

June-July 2021, Volume 9, Issue 2

## The Moderating Role of Coping Strategies in Relation to Early Maladaptive Schemas and Binge Eating Disorder

Zahra Alsadat Haji Seyed Taghiya Taghavi<sup>1</sup>, Hamid Poursharifi<sup>2\*</sup>, Farahnaz Meschi<sup>3</sup>,  
HamidReza HassanAbadi<sup>4</sup>, Mansour Rezaei<sup>5</sup>

1- Department of health psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

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

4- Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

5- Assistant Professor, Chronic Respiratory Disease Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Masih Daneshvari Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Corresponding author:** Hamid Poursharifi, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

**Email:** poursharifi@gmail.com

Received: 19 Feb 2021

Accepted: 20 May 2021

### Abstract

**Introduction:** Overeating as a common health problem in the world is associated with several negative health effects and consequences. The aim of the study was to investigate the moderating role of coping styles in the relationship between early maladaptive schemas and binge eating disorder.

**Methods:** The present study was a correlational study. The statistical population of the study included men and women aged 23 to 65 years who referred to health centers in Tehran and also Internet users of these centers and related social media between 2019 and 2020. 409 people were selected by the convenience sampling method. Bing Eating Scale, Young- Rygh Avoidance Inventory, Young Compensation Inventory, and Yang's early maladaptive schemas questionnaire were used to collect data. The analysis method was multiple regression using SPSS version 25.

**Results:** According to the results, overeating disorder had a positive and significant relationship with early maladaptive schemas and coping styles at the level of 0.01. Also, the interaction of avoidance style and impaired autonomy and performance ( $\beta = 0.19$  and  $P = 0.03$ ), avoidance style and approval-seeking/recognition-seeking ( $\beta = -0.23$  and  $P = 0.01$ ) and extreme compensation and scope disconnection and rejection ( $\beta = -0.16$  and  $P = 0.001$ ) were significant in predicting binge eating disorder ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** According to the results, the variable of coping styles in a moderating role acts on the relationship between early maladaptive schemas and binge eating disorder. In other words, early maladaptive schemas at high levels of avoidance and extreme compensation, styles are associated with increased overeating disorder.

**Keywords:** Early maladaptive schemas, Overeating disorder, Coping styles, Overeating disorder.

## نقش تعدیل‌کنندگی راهبردهای مقابله‌ای در رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال پرخوری

زهرالسادات حاجی سیدتقیاتقوی<sup>۱</sup>، حمید پورشریفی<sup>۲\*</sup>، فرحناز مسچی<sup>۳</sup>، حمیدرضا حسن‌آبادی<sup>۴</sup>، منصور رضایی<sup>۵</sup>

۱- گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲- دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳- استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴- استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۵- مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی.

نویسنده مسئول: حمید پورشریفی، دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

ایمیل: poursharifih@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۳۰

### چکیده

**مقدمه:** پرخوری به عنوان یک معضل بهداشتی شایع در جهان، با عوارض و پیامدهای منفی متعددی در حوزه سلامت همراه است. هدف پژوهش حاضر، تعیین نقش تعدیل‌کننده سبک‌های مقابله‌ای در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال پرخوری بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان و مردان ۲۳ تا ۶۵ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی در شهر تهران و همچنین کاربران اینترنتی این مراکز و رسانه‌های اجتماعی مرتبط در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ بود. ۴۰۹ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مقیاس پرخوری، سیاهه اجتناب‌یاب-ریگ، پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ و سیاهه جبران افراطی یانگ برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. روش تجزیه و تحلیل، رگرسیون چندگانه با استفاده از SPSS نسخه ۲۵ شد.

**یافته‌ها:** طبق نتایج حاصل، اختلال پرخوری رابطه مثبت و معناداری با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای در سطح ۰/۰۱ داشت. همچنین، نقش‌های تعاملی سبک مقابله‌ای اجتنابی × خودگردانی و عملکرد مختل ( $\beta=0/19$ ) و اجتنابی × گوش‌بزرگی بیش از حد و بازداری ( $\beta=-0/23$ ) و  $P=0/01$ ) و سبک مقابله‌ای جبران افراطی × حوزه‌بریدگی و طرد ( $\beta=-0/16$ ) و  $P=0/001$ ) در پیش‌بینی اختلال پرخوری معنادار بودند.

**نتیجه‌گیری:** طبق نتایج، متغیر سبک‌های مقابله‌ای در نقش تعدیل‌کننده بر رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال پرخوری عمل می‌کند. به عبارت دیگر، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سطوح بالای سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و جبران افراطی، با افزایش اختلال پرخوری همراه است.

**کلیدواژه‌ها:** طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اختلال پرخوری، سبک‌های مقابله‌ای، با افزایش اختلال پرخوری.

### مقدمه

که در سال ۲۰۰۵ حدود ۵۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به چاقی شناخته شدند و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ به یک میلیارد نفر برسد (۳). شیوع چاقی به قدری گسترش یافته که سازمان بهداشت جهانی آن را به عنوان اپیدمی و تهدید جهانی برای سلامتی اعلام کرده است (۴). پرخوری یک اختلالی چندعاملی است که عوامل و ویژگی‌های فردی و محیطی می‌توانند تبیین

پرخوری شامل بلع مقدار زیادی از غذا به طور نامعمول و احساس فقدان کنترل در طول دوره خوردن است که به میزان حداقل دو بار در هفته و به مدت شش ماه رخ دهد (۱). اختلال پرخوری رایج‌ترین اختلال خوردن است و گرچه به افراد چاق محدود نمی‌شود، اما اختلال تشخیصی رایج در این گروه است (۲). این در حالی است

رفتاری است که فرد در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش زا به کار می‌برد و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود (۱۱). مبنای طبقه بندی سبک های مقابل می‌تواند متمرکز بر استراتژی مقابل (مسئله مدار در مقابل هیجان مدار)، روش مقابل (شناختی، هیجانی و رفتاری) و یا ترکیبی از هر دو گرایش های شناختی، هیجانی و رفتاری (جهت مواجهه با مشکل و یا اجتناب شناختی، هیجانی و رفتاری در برابر مشکل) باشد (۱۲). یکی دیگر از نظریات مطرح در انواع سبک های مقابل، نظریه طرحواره درمانی یانگ است. زمانی که یک طرحواره ناسازگار اولیه فعال می‌شود، شخص با سبک های مقابل ای ناسازگار به آن پاسخ می‌دهد که منجر به ماندگاری بیشتر طرحواره های ناسازگار اولیه می‌شود (۱۳). افراد به هنگام برانگیختگی طرحواره که گویای ناکامی یک نیاز اساسی و هیجان های همراه با آن تهدیدی برای آنها است، سبک های مقابل ای جبران افراطی، اجتناب و یا تسلیم را برای کاهش شدت تنش و استرس مورد تجربه به کار می‌گیرند (۱۴). این سبک های مقابل ای معمولاً خارج از حوزه هوشیاری عمل کرده و در دوران بزرگسالی حالت ناسازگاران پدید می‌کنند؛ زیرا به کارگیری آنها منجر به تداوم طرحواره ها و باور به درست بودن آنها شده و بنابراین، هیچگاه فرد سعی در اصلاح طرحواره ها نمی‌کند (۱۵). یافته مطالعات متعدد بر نقش راهبردهای مقابل ای ناسازگار در آسیب پذیری افراد نسبت به اختلالات روانی، ناتوانی با سازگاری موثر با شرایط بحرانی، کاهش سطح سلامتی و رفتارهای ناسازگار تاکید دارند (۱۶-۱۳). به طور مثال Rothermund & Brandstädter (۱۵) در بررسی خود نشان دادند که افراد با راهبرد مقابل ای ناسازگار در موقعیت استرس زا، برای کاهش تنش خود به طور ناهوشیار متوسل به الگوهای رفتاری ناسالم و تکراری می‌شوند که گرچه در کوتاه مدت ممکن است در کاهش استرس آنها موثر باشد ولی در دراز مدت موجب افزایش سطح استرس آنها و تقویت بیشتر سبک های مقابل ای و رفتارهای ناکارآمد در آنها می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد که در افراد مبتلا به اختلال پرخوری، علاوه بر طرحواره های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابل ای ناسازگار همچون جبران افراطی و اجتناب نیز در اختلال آنها نقش دارد و می‌تواند در رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال پروری دارای نقش تعدیل کنندگی باشد. با توجه به پیامدهای منفی اختلال پرخوری و ضرورت شناسایی عوامل دخیل در آن، مطالعه حاضر به بررسی نقش تعدیل کننده راهبردهای

کننده آن باشند (۳). طرحواره های ناسازگار اولیه ناسازگار از جمله متغیرهای روانشناختی است که احتمالاً قادر به پیش بینی رفتار خوردن است.

طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (۵). طرحواره های ناسازگار اولیه به علت ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی، نیازهای بنیادینی، همچون دلبستگی ایمن به دیگران، آزادی در بیان نیازها و هیجانات سالم، خودگردانی و خودانگیختگی به وجود می‌آیند (۶). این طرحواره ها به عنوان عمیق ترین و قدیمی ترین ساخت های شناختی و الگوهای عمیق و فراگیر شناخته می‌شوند که در سیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و رابطه با دیگران هستند و به شدت ناکارآمدند (۷). طرحواره مطرح شده توسط یانگ با توجه به پنج نیاز هیجانی ارضاء نشده در پنج حوزه بریدگی و طرد (disconnection and rejection)، خودگردانی و عملکرد مختل (impaired autonomy and performance)، محدودیت های مختل (impaired limits)، دیگر جهت مندی (other-directedness)، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (-approval-seeking/recognition-seeking) قرار می‌گیرد (۸). طرحواره ها در عمیق ترین سطح شناخت، معمولاً خارج از سطح آگاهی عمل می‌کنند و فرد را به لحاظ روانشناختی نسبت به نشان دادن آسیب های بسیاری همچون افسردگی، اضطراب، ارتباطات ناکارآمد و الگوهای رفتاری ناسالم آسیب پذیر می‌سازند (۱۰-۷). بنابراین به نظر می‌رسد که در افراد با اختلال پرخوری نیز، وجود طرحواره های ناسازگار اولیه می‌تواند با ایجاد سازوکارهایی در گرایش این افراد به پرخوری نقش داشته باشند. همانطور که یافته مطالعات Legenbauer و همکاران (۸) و Khosravani و همکاران (۹) نیز به نوعی گویای این است که طرحواره های شکل گرفته در دوران کودکی در شکل گیری الگوهای رفتاری سلامت محور از جمله رفتار خوردن و گرایش به مصرف مواد می‌تواند مؤثر باشد. از همین رو، بخشی از مطالعه حاضر به پیش بینی اختلال پرخوری بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه می‌پردازد. همچنین به نظر می‌رسد که علاوه بر طرحواره های ناسازگار اولیه، سبک های مقابل ای نیز از جمله عوامل مهم در پیش بینی اختلال پرخوری هستند و در رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال پروری دارای نقش تعدیل کنندگی هستند. راهبردهای مقابل مجموعه ای از تلاش های شناختی و

مقابله ای در رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال پرخوری می پردازد.

## روش کار

طرح پژوهش توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی است. این مقاله مستخرج از رساله دکترای روانشناسی سلامت مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1399.038 می باشد. جامعه آماری پژوهش شامل زنان و مردان ۲۳ تا ۶۵ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در شهر تهران و همچنین کاربران اینترنتی این مراکز و رسانه های اجتماعی مرتبط در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۸ و شش ماهه اول سال ۱۳۹۹ بود که پرسشنامه به صورت الکترونیکی از طریق واتساپ و تلگرام در اختیار افراد برای پاسخگویی قرار گرفت. ۴۰۹ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود به پژوهش عبارت بودند از: کسب نمره حد نصاب تشخیص اختلال پرخوری در پاسخ به مقیاس پرخوری (نمره بالاتر از ۱۷)، عدم سابقه ابتلا به پرخوری بر اساس عوامل فیزیولوژیک، بیولوژیک، اختلالات درون ریز، اختلال کم کاری غده تیروئید و بیماری جسمانی (مطابق اظهار نظر شرکت کنندگان). ملاک های خروج از پژوهش عبارت بودند از عدم رضایت از شرکت در پژوهش، عدم پاسخگویی به حداقل ۵ درصد از سوالات پرسشنامه ها، اعتیاد به مواد مخدر و الکل (مطابق اظهار نظر شرکت کنندگان) و ابتلا به اختلالات شخصیتی و اختلالات روانی (مطابق اظهار نظر شرکت کنندگان) مقیاس پرخوری (Bing Eating Scale)، این مقیاس پرخوری توسط Gormally و همکاران در سال ۱۹۸۲ تدوین شده است. این مقیاس به منظور اندازه گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی شده، از ۱۶ ماده تشکیل شده است که ابعاد شناختی - عاطفی (مانند احساس گناه، اشتغال ذهنی با خوردن محدود) و رفتاری (مانند غذاخوردن سریع، تنها غذاخوردن سریع، تنها غذا خوردن) اختلال پرخوری را می سنجد. از شرکت کنندگان خواسته می شود، جمله ای را انتخاب کنند که آنها را به بهترین وجه توصیف می کند. ماده ها از صفر تا سه درجه بندی می شوند و نمره کلی از صفر تا ۴۶ متغیر است. در این مقیاس نمرات پایین تر از ۱۷ نشان دهنده عدم ابتلا به اختلال پرخوری است. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴ و بعد از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است (۱۷). Mootabi و همکاران (۱۸) در مطالعه ای در جمعیت ایرانی نیز خصوصیات روان سنجی نسخه ایرانی مقیاس پرخوری

بررسی شده است. این نویسندگان در باب روایی، میزان حساسیت آزمون را ۰/۸۵ و برای پایایی مقدار آن را با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۷۲، روش دو نیمه سازی ۰/۶۷ و روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش داده اند.

سیاهه اجتناب یانگ-ریگ (Young-Rygh Avoidance Inventory)، این سیاهه که توسط Young در سال ۱۹۹۴ ساخته شده، ۴۰ آیتمی است و به منظور بررسی ۱۴ راهبرد مقابله ای اجتنابی طراحی شده است (۱۹). طیف پاسخ ها بین ۱ (در مورد من کاملاً نادرست) تا ۶ (در مورد من کاملاً درست) است که نمره بیشتر به معنای اثرات بیشتر طرحواره اجتناب در فرد است. راهبردهای اجتنابی بر اساس این سیاهه عبارتند از: فکر نکردن به طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند، سوء مصرف مواد، انکار ناخوشی، کنترل و منطقی بودن افراطی، سرکوب خشم، علائم روانی - جسمی، گوشه گیری و دوری گزینی از مردم، انکار خاطرات، اجتناب از طریق خوابیدن/فقدان انرژی، حواس پرتی از طریق درگیر شدن در فعالیت های مختلف، آرام کردن خود، خوردن، خرید کردن، و جز آن، بازداری منفعلانه هیجان های ناخوشایند، حواس پرتی منفعل، رؤیایپردازی و اجتناب از موقعیت های ناخوشایند. Young (۱۹) همسانی درونی و روایی سازه و روایی همگرایی این سیاهه را در افراد مبتلا به پرخوری مناسب گزارش کرده است. در مطالعه ای در جمعیت ایرانی، Sa'adati و همکاران ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۷۹ و ضریب آلفای کرونباخ آن برای یازده راهبرد از ۰/۲۳ تا ۰/۷۶ بود. هم چنین آنها روایی صوری و محتوایی مقیاس پرخوری سیاهه اجتناب یانگ-ریگ را بررسی و تأیید کرده و همسانی درونی مقیاس را ۰/۷۰ گزارش دادند (۲۰). سیاهه جبران افراطی یانگ (Young Compensation Inventory)، این سیاهه ۴۸ گویه ای است که توسط Young در سال ۱۹۹۵ تهیه شده است و راهبرد مقابله ای جبران افراطی را مورد ارزیابی قرار می دهد. گویه ها در یک مقیاس ۶ درجه ای ۱ (در مورد من کاملاً نادرست) تا ۶ (در مورد من کاملاً درست) توسط پاسخ دهندگان درجه گذاری می شوند. هر سوال دارای زیربنایی از چند طرحواره مختلف می باشد که راهبردهای افراطی چون رفتار انتقادگرایانه، خودانکایی افراطی، ذهن وسواسی، خوش بینی بیش از حد، رفتارهای تکانشگرانه، ناززنده سازی و ... در پاسخ به طرحواره صورت می گیرند. نمرات بالا نشان دهنده وجود راهبرد جبران افراطی غالب در فرد است. همسانی درونی و روایی همگرایی این پرسشنامه توسط Young مطلوب گزارش شده است و ضریب پایایی داخلی این پرسشنامه را ۰/۷۵ و ضریب

اطلاعات مورد نیاز جمع آوری شد. یک بخش از جمع آوری اطلاعات به صورت حضوری صورت گرفت که با مراجعه به مراکز درمانی (مراکز درمانی دانشگاه شهید بهشتی، مراجعه کنندگان به چندین مرکز درمان چاقی خصوصی) و ارائه فرم معرفی نامه از طرف دانشگاه و کسب اجازه از طرف آنها جهت اجرای پژوهش، پرسشنامه ها در اختیار افراد مراجعه کننده به مراکز مورد نظر قرار گرفت. البته تاکید بر اختیاری بودن شرکت در پژوهش و همچنین محرمانه بودن اطلاعات، رضایت افراد برای شرکت در پژوهش جلب شد. در این بخش اطلاعات به صورت فردی از شرکت کنندگان جمع آوری شد. همچنین بخش دیگری از اطلاعات از عموم افراد (بوسیله پرسش نامه اینترنتی که در صدا و سیمای استان تهران، کارکنان آموزش و پرورش منطقه ۱، ۴، ۵، ۳، کارمندان رادیو سلامت، دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی) جمع آوری شد. در این بخش فرم آنلاین پرسشنامه ها طراحی و از طریق شبکه های اجتماعی اطلاع رسانی (واتساپ، تلگرام و اینستاگرام) لینک پاسخگویی در اختیار افراد قرار گرفت. در قسمت توضیحات لینک، هدف پژوهش و همچنین اختیاری بودن و محرمانه ماندن اطلاعات ارائه شد. در مجموع و از هر دو طریق تعداد ۷۲۳ نفر در مطالعه شرکت کردند که بعد از بررسی ملاک های ورود و خروج از پژوهش تعداد ۴۰۹ نفر به عنوان حجم نهایی نمونه که نمره بالاتر از ۱۷ در مقیاس پرخوری کسب کرده بودند و فاقد ملاک های خروج از پژوهش بودند، انتخاب شدند. فرآیند اجرای پژوهش از پاییز ۱۳۹۸ تا تابستان ۱۳۹۹ به طول انجامید. به منظور تجزیه و تحلیل داده های پژوهش حاضر از شاخص های آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) جهت توصیف متغیرهای جمعیت شناختی استفاده استفاده شد و روش تجزیه و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از SPSS نسخه ۲۵ بود.

### یافته ها

مطالعه حاضر بر روی ۴۰۹ فرد با اختلال پرخوری انجام شد. از این تعداد ۶۴/۵ درصد زن و ۳۵/۵ درصد زن و ۳۳/۳ درصد مجرد و ۶۶/۷ درصد متاهل بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در پژوهش به ترتیب ۳۴/۸۴ و ۷/۴۷ بود. نتایج مربوط به ماتریس همبستگی مربوط به متغیرهای پژوهش در (جدول ۱) نشان داده شده است.

آلفای کرونباخ آن را نیز ۰/۷۱ گزارش داده است (۲۱). در مطالعه ای در جمعیت ایرانی، ضریب پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی از طریق دو نیمه سازی برابر ۰/۷۸ برآورد شده است و همچنین روایی صوری و محتوایی این سیاهه نیز مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۲۲).

پرسش نامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (Yang early maladaptive schemas questionnaire)، پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ در سال ۱۹۹۰ توسط Yang تدوین شد. این پرسشنامه ۲۰۵ ماده ای وقت گیر است و از این رو استفاده از آن توأم با مشکلاتی می باشد. به منظور سهولت کاربرد، فرم کوتاه این پرسشنامه با ۷۵ سوال مورد استفاده قرار می گیرد که ۱۵ طرحواره را با ۵ حوزه بر روی لیکرت ۶ گزینه ای می سنجد. این ۵ حوزه عبارتند از: ۱- حوزه بریدگی و طرد (شامل طرحواره های محرومیت هیجانی: گویه های ۱ تا ۵، رهاشدگی بی ثباتی: گویه های ۶ تا ۱۰، بی اعتمادی بد رفتاری: گویه های ۱۱ تا ۱۵، انزوای اجتماعی بیگانگی: گویه های ۱۶ تا ۲۰، نقص / شرم: گویه های ۲۱ تا ۲۵)، ۲- خودگردانی و عملکرد مختل (شامل طرحواره های شکست: گویه های ۲۶ تا ۳۰، وابستگی / بی کفایتی: گویه های ۳۱ تا ۳۵، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری: گویه های ۳۶ تا ۴۰، گرفتاری / خویشتن تحول نیافته: گویه های ۴۱ تا ۴۵)، ۳- دیگر جهت مندی (شامل طرحواره های اطاعت: گویه های ۴۶ تا ۵۰، ایثارگری: گویه های ۵۱ تا ۵۵)، ۴- گوش بزرگی بیش از حد و بازداری (شامل طرحواره های بازداری هیجانی: گویه های ۵۶ تا ۶۰، معیار های سرسختانه: گویه های ۶۱ تا ۶۵) و ۵- محدودیت های مختل (شامل طرحواره های استحقاق / بزرگ منشی: گویه های ۶۶ تا ۷۰ و خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی: گویه های ۷۱ تا ۷۵). Yang & Brown پایایی خرده مقیاس های پرسشنامه آلفای کرونباخ از ۰/۶۲ تا ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۹۶ به دست آوردند. همچنین به گزارش آنها پرسشنامه روایی همگرایی معناداری با مقیاس اندازه گیری آسیب شناسی روانی و روایی واگرایی معناداری با خودکارآمدی و خوش بینی دارد (۲۳). در ایران پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها بین ۰/۵۴ تا ۰/۷۳ و نمره کل آن ۰/۸۶ بدست آمده است. همچنین در تأیید روایی همگرا، ضرایب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه عزت نفس معنادار بوده است (۲۴).

فرآیند اجرای پژوهش بدین صورت بود که به دو صورت

جدول ۱. ماتریس همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱-حوزه بریدگی و طرد								
۲-خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۷۴**							
۳-دیگر جهت مندی	۰/۵۳**	۰/۶۱**						طرحواره اولیه
۴-گوش بزنگی بیش از حد و بازداری	۰/۶۳**	۰/۵۷**	۰/۶۱**					
۵-محدودیت های مختل	۰/۵۸**	۰/۵۵**	۰/۴۶**	۰/۶۷**				
۶-اجتنابی	۰/۴۶**	۰/۴۱**	۰/۳۳**	۰/۲۸**	۰/۳۴**			
۷-جبران افراطی	۰/۵۳**	۰/۴۵**	۰/۳۳**	۰/۵۳**	۰/۶۳**	۰/۴۸**		سبک مقابله ای
۸-اختلال پرخوری	۰/۴۶**	۰/۴۹**	۰/۲۱**	۰/۲۰**	۰/۳۶**	۰/۳۳**	۰/۲۹**	

Sig<۰/۰۵=\* و Sig<۰/۰۱=\*\*\*

رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه با اختلال پرخوری با آزمون رگرسیون چندگانه پرداخته شد که نتایج آن در (جدول ۲) ارائه شده است.

نتایج بدست آمده در (جدول ۱) بیانگر این است که اختلال پرخوری رابطه مثبت و معناداری با هر ۵ حوزه طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های مقابله ای در سطح ۰/۰۱ دارد. در ادامه به بررسی نقش تعدیل کننده سبک های مقابله ای در

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون نقش تعدیل کننده سبک های مقابله در رابطه طرحواره های ناسازگار و اختلال پرخوری

مدل	متغیر پیش بین	B	β	t	P
مدل اول	حوزه بریدگی و طرد	۰/۱۰	۰/۲۴	۳/۴۶	۰/۰۰۱
	خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۱۸	۰/۳۹	۵/۹۲	۰/۰۰۱
	دیگر جهت مندی	-۰/۱۰	-۰/۱۰	-۱/۷۷	۰/۰۸
	گوش بزنگی بیش از حد و بازداری	-۰/۲۸	-۰/۲۹	-۴/۴۲	۰/۰۰۱
	محدودیت های مختل	۰/۱۸	۰/۱۸	۲/۹۲	۰/۰۰۴
	اجتنابی	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۶۸	۰/۵۰
	جبران افراطی	۰/۰۳	۰/۰۹	۱/۶۱	۰/۱۱
خلاصه مدل P=۰/۰۰۱ F=۲۸ R <sup>2</sup> =۰/۳۲ R=۰/۵۷					
مدل دوم	اجتنابی × حوزه بریدگی و طرد	۰	۰/۰۲	۰/۲۷	۰/۷۹
	اجتنابی × خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۰۰۴	۰/۱۹	۲/۱۵	۰/۰۳
	اجتنابی × دیگر جهت مندی	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۰/۳۰	۰/۷۶
	اجتنابی × گوش بزنگی بیش از حد و بازداری	-۰/۰۰۹	-۰/۲۳	-۲/۴۴	۰/۰۱
	اجتنابی × محدودیت های مختل	۰/۰۰۳	۰/۰۸	۱/۰۲	۰/۳۱
	جبران افراطی × حوزه بریدگی و طرد	-۰/۰۰۲	-۰/۱۶	-۲/۰۴	۰/۰۴
	جبران افراطی × خودگردانی و عملکرد مختل	۰	۰/۰۳	۰/۳۵	۰/۷۳
	جبران افراطی × دیگر جهت مندی	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۰/۳۷	۰/۷۱
	جبران افراطی × گوش بزنگی بیش از حد و بازداری	۰	-۰/۰۰۴	-۰/۰۵	۰/۹۶
	جبران افراطی × محدودیت های مختل	-۰/۰۰۱	-۰/۰۴	-۰/۴۵	۰/۶۵
خلاصه مدل P=۰/۰۰۱ F=۱۳/۳۱ R <sup>2</sup> =۰/۳۴ R=۰/۶۰					



که در افراد سوء مصرف کننده مواد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه با متاثر ساختن مکانیسم‌های دفاعی می‌توانند پیش بین رفتار سوء مصرف مواد در افراد باشند. Imperatori و همکاران (۱۰) در مطالعه خود نشان دادند که افراد با اختلالات خوردن نسبت به سایر هم‌تایان خود از طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه بیشتر و شدیدتر خبر می‌دهند. در تبیین این نتایج باید بیان داشت، زمانی که طرحواره‌ها فعال می‌شوند می‌توانند بر ادراک، واقعیت و پردازش شناختی فرد اثر بگذارند و از طریق به وجود آوردن سبک‌های مقابله‌ای، رفتارهای بیرونی را تحت تأثیر قرار دهند (۷).

حضور طرحواره‌های ناسازگار اولیه منجر به بروز دیدگاه‌های منفی و بدبینانه نسبت به زندگی (نظیر دیگران با ما همدلی ندارند، آنها نیازهای ما را برآورده نمی‌کنند، نزدیکان ما از ما حمایت کافی نمی‌کنند، ما را آزار می‌دهند و به ما دروغ می‌گویند و یا احساس اینکه من شخصی شکست خورده‌ام و در هر زمینه شکست خواهم خورد) شده که همگی موجب فراخوانی موجی از احساسات و هیجانات منفی می‌شوند که معمولاً با ایجاد و تداوم استرس و اضطراب همراه هستند و فرد ممکن است با توسل به رفتارهای ناسالمی چون پرخوری سعی در تسکین و آرامش خود داشته باشد. هم‌چنین در تبیین یافته‌های فوق می‌توان به یافته‌های Young هم استناد کرد که نشان داده است، طرحواره‌ها از طریق تیرگذاری بر اختلالات شخصیت و اختلالات خلقی می‌تواند به طور غیر مستقیم بر روابط بین فردی نیز تأثیر داشته باشند (۱۹). از آنجایی که ادراک و بازخورد افراد به یکدیگر به شدت تحت تأثیر تحریف‌های شناختی قرار دارد، بنابراین طرحواره‌های ناسازگار موجب سوگیری‌هایی در تفسیر رویدادها می‌شود و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی در روابط میان فردی به صورت عدم تفاهم، تحریف در نگرش‌ها، انتظارات غیرواقعی بینانه در روابط ظاهر می‌شوند. از این رو، با توجه به این که طرحواره‌ها در مسیر زندگی تداوم می‌یابند، بر چگونگی رابطه فرد با خود و دیگران تأثیر می‌گذارند، به طوری وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه با قوت بخشی به باورهای نادرستی مبنی بر قابل اعتماد نبودن دیگران، دوست داشتنی نبودن، آسیب پذیر بودن و ناتوانی موجب کاهش عزت نفس و ضعف در مهارت‌های ارتباطی و در نتیجه محدود شدن شبکه اجتماعی و ارتباطی می‌شود که

نتایج بدست آمده در (جدول ۲) برای مدل اول که فقط به بررسی نقش پیش بینی کننده متغیرهای پژوهش برای اختلال پرخوری بود، نتایج نشان داد که دو سبک مقابله‌ای اجتنابی ( $\beta=0/03$  و  $P=0/50$ ) و جبران افراطی ( $\beta=0/09$ ) و  $P=0/11$ ) پیش بینی کننده معنادار اختلال پرخوری نیستند. اما طبق نتایج بدست آمده برای مدل اول نتایج نشان داد که از بین حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه بریدگی و طرد ( $\beta=0/24$  و  $P=0/001$ )، خودگردانی و عملکرد مختل ( $\beta=0/39$  و  $P=0/001$ )، گوش بزنگی بیش از حد ( $\beta=-0/29$  و  $P=0/001$ ) و محدودیت‌های مختل ( $\beta=0/18$ ) و  $P=0/004$ ) پیش بینی کننده معنادار اختلال پرخوری بودند ولی دیگر جهت مندی ( $\beta=-0/10$  و  $P=0/08$ ) فاقد نقش معناداری بود. هم‌چنین در مدل دوم نقش‌های تعاملی وارد مدل رگرسیونی شد که نقش‌های تعاملی سبک مقابله‌ای اجتنابی × خودگردانی و عملکرد مختل ( $\beta=0/19$  و  $P=0/03$ ) و اجتنابی × گوش بزنگی بیش از حد و بازداری ( $\beta=-0/23$ ) و  $P=0/01$ ) و سبک مقابله‌ای جبران افراطی × حوزه بریدگی و طرد ( $\beta=-0/16$  و  $P=0/001$ ) در پیش بینی اختلال پرخوری معنادار بودند ولی هفت مورد از نقش‌های تعاملی معنادار نبودند ( $P>0/05$ ).

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل کننده سبک‌های مقابله‌ای در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال پرخوری بود. نتایج این پژوهش نشان داد که اختلال پرخوری رابطه مثبت و معناداری با طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارد. در همین راستا یافته‌های مطالعات دیگر نیز گویای این است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند منجر به افزایش احتمال افسردگی، اضطراب، ارتباطات ناکارآمد و الگوهای رفتاری ناسالم شود (۱۰-۷) van Wijk- Herbrink و همکاران (۷) در بررسی خود به این نتیجه دست یافتند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای استرس در افراد می‌توانند تبیین کننده نوع برخورد آنها در شرایط استرس‌زا و در نتیجه میزان موفقیت‌شان باشند. Legenbauer و همکاران (۸) در مطالعه خود به بررسی نقش طرحواره‌ها در شکل‌گیری الگوهای رفتاری پرداختند و نشان دادند که طرحواره‌های شکل گرفته در دوران کودکی در شکل‌گیری الگوهای رفتار خوردن در بزرگسالی نقش دارند. Khosravani و همکاران (۹) در مطالعه‌ای نشان دادند

این انزوا و احساس تنهایی با پیامدهای منفی متعدد از نظر سلامت همراه است و یکی از تبعات آن می‌تواند با افزایش گرایش به پرخوری همراه باشد تا فرد به این طریق سعی در ایجاد تسکین موقتی برای خود داشته باشد (۲۱).

نتایج این پژوهش نشان داد که اختلال پرخوری رابطه مثبت و معناداری با سبک مقابله‌ای جبران افراطی و اجتناب دارد. این یافته با نتایج مطالعات قبلی (۱۶-۱۳) مبنی بر نقش راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار در آسیب پذیری افراد نسبت به اختلالات روانی، ناتوانی با سازگاری موثر با شرایط بحرانی، کاهش سطح سلامتی و رفتارهای ناسازگار، همسو است. Yang و همکاران (۱۳) در مطالعه خود نشان دادند که در بیماران سرطانی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازنده و سازگارانه می‌تواند به آنها در کاهش استرس و در نتیجه تسهیل فرایند بهبودی کمک کند. Rothermund & Brandstädter (۱۵) در بررسی خود نشان دادند که افراد با راهبرد مقابله‌ای ناسازگار در موقعیت استرس زا، متوسل به الگوهای رفتاری ناسالم و تکراری می‌شوند که گرچه در کوتاه مدت ممکن است در کاهش استرس آنها موثر باشد ولی در دراز مدت موجب افزایش سطح استرس آنها و تقویت بیشتر سبک‌های مقابله‌ای و رفتارهای ناکارآمد در آنها می‌شود. Hockey (۱۶) در مطالعه خود نشان داد که بکارگیری سبک مقابله‌ای جبران افراطی در شرایط استرس زا در مراحل اولیه می‌تواند به کاهش استرس و پیشبرد بهتر کار کمک کند ولی تداوم در بکارگیری این سبک مقابله معمولاً با احساس فرسودگی و نتایج عکس همراه است. همچنین نشان داده شد که سبک مقابله‌ای جبران افراطی و اجتناب در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اختلال پرخوری دارای نقش تعدیل کننده است و به بیان دیگر، در افراد با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سطوح پایین سبک مقابله‌ای جبران افراطی و اجتناب می‌تواند منجر به کاهش احتمال اختلال پرخوری شود و در مقابل، سطوح بالای سبک مقابله‌ای جبران افراطی و اجتناب می‌تواند اختلال پرخوری را افزایش دهد.

برانگیختگی طرح‌واره که گویای ناکامی یک نیاز هیجانی اساسی است و هیجانات همراه با آن تهدیدی برای فرد است می‌تواند خود زمینه بروز سبک مقابله‌ای جبران افراطی و اجتناب شود. این سبک‌های مقابله‌ای معمولاً خارج از حوزه هوشیاری عمل می‌کنند و گرچه که در دوران کودکی انطباقی اند و بخشی از ساز و کارهای سالم برای حفظ بقا

به شمار می‌روند؛ اما وقتی فرد پا به دوران بزرگسالی می‌گذارد، سبک‌های مقابله‌ای جبران افراطی و اجتناب حالت ناسازگارانه پیدا می‌کنند؛ زیرا به کارگیری آنها منجر به تداوم طرح‌واره‌ها می‌گردد و خود می‌تواند راه انداز الگوهای رفتاری و شناختی و هیجانی بسیاری گردد (۱۹). وقتی فرد تسلیم طرح‌واره ناسازگار خود می‌شود به درست بودن آن گردن می‌نهد و هیچ وقت سعی نمی‌کند با طرح‌واره بجنگد و آن را اصلاح کند، بلکه می‌پذیرد که طرح‌واره درست است. وقتی افراد سبک مقابله‌ای اجتناب را بکار می‌گیرند، سعی می‌کنند زندگی خود را طوری تنظیم کنند که طرح‌واره هیچ وقت فعال نشود. آنها می‌کوشند با فرار از واقعیت خود را در حالت ناآگاهی نگهداشته و بدین طریق استرس خود را کاهش دهند. در چنین وضعیتی این افراد از فکر کردن به طرح‌واره اجتناب می‌کنند، افکار برانگیزاننده طرح‌واره را بلوکه می‌کنند، از موقعیت یادآور طرح‌واره دوری کنند و در صورت بروز چنین افکار یا تصاویر ذهنی، سعی می‌کنند حواس خود را پرت کنند (۱۹) و این به حفظ و تداوم طرح‌واره و تقویت الگوهای شناختی نادرست و از طرف دیگر اتخاذ رفتارهایی ناسالم به منظور پرهیز از آن طرح‌واره منجر می‌شود. در سبک مقابله‌ای جبران افراطی، افراد از طریق فکر، احساس، رفتار و روابط بین فردی به گونه‌ای با طرح‌واره خود می‌جنگند که انگار طرح‌واره متضادی دارند. آنها در ظاهر قدرت مهار و کنترل زیادی بر خود و رفتار خود دارند، ولی در باطن هر لحظه نسبت به فعال شدن طرح‌واره‌ها احساس تهدید می‌کنند. جبران افراطی حمله متقابل علیه طرح‌واره است که به هدف خود دست نمی‌یابد و به جای بهبودی باعث تداوم آن می‌گردد و این فرایند نیز پیامدی جز توسل به الگوهای رفتاری و شناختی ناسالم همچون گرایش به پرخوری به منظور عدم مواجهه با واقعیت موجود که می‌تواند ناخوشایند باشد، ندارد (۲۱).

گرچه اکثر افرادی که از جبران افراطی استفاده می‌کنند سالم به نظر می‌رسند و بسیاری از این افراد مورد تحسین جامعه هستند، اما آنها طرح‌واره‌های خود را به طور افراطی جبران می‌کنند و این جنگیدن علیه یک طرح‌واره تا زمانی سالم محسوب می‌شود که رفتار با موقعیت تناسب داشته باشد، به احساسات خود و دیگران خدشه وارد نکند و پیامد منطقی داشته باشد (۲۱). ولی



مقابله ای اجتنابی و جبران افراطی توانسته است رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال پرخوری را تعدیل کند و در افراد با طرحواره های ناسازگار اولیه، سطوح پایین سبک مقابله ای جبران افراطی و اجتناب می تواند منجر به کاهش احتمال اختلال پرخوری شود و در مقابل، سطوح بالای سبک مقابله ای جبران افراطی و اجتناب می تواند اختلال پرخوری افزایش دهد. لذا مشاوران و متخصصان حوزه سلامت می توانند از یافته های این پژوهش، در راستای مداخلات بالینی و آموزشی استفاده کرده و از این رویکرد در جهت کاهش آسیب های افراد چاق و کمک به آنها در راستای کنترل رفتار پرخوری آنها بهره ببرند.

### سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای روانشناسی سلامت و مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با کد IR.IAU.K.REC.1399.038 می باشد، لذا از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش صمیمانه تشکر می گردد.

### تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

### References

1. Wiedemann AA, Ivezaj V, Barnes RD. Characterizing emotional overeating among patients with and without binge-eating disorder in primary care. *General hospital psychiatry*. 2018;55:38-43. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.09.003>
2. Egbert AH, Wilfley DE, Eddy KT, Boutelle KN, Zucker N, Peterson CB, Celio Doyle A, Le Grange D, Goldschmidt AB. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms are associated with overeating with and without loss of control in youth with overweight/obesity. *Childhood Obesity*. 2018;14(1):50-7. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0114>
3. Mason SM, Frazier PA, Austin SB, Harlow BL, Jackson B, Raymond NC, Rich-Edwards JW. Posttraumatic stress disorder symptoms and problematic overeating behaviors in young men and women. *Annals of Behavioral Medicine*. 2017;51(6):822-32. <https://doi.org/10.1007/s12160-017-9905-1>
4. Boutelle KN. Attention-deficit/hyperactivity

معمولاً جبران افراطی در چرخه حمله متقابل گرفتار می شود و به عنوان مثال، افراد دارای رفتار پرخوری ممکن است در برهه ای از زمان بطور مقطعی، با مهارگری شدید سعی در کنترل میزان مصرفی غذای خود داشته باشند، گرچه این افراد در آن مقطع از زمان می توانند به موفقیت نسبی در کاهش وزن خود دست یابند ولی معمولاً در دراز مدت با شکست و بازگشت دوره های شدیدتر پرخوری مواجهه می شوند که نشان دهنده نتیجه عکس به کارگیری چنین راهبرد نادرستی است. در واقع راهبرد مقابله اجتناب و جبران افراطی به عنوان جایگزینی برای رهایی از درد ناشی از طرحواره به وجود می آید و بدین ترتیب فرد راه گریزی از احساس درماندگی و آسیب پذیری روز افزون خود پیدا می کند و بدون اینکه آگاه باشد با پرداختن به رفتارهای ناسالمی همچون پرخوری تلاش می کند تا از احساس محرومیت هیجانی و نقص خود دوری کرده و آرامشی مقطعی برای خود ایجاد کند.

### نتیجه گیری

نتایج این پژوهش حاکی از نقش تعدیل کننده سبک های مقابله ای در رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال پرخوری بود. به نظر می رسد که سبک های

- disorder symptoms are associated with overeating both with and without loss of control in children and adolescents with overweight/obesity. *Childhood Obesity*. 2018;14(1). <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0114>
5. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*. 2018;47(4):328-49. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>
  6. Simpson S, Simionato G, Smout M, van Vreeswijk MF, Hayes C, Sougleris C, Reid C. Burnout amongst clinical and counselling psychologist: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2019;26(1):35-46. <https://doi.org/10.1002/cpp.2328>
  7. Van Wijk-Herbrink MF, Bernstein DP, Broers NJ, Roelofs J, Rijkeboer MM, Arntz A. Internalizing and externalizing behaviors share a common predictor: The effects of early maladaptive schemas are mediated by coping responses and schema modes. *Journal of*

- abnormal child psychology. 2018;46(5):907-20. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0386-2>
8. Legenbauer T, Radix AK, Augustat N, Schütt-Strömel S. Power of cognition: How dysfunctional cognitions and schemas influence eating behavior in daily life among individuals with eating disorders. *Frontiers in psychology*. 2018;9:2138. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02138>
  9. Khosravani V, Alvani A, Seidisarouei M, Amirinezhad A, Shojaee D. Early maladaptive schemas, behavioral inhibition/approach systems, and defense styles in the users of natural and synthetic substances and healthy subjects. *Journal of Substance Use*. 2017;22(2):168-75. <https://doi.org/10.3109/14659891.2016.1166272>
  10. Imperatori C, Innamorati M, Lester D, Continisio M, Balsamo M, Saggino A, Fabbriatore M. The association between food addiction and early maladaptive schemas in overweight and obese women: a preliminary investigation. *Nutrients*. 2017;9(11):1259. <https://doi.org/10.3390/nu9111259>
  11. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Gloc D, Thomas L, Papathanasiou IV, Tsaras K. A literature review on stress and coping strategies in nursing students. *Journal of Mental Health*. 2017;26(5):471-80. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1244721>
  12. Gustems-Carnicer J, Calderón C, Calderón-Garrido D. Stress, coping strategies and academic achievement in teacher education students. *European Journal of Teacher Education*. 2019;42(3):375-90. <https://doi.org/10.1080/02619768.2019.1576629>
  13. Yang HC, Brothers BM, Andersen BL. Stress and quality of life in breast cancer recurrence: moderation or mediation of coping?. *Annals of Behavioral Medicine*. 2008;35(2):188-97. <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9016-0>
  14. Chou PC, Chao YM, Yang HJ, Yeh GL, Lee TS. Relationships between stress, coping and depressive symptoms among overseas university preparatory Chinese students: a cross-sectional study. *BMC public health*. 2011;11(1):352. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-352>
  15. Rothermund K, Brandstädter J. Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and aging*. 2003;18(4):896. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.4.896>
  16. Hockey GR. Compensatory control in the regulation of human performance under stress and high workload: A cognitive-energetical framework. *Biological psychology*. 1997;45(1-3):73-93. [https://doi.org/10.1016/S0301-0511\(96\)05223-4](https://doi.org/10.1016/S0301-0511(96)05223-4)
  17. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*. 1982;7(1):47-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
  18. Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the binge eating scale among Iranian obese population. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2009:143-6.
  19. Young JE. *Young-Rygh avoidance inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York. 1994.
  20. Sa'adati H, Azimian S, Amani S, Leshni L. Psychometric Properties of Persian Version of Young-Rygh Avoidance Inventory. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2017; 23 (2):232-43. <https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.2.232>
  21. Young JE. *Young compensation inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York. 1995.
  22. Bookani LK, Esmaeili A, Khademi A. Standardization of Young compensation style Inventory Young schema model for college students. 14 Investigation of Reasons for Female Students' Lack of Tendency to Prayer from High School Students' Viewpoints in Bafq City in 2012-2013. *Psychol J*. 2014; 4(11): 104-112.
  23. Young JE, Brown G. *Young Schema Questionnaire-Short Form; Version 3*. Psychological Assessment. 2005. <https://doi.org/10.1037/t67023-000>
  24. Abdolmohammadi K, Hosseinzadeh M, Abadi FG, Khaleghi M. Investigating the Relationship between Alexithymia and Early Maladaptive Schema among University Students in Tabriz. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*. 2016;5(2):399.