Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 20, Issue 1

Effectiveness of Schema Therapy on Anger Rumination and Aggression in Men with Binge Eating Disorder

Mohammad Reza Hassanzadeh[1], Ahmad Mansouri[2]

1. M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
2. (Corresponding author)* Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Abstract

Aim and Background: Binge eating disorder (BED) is one of the most common eating disorders. Numerous factors such as aggression, rumination, anger, and anger rumination are associated with BED. The main purpose of this study was to investigate the effectiveness of schema therapy on anger rumination and aggression in men with binge eating disorder.

Methods and Materials: This quasi-experimental study was a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population consisted of all men with BED who are members of the Mashhad Overeaters Anonymous (OA) association in 2020. Twenty four of them were selected by convenience sampling method and randomly placed in two groups (experiment and control groups). Pre-test was performed for both groups, including anger rumination scale (ARS) and aggression questionnaire (AQ). The control group did not receive any intervention. Post-test was completed for both groups and the results were analyzed by multivariate analysis of covariance.

Findings: The results showed that schema therapy reduces anger rumination and aggression in people with BED in the experimental group compared to the control group. ($p < .01$).

Conclusions: Based on the results of the present study, it can be said that therapists can use this treatment to reduce anger rumination and aggression in people with BED.

Keywords: Aggression, rumination, schema therapy, eating disorder.

Citation: Hasanzadeh M. Mansouri A. **Effectiveness of Schema Therapy on Anger Rumination and Aggression in Men with Binge Eating Disorder**. Res Behav Sci 2022; 20(1): 1-8.

*** Ahmad Mansouri,**
Email: a.mansourii@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.1.5]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.1]

اثربخشی طرح‌واره درمانی بر نشخوار خشم و پرخاشگری در مردان مبتلا به اختلال پرخوری

محمدرضا حسن زاده[1]، احمد منصوری[2]

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال پرخوری یکی از شایع‌ترین اختلال‌های خوردن است. عوامل متعددی ازجمله پرخاشگری، نشخوار فکری، خشم و نشخوار خشم با اختلال پرخوری مرتبط هستند. هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی طرح واره درمانی بر نشخوار خشم و پرخاشگری مردان مبتلا به اختلال پرخوری بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری آن را کلیه مردان مبتلا به اختلال پرخوری عضو انجمن پرخوران گمنام شهر مشهد در سال ۹۹- ۱۳۹۸ تشکیل داد. بیست‌وچهار نفر از مردان مبتلا به اختلال پرخوری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به‌تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برای هر دو گروه پیش‌آزمون با استفاده از مقیاس نشخوار خشم و پرسشنامه پرخاشگری اجرا شد. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه به‌صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت طرح‌واره درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. برای هر دو گروه مجدداً پس‌آزمون انجام و نتایج از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج بیانگر این بود که طرح‌واره درمانی باعث کاهش نشخوار خشم و پرخاشگری در افراد مبتلا به اختلال پرخوری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود ($p<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌کند که درمانگران می‌توانند از این روش درمانی برای کاهش نشخوار خشم و پرخاشگری افراد مبتلا به اختلال پرخوری استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: اختلال پرخوری، پرخاشگری، طرح‌واره درمانی، نشخوار خشم.

ارجاع: حسن زاده م. منصوری ا. **اثربخشی طرح‌واره درمانی بر نشخوار خشم و پرخاشگری در مردان مبتلا به اختلال پرخوری**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۱): ۸-۱.

*- **احمد منصوری،**

رایان نامه: a.mansourii@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.1.5]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.1]

مقدمه

اختلال پرخوری شایع‌ترین اختلال خوردن است (۱، ۲). این اختلال شامل دوره‌های مکرر پرخوری به شکل خوردن مقدار زیادی غذا در مدت‌زمان خاص و احساس عدم کنترل بر خوردن طی این دوره‌ها است (۳). این دوره‌ها همراه با رفتارهای جبرانی برای اجتناب از افزایش وزن نیست، ازاین‌رو اکثر افراد مبتلا اضافه‌وزن یا چاقی دارند (۱، ۲). اختلال خوردن با اختلال‌های خلقی، اضطرابی، کمبود توجه/بیش فعالی، مصرف مواد و شخصیت به‌خصوص شخصیت مرزی همایندی بالایی دارد (۲، ۳). عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی فرهنگی مختلفی ازجمله اثرپذیری پیش مرضی منفی، چاقی کودکی، دلواپسی‌های خانواده در مورد وزن و مشکل خوردن، مشکلات والدگری و تعارض خانوادگی، کمال‌گرایی، مشکلات سلوک، مصرف مواد، آسیب‌شناسی روانی والدین، سوءاستفاده جنسی و جسمی (۲)، عاطفه منفی (۴)، کارکردهای اجرایی (۱) در ایجاد و تداوم اختلال پرخوری اثر دارند.

عوامل دیگری مثل پرخاشگری (۵)، نشخوار فکری (۶، ۷، ۸)، خشم (۹، ۱۰)، تکانش گری (۱۱) و نشخوار خشم (۱۲) با اختلال پرخوری مرتبط هستند. پرخاشگری به‌عنوان رفتار آگاهانه‌ای تعریف‌شده است که با هدف صدمه زدن یا آسیب رساندن به فرد دیگری انجام می‌شود و سبب تحریک در آن فرد برای اجتناب از این نوع برخورد می‌شود (۱۳). ایزیدورچیک و مازور نشان دادند که زنان مبتلا به اختلال پرخوری رفتار پرخاشگرانه و خود پرخاشگری بیشتری را نسبت افراد غیر مبتلا به تجربه می‌کنند (۵). یکی از پیش‌بینی کننده‌های رفتار پرخاشگرانه، خشم است (۱۴). همچنین، افسردگی، اضطراب و خشم حالت‌های خلقی منفی مهمی هستند که پرخوری را تسریع می‌کنند (۱۵). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که خوردن مهار نشده درنتیجه خلق منفی پایین و یا هیجان‌های منفی مثل خشم و ناکامی ایجاد می‌شوند (۵). از طرف دیگر، عوامل متعددی مانند نشخوار خشم در تداوم خشم دخیل هستند. نشخوار خشم به فرآیند شناختی اجتناب‌ناپذیر و تکرارشونده‌ای اشاره دارد که در جریان تجربه خشم پدیدار شده و پس‌ازآن ادامه می‌یابد و مسئول تداوم خشم است (۱۶). در همین راستا، ویکفورد و همکاران دریافتند دانشجویان با سطوح بالای پرخوری، سطوح بالاتری از نشخوار خشم را تجربه می‌کنند (۱۲).

اگرچه مطالعات کمی درباره رابطه بین نشخوار خشم و اختلال پرخوری (۱۲) انجام شده است، اما مطالعات دیگر دریافتند که بین نشخوار فکری و اختلال پرخوری رابطه وجود دارد. برای مثال میسون و لویس گزارش کردند که نشخوار فکری پیش‌بینی کننده پرخوری در زنان دانشجوی سفیدپوست اروپایی و آفریقایی–آمریکایی است (۶). گوردون و همکاران دریافتند که بین نشخوار فکری و پرخوری دانشجویان کارشناسی رابطه وجود دارد (۷). وانگ و همکاران نشان دادند که بین نشخوار فکری و پرخوری افراد مبتلا به اختلال پرخوری همایند با چاقی رابطه وجود دارد (۸).

درمان‌های دارویی و غیر دارویی متنوعی مثل درمان شناختی رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان بین فردی، درمان‌های ذهن آگاهی، درمان شناختی–عاطفی یکپارچه، درمان خودیاری، درمان شناختی رفتاری خودیاری هدایت‌شده، درمان کاهش وزن و ترکیب آن‌ها (۲۰–۱۷) برای درمان این اختلال استفاده شده است. یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌توان در مورد اختلال‌های خوردن و عوامل مرتبط به آن‌ها استفاده کرد، طرح‌واره درمانی است (۲۵–۲۲). طرح‌واره درمانی در درجه اول برای افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت ازجمله اختلال شخصیت مرزی ایجاد شده است، اما در مورد سایر اختلال‌ها یا مشکلات روان‌شناختی ازجمله اختلال‌های خوردن، افسردگی و استرس پس از سانحه نیز به‌کاررفته است (۲۶، ۲۷). چهار مفهوم اصلی این درمان شامل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله، حوزه‌های طرح‌واره و ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای است. باوجوداین، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هسته اصلی یا قلب این درمان هستند (۲۷). هدف این درمان آگاهی از طرح‌واره‌های ناسازگار و ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای و سپس درمان این طرح‌واره‌های ناسازگار در رفتارهای مختل شده خوردن است (۲۴).

بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که اثر این درمان بر اختلال‌های خوردن به‌ویژه اختلال بی‌اشتهایی عصبی و اختلال پراشتهایی عصبی (۲۳، ۲۵، ۲۸، ۲۹) انجام شده است و توجه کمتری به اختلال پرخوری به‌طور اختصاصی شده است. مک اینتوش و همکاران دریافتند که طرح‌واره درمانی در کاهش پرخوری مؤثر است. آن‌ها با مقایسه درمان شناختی رفتاری، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اشتها و طرح‌واره درمانی در مورد زنان مبتلا به پرخوری فراتشخیصی دریافتند که بین این سه درمان تفاوتی وجود ندارد (۲۴). رسولی ساروی و همکاران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.1.5]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.1]

نشان دادند که طرح‌واره درمانی گروهی بر نگرش خوردن و خودتنظیمی وزن زنان مبتلا به اختلال پرخوری مؤثر است. پژوهش‌های اندکی نیز در مورد اثربخشی طرح‌واره درمانی بر نشخوار خشم و پرخاشگری افراد مبتلا به اختلال پرخوری شده است (۳۰). پورجابری و دشت بزرگی دریافتند که طرح‌واره درمانی بر اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران چاق اثر دارد (۳۱).

اگرچه مطالعات زیادی در مورد اثر طرح‌واره درمانی بر اختلال‌های شخصیت انجام شده است، اما توجه کمتری به سایر اختلال‌ها ازجمله اختلال پرخوری شده است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر نشخوار خشم و پرخاشگری در مردان مبتلا به اختلال پرخوری انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوهٔ گردآوری اطلاعات از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری آن شامل کلیه مردان مبتلا به اختلال پرخوری عضو انجمن پرخوران شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ بود که تعداد ۲۴ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفرِ آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه به‌صورت هفته‌ای ۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت طرح‌واره درمانی (۳۲) قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. درنهایت از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ملاک‌های ورود شامل مرد بودن، عضو انجمن پرخوران شهر مشهد بودن و مصاحبه با شرکت‌کنندگان و تائید ابتلای به اختلال پرخوری بر اساس ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی بود. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و شرکت همزمان در پژوهش‌ها یا مداخله‌های درمانی همزمان دیگر بود. رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات، اخذ رضایت آگاهانه کتبی، حق خروج از پژوهش در صورت تمایل شرکت‌کنندگان و عدم آسیب به آن‌ها جزو ملاحظات اخلاقی پژوهش بودند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: ابزاری ۲۹ ماده‌ای است که توسط باس و پری طراحی شده است. این پرسشنامه به‌صورت پنج گزینه‌ای لیکرت از ۱ (به‌شدت شبیه من نیست) تا ۵ (کاملاً شبیه من است) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین دارای چهار خرده مقیاس پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت است. این پرسشنامه دارای اعتبار و روایی قابل قبولی است. اعتبار آزمون به روش بازآزمایی (بافاصله ۹ هفته) برای چهار خرده مقیاس ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. همبستگی بین این چهار خرده مقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ بوده است. اعتبار این آزمون به روش همسانی درونی (ضریب آلفا کرونباخ) برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۸۳ و ۰/۸۰ بوده است (۳۳). اعتبار نسخه فارسی این پرسشنامه به روش همسانی درونی (۰/۸۳-۰/۷۰=r) و بازآزمایی (۰/۷۸-۰/۶۸=r) گزارش شده است. همچنین از روایی سازه مناسبی برخوردار است (۳۴).

مقیاس نشخوار خشم: توسط ساکودولسکی و همکاران ساخته‌شده و دارای ۱۹ ماده است. این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس پس فکرهای خشم، افکار تلافی‌جویانه، خاطره‌های خشم و شناختن علت‌ها است و همچنین بر اساس یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا نمره ۴ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش‌شده است (۱۶). در پژوهش علیمحمدی مکی و منصوری (۳۵) اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برای نمره کل و چهار خرده مقیاس پس فکرهای خشم، افکار تلافی‌جویانه، خاطره‌های خشم و شناختن علت‌ها به ترتیب برابر ۰/۹۳، ۰/۸۸، ۰/۷۷، ۰/۸۴ و ۰/۷۵ گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی (۰/۹۷=برازش تطبیقی، ۰/۹۵=برازش هنجاری، ۰/۹۶=برازش نرم نشده، ۰/۹۷=برازش افزایشی، ۰/۸۶=نیکویی برازش، ۰/۰۸=جذر میانگین مجذورات خطای تقریب) نیز مناسب بوده است.

طرح‌واره درمانی: جلسه‌های طرح‌واره درمانی بر اساس کتاب طرح‌واره درمانی یانگ و همکاران (۳۲) تدوین و سپس اجرا گردید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.1.5]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.1]

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سن گروه آزمایش، کنترل و کل شرکت‌کنندگان به ترتیب برابر ۴۳، ۴۰/۵۴ و ۴۱/۷۷ است و تفاوتی بین دو گروه به لحاظ سنی وجود ندارد (t=۰/۶۹ ،p=۰/۴۹۷). در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک نشان داد که متغیرهای پژوهش دارای توزیع طبیعی هستند (p>۰/۰۱). نتایج آزمون لون نشان می‌دهد که همگنی واریانس متغیرهای نشخوار خشم (F= ۰/۰۰۶ ،p= ۰/۹۴) و پرخاشگری (F= ۰/۰۲۳ ،p= ۰/۸۸) رعایت شده است. نتایج آزمون باکس نشان‌دهنده رعایت پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس بود (F = ۱۰/۲۸ ،p= ۰/۲۷۸، ۴/۲۳ =Box's M).

پیش‌فرض یکسانی شیب‌خط رگرسیون رعایت شده است (۰/۷۵ =p، ۰/۱۰ =F). نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر کلی متغیر گروه معنی‌دار است (P< ۰/۰۱، F=۵/۸۰)؛ ازاین‌رو، بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در جدول ۲ نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس چند متغیره ارائه شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه در متغیر نشخوار خشم (۰/۳۵۶ =مجذور اتا، p<۰/۰۵، F=۱۲/۱۴) و پرخاشگری (۰/۲۵ =مجذور اتا، p<۰/۰۵، F=۷/۵۳) معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است. میزان تأثیر این مداخله بر نشخوار خشم و پرخاشگری به ترتیب برابر ۰/۳۶ و ۰/۲۵ است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله اندازه‌گیری	گروه	میانگین	انحراف معیار
نشخوار خشم	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۷/۰۷	۴/۹۰
		کنترل	۴۶/۸۴	۱۰/۳۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۹/۰۷	۱۱/۵۵
		کنترل	۴۳/۶۹	۱۳/۸۱
پرخاشگری	پیش‌آزمون	آزمایش	۹۹/۱۵	۱۹/۰۸
		کنترل	۹۵/۶۹	۱۱/۶۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۸۰/۷۶	۲۴/۶۹
		کنترل	۹۵/۶۹	۱۸/۴۳

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای نشخوار خشم و پرخاشگری

منبع تغییرات		SS	df	MS	F	*p*	مجذور اتا
نشخوار خشم	گروه	۹۰۵/۰۷	۱	۹۰۵/۰۷	۱۲/۱۴	۰/۰۰۲	۰/۳۵۶
	خطا	۱۶۳۹/۵۵	۲۲	۷۴/۵۳			
پرخاشگری	گروه	۱۶۳۶/۱۰	۱	۱۶۳۶/۱۰	۷/۵۳	۰/۰۱	۰/۲۵۵
	خطا	۴۷۸۰/۷۷	۲۲	۲۱۷/۳۰			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر نشخوار خشم و پرخاشگری مردان مبتلا به اختلال پرخوری بود. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش نشخوار خشم و پرخاشگری در افراد مبتلا به اختلال پرخوری می‌شود. اگرچه نتایج پژوهش حاضر در مورد نشخوار خشم مردان مبتلا به پرخوری انجام شد، اما نتایج این پژوهش با یافته‌های پورجابری و دشت بزرگی (۳۱) همسو بود. آن‌ها دریافتند که طرحواره درمانی باعث کاهش علائم اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران چاق می‌شود. سایر پژوهش‌ها نشان دادند که طرحواره درمانی بر کاهش پرخوری زنان (۲۴) و همچنین نگرش خوردن و خودتنظیمی وزن زنان مبتلا به اختلال پرخوری (۳۰) مؤثر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.1.5]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.1]

است. اگرچه مطالعه‌ای در مورد اثربخشی طرح‌واره درمانی بر پرخاشگری افراد (زن یا مرد) مبتلا به پرخوری مشاهده نشد، اما سایر پژوهش‌ها نشان دادند که این درمان سبب کاهش پرخاشگری در نوجوانان (۳۶، ۳۷) و دانشجویان (۳۸) می‌شود.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی از طریق اصلاح و تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله، حوزه‌های طرح‌واره و ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای به کاهش نشخوار خشم و پرخاشگری مردان مبتلا به اختلال پرخوری کمک می‌کند (۲۷)؛ به‌عبارت‌دیگر، هدف این درمان آگاهی از طرح‌واره‌های ناسازگار و ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای و سپس درمان این طرح‌واره‌های ناسازگار در رفتارهای خوردن است (۲۴ طرح‌واره درمانی چارچوبی را فراهم می‌سازد که در آن شناختارها، رفتارها، هیجان‌ها و کژکاری بین فردی مرتبط با خوردن موردتوجه قرار می‌گیرد (۲۲).

برای کاهش نشخوار خشم و پرخاشگری مردان مبتلا به اختلال پرخوری، پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرح‌واره درمانی بیان گردید. صورت‌بندی مشکلات مراجعان در قالب طرح‌واره درمانی انجام شد. شرکت‌کنندگان با طرح‌واره‌ها و نحوه شناسایی و تشخیص طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از طریق تصویرسازی ذهنی آشنا شدند (۳۲). تصویرسازی ذهنی یکی از مداخله‌های تجربی مهم است که امکان دسترسی به تجربه‌های اولیه مرتبط با ایجاد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و همچنین امکان تغییر مستقیم طرح‌واره را فراهم می‌سازد (۲۲). به آن‌ها کمک شد سبک‌های مقابله‌ای خود را از طریق مشکلات ارتباطی اینجا و اکنون شناسایی و تشخیص دهند. آن‌ها با مفهوم طرح‌واره و ریشه‌های تحولی آن آشنا شدند. برقراری رابطه سالم و گفتگوی خیالی به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. بر روی ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و طرح‌واره‌های ناسازگار افراد ازجمله طرح‌واره محرومیت هیجانی کار شد. آن‌ها تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها را یاد گرفتند. چگونگی برقراری رابطه با افراد مهم زندگی و ایفای نقش اجرا گردید. به شرکت‌کنندگان رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و آموزش الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد. مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم بررسی شد و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار و جرأت ورزی آموزش داده شد. درنهایت، جلسه‌های قبلی به‌طور اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته‌شده تمرین شد (۲۲).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است. این پژوهش در مورد مردان مبتلا به اختلال پرخوری انجمن پرخوران گمنام شهر مشهد انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر گروه‌ها باید احتیاط کرد. این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بدون دوره پیگیری انجام‌شده است. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با استفاده از سایر روش‌های نمونه‌گیری و همراه با دوره پیگیری انجام شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که متخصصان حوزه علوم رفتاری و بهداشت روان از طرح‌واره درمانی به‌عنوان یکی از رویکردهای درمانی برای کاهش نشخوار خشم و پرخاشگری افراد مبتلا به اختلال پرخوری استفاده نمایند. همچنین، توصیه می‌شود که از این درمان در کنار سایر درمان‌ها برای کمک به افراد مبتلا به اختلال پرخوری استفاده شود.

تقدیر و تشکر

در پایان از انجمن پرخوران گمنام شهر مشهد و همچنین تمام افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Cury M, Berberian A, Scarpato BS, Kerr-Gaffney J, Santos FH, Claudino AM. Scrutinizing domains of executive function in binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis. Front psychiatry. 2020;11:288.
2. Hilbert A. Binge-eating disorder. Psychiatr Clin North Am. 2019;42(1):33-43.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
4. Schaefer LM, Smith KE, Anderson LM, Cao L, Crosby RD, Engel SG, Crow SJ, Peterson CB, Wonderlich SA. The role of affect in the maintenance of binge-eating disorder: Evidence from an ecological momentary assessment study. J Abnorm Psychol. 2020;129(4):387-96.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.1.5]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.1]

5. Izydorczyk B, Mazur K. Characteristics of aggressive behaviour in females suffering from psychogenic binge eating disorder. Arch Psychiatry Psychother. 2012;14:15-24.

6. Mason TB, Lewis RJ. Examining social support, rumination, and optimism in relation to binge eating among Caucasian and African–American college women. Eat Weight Disord. 2016;22(4):693-8.

7. Gordon KH, Holm-Denoma JM, Troop-Gordon W, Sand E. Rumination and body dissatisfaction interact to predict concurrent binge eating. Body Image. 2012;9(3):352-7.

8. Wang SB, Lydecker JA, Grilo CM. Rumination in patients with binge-eating disorder and obesity: Associations with eating-disorder psychopathology and weight-bias internalization. Eur Eat Disord Rev. 2017;25(2):98-103.

9. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Giacomo Rovera G. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. J Psychosom Res. 2003;54(6):559-66.

10. Waller G, Babbs M, Milligan R, Meyer C, Ohanian V, Leung N. Anger and core beliefs in the eating disorders. Int J Eat Disord. 2003;34(1):118-24.

11. Kehtari Harzangh L, Heshmati R, Poursharifi H. Comparison of impulsivity and experiential avoidance in obese individuals with and without binge eating disorder. IJPCP. 2019;25(1):84-95.

12. Wakeford G, Kannis-Dymand L, Statham D. Anger rumination, binge eating, and at-risk alcohol use in a university sample. Aust J Psychol. 2017;70(3):269-76.

13. Baron R, Richardson D. Human aggression. New York: Plenum Press; 1994.

14. Denson TF, Pedersen WC, Friese M, Hahm A, Roberts L. Understanding impulsive aggression: Angry rumination and reduced self-control capacity are mechanisms underlying the provocation-aggression relationship. Pers Soc Psychol Bull. 2011;37(6):850-62.

15. Mirza Mohammad Alaeini E, Alipur A, Norbala AA, Agah Heris M. Effectiveness of emotional eating intervention on modifying emotional eating and weight management in obese and overweight women. Health Psychology. 2013;2(7):21-31. [In persian].

16. Sukhodolsky DG, Golub A, Cromwell EN. Development and validation of the Anger Rumination Scale. Pers Indiv Diff. 2001;31:689-700.

17. Peterson CB, Engel SG, Crosby RD, Strauman T, Smith TL, Klein M, Crow SJ, Mitchell JE, Erickson A, Cao L, Bjorlie K, Wonderlich SA. Comparing integrative cognitive-affective therapy and guided self-help cognitive-behavioral therapy to treat binge-eating disorder using standard and naturalistic momentary outcome measures: A randomized controlled trial. Int J Eat Disord. 2020;53(9):1418-27.

18. Ghaderi A, Odeberg J, Gustafsson S, Råstam M, Brolund A, Pettersson A, Parling T. Psychological, pharmacological, and combined treatments for binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis. Peer J. 2018;6:e5113.

19. Grilo CM. Psychological and behavioral treatments for binge-eating disorder. J Clin Psychiatry. 2017;78:20-4.

20. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, Munoz MR, Keck PE. Overview of the treatment of binge eating disorder. CNS Spectr. 2015;20(6):546-56.

21. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, Schmidt R. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. J Consult Clin Psychol. 2019;87(1):91-105.

22. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. Clin Psychol Rev. 2015;39:30-41.

23. Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. Front Psychol. 2010;1:182.

24. McIntosh VVW, Jordan J, Carter JD, Frampton CMA, McKenzie JM, Latner JD, Joyce PR. Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.1.5]

[DOI: 10.52547/rbs.20.1.1]

behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. Psychiatry Res. 2016;240:412-420.
25. Calvert F, Smith E, Brockman R, Simpson S. Group schema therapy for eating disorders: study protocol. J Eat Disord. 2018;6:1.
26. Taylor CDJ, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychol Psychother. 2017;90(3):456-79.
27. Masley SA, Gillanders DT, Simpson SG, Taylor MA. A systematic review of the evidence base for Schema Therapy. Cogn Behav Ther. 2012;41(3):185-202.
28. Sharifi M, Etemadi O. The effect of group schema therapy on eating disorder,s beliefs and shame in girl adolecents with anorexia nervosa in Isfahan. Journal of Modern Psychological Researches. 2013;77(27):81-98. [In persian].
29. Mahmoudian Dastnaii T, Amiri Sh, Neshatdoost H, Manshaee Gh. Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT on eating disorder symptoms in patients with bulimia nervosa aged 16-23 considering parental bonding. Contemporary Psychology. 2017;12(1):38-52. [In persian].
30. Rasouli Saravi S, Hassani F, Keshavarzi Arshadi F, Farzad V, Sepahmansour M. Effectiveness of group schema therapy on eating attitude and self-regulation in overweight adolescent females with binge eating disorder. Avicenna J Neuro Psycho Physiology. 2020;7(1):20-8.
31. Pourjaberi B, DashtBozorgi Z. The effectiveness of schema therapy on eating disorder and rumination of obese adolescent girls. Community Health; 2019:31(39):1-10.
32. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
33. Buss AH. Perry M. The aggression questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1992;63(3):452-9.
34. Samani S. Study of reliability and validity of the Buss and Perry's aggression questionnaire. IJPCP. 2008;13(4):359-65.
35. Alimohammadi Maki M, Mansouri A. (Unpablished). The mediating role of anger rumination and hostile attribution bias in the relationship between borderline personality symptoms and aggression. Clinical Phsychology & Personality. [In Persian].
36. Mohammad Hasani S, Askary P, Heidari A, Ehtesham Zadeh P. The comparative effectiveness of parental behavior management training and schema therapy on aggression and oppositional defiant in adolescents. JNMS. 2020;7(3):146-52.
37. Yazdani M, Hafezi F, Ehteshamzadeh P, Dasht Bozorgi Z. Efficacy of group schema therapy on difficulty in emotion regulation and aggression in adolescent girls. Psychological Studies. 2021;16(4):59-76.
38. Goli R, Hedayat S, Dehghan F, Hosseini-Shorabe M. The effect of group schema therapy on psychological well-being and aggression in university students. JHC. 2016;18(3):258-75. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.1.1.5]
[DOI: 10.52547/rbs.20.1.1]