight and Obese Women: A Preliminary Investigation." *Nutrients* 9(11). DOI: 10.3390/nu9111259
- Ismaili, S. and S. Khosravi (2018). The effect of treatment based on acceptance and commitment on binge eating and difficulty in regulating emotions in binge eating disorder sufferers.

- National conference of new ideas in psychology and educational sciences with emphasis on recent scientific researches,. Tehran. 20.1001.1.10199616.1400.23.1.6.0 (In Persian)
- Kessler, R. C., et al. (2003). "Screening for serious mental illness in the general population." *Arch Gen Psychiatry* 60(2): 184-189. doi:10.1001/archpsyc.60.2.184
- Khodabakhsh, M. and F. Kiani (2017). "The Role of Depressive Symptoms and Alexithymia in Predicting Disordered Eating Behavior Among Female Students." *Community Health Journal* 8(3): 27-36. https://chj.rums.ac.ir/article_45728.html?lang=en (In Persian)
- Lemly, D. C., et al. (2022). "Caring for Adults With Eating Disorders in Primary Care." *Prim Care Companion CNS Disord* 24(1). <https://doi.org/10.4088/PCC.20nr02887> DOI: 10.4088/PCC.20nr02887
- Lev, A., et al. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A Clinician's Guide to Using Mindfulness, Values, and Schema Awareness to Rebuild Relationships*, New Harbinger Publications. <https://www.amazon.com/Acceptance-Commitment-Therapy-Couples-Relationships/dp/162625480X>
- Lillis, J. and K. E. Kendra (2014). "Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions." *J Contextual Behav Sci* 3(1): 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.005>
- Mao, A., et al. (2022). "A qualitative inquiry into the acceptability of schema therapy in Hong Kong and Singapore: implications for cultural responsiveness in the practice of schema therapy." *Clinical Psychologist* 26(3): 341-350. <https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2052273>
- Mardani, I. and e. ahmadi (2019). "Structural relationships of dysfunctional thoughts and rumination with symptoms of eating disorder by mediating of avoidance performance." *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 14(53): 47-56. <https://www.sid.ir/paper/366487/en> (In Persian)
- Narimani, M. and S. M. Nemati (2020). Investigating the effect of schema therapy on bulimia nervosa and stress in obese women. The second national conference of psychopathology. 10.32592/ajnpp.2020.7.1.103 (In Persian)
- Rahmani, F., et al. (2021). "The Effectiveness of Schema Therapy on Academic Enthusiasm and Body Dysmorphic Symptoms in Students." *Research in School and Virtual Learning* 9(2): 61-74. 20.1001.1.23456523.1400.9.2.5.4 (In Persian)
- Roozeboom, W. D. (2014). *Solution-Focused Counseling*. Encyclopedia of Psychology and Religion. D. A. Leeming. Boston, MA, Springer US: 1679-1683. https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4614-6086-2_9220
- Schaumberg, K., et al. (2021). "Conceptualizing eating disorder psychopathology using an anxiety disorders framework: Evidence and implications for exposure-based clinical research." *Clin Psychol Rev* 83: 101952. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101952>
- Shaigian, Z. and M. Wafai (2018). "Investigating the psychometric indicators of the eating disorder beliefs questionnaire." *New Journal of Cognitive Sciences* 11(2): 22. 10.32598/jpcp.9.3.772.1 (In Persian)
- Tashuiqi, M. and Z. Aghamiri (2019). The effectiveness of solution-oriented group therapy on the

- difficulty of emotion regulation and self-expression in adolescents living in centers Welfare of the city of Tehran. The second congress of new findings in the field of family, mental health, disorders, prevention and education. 10.52547/jcmh.9.3.9 (In Persian)
- Trindade, I. A. and C. Ferreira (2014). "The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology." *Eat Behav* 15(1): 72-75. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.014>
- Unoka, Z., et al. (2010). "Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders." *J Nerv Ment Dis* 198(6): 425-431. 10.1097/NMD.0b013e3181e07d3d
- Wheaton, M. G., et al. (2012). "Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: evaluation of the ASI-3." *J Anxiety Disord* 26(3): 401-408. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.002>
- Yaghobi, H. (2016). "Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10)." *Journal of Applied Psychological Research* 6(4): 45-57. 10.22059/JAPR.2016.57963 (In Persian)
- Young, J. E., et al. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, Guilford Publications. <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>

