

## مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال خوردن

در بیماران ۱۶-۲۳ سال مبتلا به پر اشتهای روانی با توجه به پیوند والدینی

### Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT on eating disorder symptoms in patients with bulimia nervosa aged 16-23 considering parental bonding

Tahereh Mahmoudian Dastnae

Shole Amiri & Hamidtaher Neshatdoost

Department of Psychology, University of Isfahan

Gholamreza Manshae

Department of Psychology, KHorasgan Branch,

Islamic Azad University

طاہره محمودیان دستنایی\*

شعله امیری و حمیدطاہر نشاطدوست

گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان

غلامرضا منشئی

گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد، واحد خوراسگان

#### Abstract

Eating disorders are among growing chronic mental illnesses around the world. Bulimia nervosa is a subtype of eating disorder, whereby a person fluctuates between extreme diet and overeating. The study made an attempt to compare the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy on eating disorder symptoms in patients with bulimia nervosa considering parental bonding. The study employed an experimental design using the pretest-posttest and follow-up design (control group). The study population included all patients aged 16 to 23 years with eating disorders referred to psychiatric, psychotherapy, and clinical treatment centers in Tehran. A total of 72 patients had medical records. After screening, 39 patients were selected according to the psychiatrist's diagnosis and DSM-5 using a systematic method. Patients were matched in two experimental groups and one control group according to age and inappropriate compensatory behavior per week. Data were collected using questionnaires (1- Parental Bonding 2- Eating Disorder Inventory and 3- Young Scheme Questionnaire) and diagnostic interviews based on diagnostic criteria for eating disorders and psychiatric diagnosis. Compared to CBT, schema therapy was more effective in reducing symptoms of eating disorder and more durable in patients with more supportive parental bonding than less care for the body or body dissatisfaction ( $f=4.30, p=.001 <.05$ ). According to the findings of the study, patients with more supportive parental bonding responded better to schema therapy. Therefore, it is advisable for therapists to apply a combination of the schema approach with other system approaches.

**Keywords:** schema therapy, cognitive behavioral therapy, bulimia nervosa, parental bonding

#### چکیده

اختلالات خوردن از بیماری‌های روانی مزمن و رو به رشد است. یکی از انواع فرعی اختلال خوردن پر اشتهای روانی است که به موجب آن، فرد بین رژیم گرفتن افراطی و پرخوری شدید در نوسان است. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال خوردن در بیماران پر اشتهای روانی با توجه به پیوند والدینی بوده است. روش کار و مواد این پژوهش بدین شرحند: روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌درمانی شهر تهران است که در رده سنی ۱۶ الی ۲۳ سال قرار دارند. تعداد بیماران دارای پرونده پزشکی ۷۲ نفر بوده است. بعد از غربالگری، تعداد ۳۹ بیمار با توجه به تشخیص روانپزشک و ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلالات روانی به روش در دسترس انتخاب شدند. بیماران در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل با توجه به سن و تعداد رفتار جبرانی نامناسب در هفته هم‌تاسازی شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه (۱- پیوند والدینی ۲- سیاهه اختلال خوردن و ۳- طرحواره‌های یانگ) و مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های تشخیص اختلال خوردن و تشخیص روان‌پزشک بود. یافته‌های این پژوهش از این قرارند: طرحواره درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم اختلال خوردن در بیماران دارای پیوند بیش حمایت گر نسبت به مراقبت کم در مؤلفه نارضایتی از بدن دارای اثربخشی و ماندگاری بیشتری بوده است. ( $f=4.30, p=.001 <.05$ ). نتیجه این پژوهش این است که بیماران با پیوند والدینی بیش حمایت‌گر به طرحواره درمانی بهتر پاسخ داده‌اند. از این رو به درمانگران توصیه می‌شود که رویکرد طرحواره را با رویکرد های سیستمی و روابط شیء به صورت تلفیقی به کار گیرند.

**واژه‌های کلیدی:** طرحواره درمانی، درمان شناختی رفتاری، پراشتهایی روانی، پیوند والدینی.

\*نشانی پستی نویسنده: گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران. (نویسنده مسئول) تهران، تهران نو، مسیل جاجرود، مستعدی، بن بست مینا، پلاک ۱، واحد ۲

## مقدمه

شیوع اختلال در نوجوانان رو به افزایش است (نیگل، جاکوبی، پال و همکاران، ۲۰۱۶).

در سبب‌شناسی اختلال خوردن عوامل متعددی مانند عوامل زیست‌شناخت<sup>۱</sup> (سادوک و سادوک، ۲۰۰۸، گریلو و میشل، ۲۰۱۱) فرهنگی اجتماعی<sup>۱۱</sup> (استیس، پرسنل، اسپینجر، ۲۰۰۲؛ استرینگل و بالک، ۲۰۰۷)، رگه<sup>۱۲</sup> و اختلال‌های شخصیت<sup>۱۳</sup> (ویتوسک و مانک، ۱۹۹۴؛ کاسین و ونرانسون، ۲۰۰۵؛ لینفیلد، واندربلیچ، ریسو، کروسبی و میچل، ۲۰۰۶؛ مورفی و همکاران، ۲۰۱۴)، خود<sup>۱۴</sup> (وایتوسک و اولد، ۱۹۹۳، لرنز، ۱۹۹۳)، طرحواره‌های شناختی<sup>۱۵</sup> و باورهای هسته‌ای<sup>۱۶</sup> (یانگ کلسکو و یشار، ۲۰۰۳؛ کوپر، چوهن، تاد و ولز، ۱۹۹۸؛ ریسو، تویت، استین و یانگ، ۲۰۰۷؛ کوپر، ۲۰۱۱) و متغیرهای پویایی‌شناسی خانواده<sup>۱۷</sup> (مینوچین، روسمن، باکر، ۲۰۰۹؛ ترنر، رز و کوپر، ۲۰۰۵؛ آگرس، لوک، برانند و همکاران، ۲۰۱۴، تاسکا و بالفور، ۲۰۱۴) مطرح شده‌اند. با این وجود، رابطه والد- کودک و رفتار مراقبتی ناسالم به عنوان عامل مهم در مدل چندعاملی سبب‌شناسی اختلال خوردن مورد پذیرش واقع شده‌است (جونز، هریس و لانگ، ۲۰۰۵). گرچه هیچ مجموعه خانوادگی خاصی برای این اختلال توصیف نشده است، با این حال شواهدی وجود دارد که نشان داده است، مبتلایان به اختلالات خوردن روابط نزدیک نامناسبی با والدین خود دارند (کوپر، ۲۰۰۵، مینوچین، روسمن، باکر و مینوچین، ۲۰۰۹). در واقع محیط خانواده به عنوان یک فاکتور اجتماعی در توسعه، نقش روابط والد- فرزند بر اختلالات خوردن، دارای بالاترین اهمیت است (گالان و کراو، ۲۰۰۴).

برطبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلال خوردن از چالش برانگیزترین بیماری‌های دوران نوجوانی است (کسلر، برگلند، چو، دیتز، هادسون همکاران، ۲۰۱۳). مفهوم آسیب‌پذیری خوردن<sup>۱</sup> به بی‌نظمی یا اختلال خوردن<sup>۲</sup> اشاره می‌کند که نشانگر رفتار غیرطبیعی مربوط به خوردن و وزن است و به طیفی از عادت‌های خوردن منجر می‌شود که از طریق محدودیت شدید غذایی به کم کردن وزن و حفظ لاغری فرد کمک می‌کند (اسکافر، پاکویت و داریپ، لانگوایل، ۲۰۱۰). این اختلال شامل تشخیص‌هایی است که در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تحت عنوان اختلالات تغذیه و خوردن<sup>۳</sup> قرار گرفته‌است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). در این ویراست اختلالات خوردن عبارت است از اختلال پیکا<sup>۵</sup>، اختلال نشخوار، اختلال اجتناب/ محدودیت غذا<sup>۶</sup>، بی‌اشتهایی روانی<sup>۷</sup>، پر اشتهایی روانی<sup>۸</sup>، اختلال پرخوری<sup>۹</sup> و اختلال خوردن نامشخص (کولمن، ۲۰۱۵). پراشتهایی روانی، اختلالی است که در آن فرد از افزایش وزن می‌ترسد و درباره اندام خود تصورات غیر واقعی دارد، ویژگی اصلی پر اشتهایی روانی این است که فرد دوره‌های مکرر پرخوری دارد و بلافاصله بعد از این دوره‌ها، دوره تصفیه کردن یا روزه گرفتن آغاز می‌شود و در اختلال پرخوری دوره‌های تکراری پرخوری وجود دارد (گنجی، ۱۳۹۲). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی شیوع ۱۲ ماهه این اختلال در زنان جوان ۱ تا ۱/۵ درصد گزارش شده‌است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳)؛ و بر طبق پژوهش‌های انجام شده

10. biological  
11. sociocultural  
12. trait  
13. personality disorder  
14. self  
15. cognitive schemas  
16. core beliefs  
17. family dynamics

1. vulnerability to eating  
2. eating disorder  
3. feeding and eating disorder  
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition) DSM-5  
5. pica  
6. avoidant restrictive food intake disorder (ARFID)  
7. anorexia Nervosa  
8. bulimia Nervosa  
9. binge eating

لوک و همکاران (۲۰۰۵) تأثیر سرخ‌های زیر آستانه‌ای طرحواره‌رها شدگی را بر رفتارهای خوردن در زنان بهنجار مورد بررسی قرار دادند. آنها گزارش کردند که فعال شدن طرحواره‌رها شدگی، به افزایش مصرف غذا به عنوان روشی برای اجتناب از هیجانات منفی ناشی از آن منجر می‌شود (لوک، والر، می، یوشر و لاسی، ۲۰۰۵). در همین خصوص نتایج پژوهش محمد-خانی (۲۰۱۷) بیانگر این بوده‌است که در زنان چاق زمینه‌های طرحواره‌رها شدگی وجود دارد و رفتارهای خوردن احتمالاً به دلیل جلوگیری از فعال شدن احساسات منفی این طرحواره است (محمدخانی، ۲۰۱۷). در واقع رفتارهای پرخوری ممکن است به منظور کاهش خودآگاهی فرد نسبت به هیجان‌های غیر قابل تحمل مربوط به الگوهای ناسازگار که به کرات در زندگی روزمره فعال شده اند باشد (کوپر، کوهن، تودد و همکاران، ۱۹۹۷؛ تن و چو، ۲۰۱۴، محمدخانی، ۲۰۱۷).

یک مدل شناختی پیشنهاد می‌کند که دو الگوی قابل توجه در بیماران دارای اختلال خوردن (اجتناب و فرایندهای جبرانی) ممکن است به حفظ رفتارهای مربوط به پرخوری روانی کمک کند؛ در این مدل نقش تجارب زود هنگام منفی و آسیب‌زا گنجانده شده‌است که شامل تجارب منفی زود هنگام در خانواده است. فرض بر این است که این نوع تجارب گسترش باورهای درونی ناسالم را تقویت می‌کند (ترنر و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاردی، متیو و همکاران، ۲۰۱۳).

ویلسون، فاربون، والش و کرامر (۲۰۰۲) برآورد می‌کنند که درمان شناختی رفتاری برای بیماران پراشتهای روانی امیدوار کننده‌است اما در دراز مدت نیاز به پی‌گیری دارد. در واقع برای درمان اختلال خوردن، درمان شناختی-رفتاری به نسبت نظریه‌های درمانی دیگر، توجه بیشتری را در میان محققان به خود جلب نموده‌است. اما علیرغم مؤثر بودن این روش درمانی، بر طبق نتایج مطالعات طولی برای این گروه از بیماران، نرخ برگشت بیماری بالا و درمان ماندگاری پایینی داشته‌است (فریبون، کوپر و شافت، ۲۰۰۳). با توجه به سبب

مراقبت‌های والدینی کم و ناکافی همراه با حمایت افراطی مادرانه (کروگ، گینگ، یوسف، سوراجی، ورتین، گرنگ و اولسون ۲۰۱۶) در میان مبتلا به پراشتهایی روانی بسیار شایع گزارش شده‌است (اسوانسون، پاور، کلین، پانرسون و گریسون، ۲۰۱۰). تتلی، مقدم و داسون (۲۰۱۴) در یک مطالعه نظام‌مند در خصوص نقش پیوند والدینی در اختلالات خوردن به این نتایج دست یافتند: زنانی که مبتلا به اختلالات خوردن هستند از مراقبت‌های والدینی پایین و حمایت بیش از حد والدینی برخوردارند.

نتایج پژوهش دشت بزرگی (۱۳۹۲) بیانگر این نکته بود که اختلال دلبستگی بهترین پیش‌بینی کننده برای پرخوری روانی در میان دختران نوجوان است و این بیماران هر دو جنبه سبک‌های دلبستگی نایمن را به صورت نادیده گرفتن نیازها (اجتنابی) یا به صورت افراطی (آشفته) بیان نمودن نیازهای خود نشان می‌دهند.

مکس وال، تاسکا، ریتچ و بالفور (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که سبک دلبستگی نایمن در روند رشد، منجر به رسوب عاطفه منفی<sup>۱</sup> شده و این عواطف منفی در فرد منجر به پرخوری می‌شوند. در واقع پرخوری، یک سبک مقابله با عواطف منفی است. در تبیین رابطه کودک و مادر و استفاده از راهکارهای ناسازگار به وسیله کودک (مانند اختلال خوردن) یانگ (۱۹۹۰) یک سازه سودمند تحت عنوان طرحواره‌های ناسازگار اولیه مطرح کرد. او بیان داشت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نتیجه تجارب بین فردی منفی نخستین سال های زندگی در درون و بیرون خانواده است (یانگ، ۱۹۹۰). در مورد اختلالات مربوط به غذا خوردن، تجارب زود هنگام منفی و آسیب‌زا هستند که منجر به تشکیل الگوهای ناسازگارانه می‌شوند که اغلب با مقاومت در برابر تغییر گره خورده‌است. به عنوان مثال کودکی که مراقبت مادرانه کمی را دریافت می‌کند ممکن است علل این رفتار را اینگونه برداشت کند که او ذاتاً دارای نقص و عیب است (کلا، ایناکون و کوترف، ۲۰۱۴).

<sup>۱</sup>. Negative Sedimentation

درمانی چاقی و لاغری شهر تهران است که از نظر سنی بین ۱۶ تا ۲۳ سال هستند.

روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند است، به این صورت که با مراجعه به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌درمانی و دریافت پرونده بیماران، افرادی که دارای اختلال پر اشتهایی روانی بودند و با توجه به تشخیص روانپزشک بر حسب ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، علائم اختلال در آنها مشخص شده بود به عنوان افراد نمونه انتخاب شدند.

با توجه به این که در پژوهش حاضر بیمارانی مدنظر بوده اند که دارای پیوند ضعیف والدینی باشند، ابتدا آزمودنی‌ها پس از این که تشخیص اختلال پر اشتهایی روانی با توجه به ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و تشخیص روانپزشک در آنها تأیید گردید، پرسشنامه پیوند والدینی را پر کردند و آزمودنی‌هایی که دارای پیوند ضعیف والدین (مراقبت کم و بیش حمایت‌گری) بوده‌اند در غربالگری مرحله اول انتخاب شدند. نقطه برش برای بعد مراقبت کم عدد ۱۳ و برای بیش حمایت‌گری عدد ۱۲ بود.

از میان تعداد ۷۲ بیمار ۶۳ بیمار دارای پیوند ضعیف والدینی بودند. از این تعداد ۹۰٪ درصد دارای پیوند ضعیف مادری و ۱۰٪ دارای پیوند ضعیف پدری و مادری بودند، به همین منظور در پژوهش حاضر پیوند ضعیف مادری مورد بررسی قرار گرفت. سپس بیماران با توجه به معیارهای ورودی (دارای اختلال پر اشتهایی روانی با توجه به ملاک‌های تشخیصی و طبقه‌بندی اختلالات روانی ویراست پنجم (DSM-5)، محدوده سنی ۱۶ تا ۲۳ سال، از نظر جنسیت دختران و از نظر سطح تحصیلات داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و معیار خروجی (دارای سایر اختلالات روانپزشکی همراه با اختلال پر اشتهایی روانی و سن بالاتر از ۲۳ سال) در سه گروه ۱۳ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با توجه به سن و دوره رفتار جبرانی نامناسب (۱ تا ۳ بار در هفته)، هم‌تاسازی شدند. در گروه آزمایش اول

شناسی چند عاملی بودن اختلال خوردن و همچنین وجود نظریه‌هایی که ارتباط بین روابط والد-فرزند را در توسعه اختلال تحکیم می‌کند و با توجه به فقدان پژوهش‌هایی که اثربخشی مداخلات روان شناختی بر پراشتهایی روانی با توجه به نقش والد و فرزند را بررسی نماید، در این پژوهش اثربخشی روش طرحواره درمانی که درمانی نوین و یکپارچه است و مبانی آن تلفیقی از مکتب شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روانکاوی است در مقایسه با روش درمانی شناختی رفتاری کلاسیک مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. پوگ (۲۰۱۵) در یک مطالعه مروری به ارزیابی طرحواره درمانی در اختلال خوردن، می‌گوید که طرحواره درمانی برای درمان این بیماران، تکنیکی امیدوار کننده است. یانگ (۲۰۰۳) بیان داشت که طرحواره درمانی سیستم جدیدی از روان درمان برای بیماران مبتلا به اختلالات مزمن و مقاوم به شمار می‌روند. بنابراین هدف از این پژوهش تعیین مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال خوردن در بیماران پر اشتهایی روانی با توجه به پیوند والدینی است.

بر همین اساس فرضیه‌های زیر تدوین گردید: ۱- روش طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال خوردن با توجه به پیوند ضعیف والدینی در بیماران پراشتهایی روانی اثربخش است. ۲- روش درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اختلال خوردن با توجه به پیوند ضعیف والدینی در بیماران پر اشتهایی روانی اثربخش است. ۳- بین درمان شناختی-رفتاری با طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال خوردن با توجه به پیوند ضعیف والدین در بیماران پر اشتهایی روانی تفاوت وجود دارد.

## روش تحقیق

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، روان‌درمانی بالینی و مراکز

## ابزار سنجش

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های تشخیص اختلال پراشتهایی روانی مبتنی بر (DSM-5) و تشخیص روان‌پزشک است. در این پژوهش از سه پرسشنامه استفاده گردید:

الف) ابزار پیوند والدینی<sup>۲</sup> (PBI)

این ابزار، توسط پارکر، توپلینگ و براون<sup>۳</sup> (۱۹۷۹) ساخته شد. سبک‌های پیوند والدینی را می‌سنجد. این مقیاس ابزاری گذشته‌نگر و دارای ۲۵ سؤال در دو بعد مراقبت و حمایت است (به نقل از مایر و لینگز، ۲۰۰۴). آزمودنی باید سبک پیوند والدینی را در طی ۱۶ سال اول زندگی اش به خاطر آورد. نمرات بالا در مقیاس مراقبت، بازتاب والدینی گرم، مهربان و همدل است. نمرات پایین در مقیاس مراقبت، نشانگر والدینی سرد و طردکننده و بی‌توجه و نمرات بالا در مقیاس حمایت‌کنندگی بیش از حد، بیانگر والدین کنترل‌کننده و مزاحم است (کانتی، کانایس، لاتز، مررو باچار، ۲۰۰۸). نمره گذاری پرسشنامه دارای طیف ۰ تا ۳ (اصلاً تا همیشه) است. در این پرسشنامه نقطه برش برای بیش‌حمایت - گری ۱۲ و برای بعد مراقبت کم ۱۳ در نظر گرفته شده است. بررسی‌های اولیه پایایی آزمون به وسیله پارکر (۱۹۸۳) از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت ۰/۶۳ تا ۰/۶۲، و برای مقیاس حمایت‌کنندگی بیش از حد ۰/۸۷ تا ۰/۶۶ به دست آمد. نمرات بالا در بعد حمایت‌کنندگی بیش از حد و نمرات پایین در بعد مراقبت به پیوند مشکل‌دار اشاره دارد (مایر و گلینگز، ۲۰۰۴). لوئیس<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) پایایی آزمون را از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس حمایت - کنندگی بیش از حد ۰/۸۷ به دست آورد (پارکر، ۱۹۸۳). در پژوهش حاضر پایایی آزمون از طریق ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه

مداخله طرحواره درمانی و در گروه آزمایش دوم مداخله درمان شناختی-رفتاری صورت گرفت. در گروه کنترل به دلیل رعایت ضوابط اخلاقی، یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در خصوص «سواد تغذیه‌ای» صحبت شد اما مداخله‌ای صورت نگرفت. لازم به ذکر است که بیماران مورد مطالعه در این پژوهش از نظر شدت با توجه به DSM-5 در گروه خفیف (به طور متوسط ۳-۱ دوره رفتار جبرانی نامناسب در هفته) قرار داشتند.

روش پژوهش به صورت آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. در این طرح، قبل از مداخله پیش‌آزمون (پرسشنامه علائم اختلال خوردن) اجرا شد و سپس مداخله صورت گرفت. پس از پایان جلسات درمانی (۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) پس‌آزمون اجرا گردید و در نهایت پس از گذشت ۳ ماه از پایان درمان، پیگیری (اجرای مجدد آزمون) انجام شد. لازم به ذکر است که درمان به صورت انفرادی در مراکزی که افراد در آن دارای پرونده پزشکی بودند به صورت یک روز در هفته به مدت سه ماه انجام گردید. برای مداخله در گروه تحت درمان طرحواره، از طرحواره درمانی با توجه به الگوی پیشنهادی یانگ کلوکو و یشار (۲۰۰۳) استفاده گردید. طرح درمان شناختی-رفتاری برای اختلال خوردن توسط مورفی، استروبر، کوپر و فایربورن (۲۰۱۰) طراحی شده است، در این مطالعه از ترکیب پروتکل طراحی شده مورفی و همکاران و تکنیک‌های شناختی-رفتاری لیهی و همکاران (۱۳۹۳) استفاده شد. در واقع پروتکل درمانی اختلال خوردن شبیه به پروتکل درمانی بیماران اضطرابی است (فایربورن، سفران و همکاران، ۲۰۱۰). بعد از ارائه درمان و جمع‌آوری داده‌ها برای آزمون فرضیه‌ها با توجه به برقرار بودن شرط آزمون‌های پارامتریک از آزمون طرح اندازه مکرر با متد کووریت کردن<sup>۱</sup> پیش‌آزمون با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

<sup>2</sup>. Parental Bonding Instrument

<sup>3</sup>. Parker G, Tupling H, Brown LB

<sup>4</sup>. Lewis, J. A.

<sup>1</sup>. Covariates

ها، شامل دامنه‌ای از ۰/۳۴ تا ۰/۶۶ می‌شود (شایقیان، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر برای بررسی اعتبار پرسشنامه اختلال خوردن، از آلفای کرونباخ استفاده گردید. نتایج نشان داد که پایایی مؤلفه گرایش به لاغری ۰/۷۴، پرخوری ۰/۸۲ و نارضایتی از تصویر بدنی ۰/۷۸ است.

### ج) فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های یانگ<sup>۱۲</sup>

این ابزار به بررسی باورهای مرکزی یا طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌پردازد. نسخه اصلی پرسشنامه طرحواره‌ها را یانگ و براون (۱۹۹۴)، برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه ساختند اما فرم کوتاه آن در سال ۱۹۹۸ به وسیله یانگ برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است (آهی، ۱۳۸۵). این ابزار خود توصیفی بوده و شامل ۷۵ سوال شش گزینه‌ای است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آزمون-بازآزمون<sup>۱۳</sup> در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمده است (شایقیان، ۱۳۹۰). در این پژوهش پایایی ابزار از طریق آزمون آلفای کرونباخ سنجیده شد. پایایی کل پرسشنامه ۰/۸۹۲ و ضرایب طرحواره‌ها بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ به دست آمد.

گردید و برای بعد مراقبت ۰/۹۰ و برای حمایت‌کنندگی بیش از حد ۰/۸۲ به دست آمد.

### ب) پرسشنامه اختلال خوردن<sup>۱</sup> (EDI)

پرسشنامه اختلال خوردن، یک مقیاس ۶۴ سؤالی برای ارزیابی ویژگی‌های روان-شناختی و نشانه‌های مرتبط با پر اشتهاپی و بی اشتهاپی روانی است که به وسیله گارنر، اولسون و پولیوی<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) ساخته شد (جونز، هریس و لانگ، ۲۰۰۵).

این پرسشنامه به دو بعد مهم بالینی نگرش‌های خوردن و ویژگی‌های کارکرد مختلف خود (نورینگ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰) تقسیم می‌شود و شامل هشت زیرمقیاس است که عبارتند از: (۱) ناکارآمدی<sup>۴</sup>؛ (۲) ترس‌های بلوغ<sup>۵</sup>؛ (۳) کمال‌گرایی<sup>۶</sup>؛ (۴) بی اعتمادی بین فردی<sup>۷</sup>؛ (۵) تمایل به لاغری<sup>۸</sup>؛ (۶) آگاهی درونی<sup>۹</sup>؛ (۷) پر خوری<sup>۱۰</sup>؛ (۸) نارضایتی بدنی<sup>۱۱</sup> (شایقیان، ۱۳۸۹). در این مطالعه از زیرمقیاس‌های علائم اختلال خوردن که با مؤلفه نگرش به خوردن، یعنی گرایش به لاغری، پرخوری و نارضایتی از تصویر بدنی مشخص می‌شود، استفاده گردید.

در مطالعه شایقیان (۱۳۸۹)، پایایی پرسشنامه با روش تصنیف برای کل آزمون به دست آمد. نیمه اول و دوم به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۵ با همبستگی ۰/۹۰ بین دو نیمه محاسبه گردید. همچنین ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۷۶ بوده است. روایی آزمون مورد بررسی در تحلیل عاملی نشان داد که عوامل به دست آمده در مجموع ۴۲/۶۵ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند و همبستگی درونی زیرمقیاس

1. The Eating Disorder Inventory

2. Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J.

3. Norming

4. ineffectiveness

5. maturity fears

6. ineffectiveness

7. interpersonal distrust

8. drive for thinness

9. interceptive awareness

10. bulimia

11. Body dissatisfaction

12. Young Schema Questionnaire-Short Form (YQ-S)

13. test-retest reliability

## جدول ۱

## خلاصه درمان طرح واره برای بیماران دارای اختلال خوردن

| جلسات       | هدف  | تعیین دستور جلسه  | آموزش تکنیک و طراحی تکلیف   |
|-------------|--|---|---|
| جلسات ۳-۱   | برقراری رابطه درمانی<br>سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی طرح واره<br>ها و فرمول بندی مشکل طبق رویکرد<br>طرح واره | مدل و اهداف طرح واره درمانی<br>به زبانی ساده و شفاف به بیمار<br>آموزش داده شد.          | تمامی اطلاعات به دست آمده در فرم<br>مفهوم سازی مشکل بیمار طبق<br>رویکرد طرح واره درمانی جمع بندی<br>شد. |
| جلسات ۶-۴   | شناسایی طرح واره ها و به کارگیری تکنیک<br>های شناختی، چالش با طرح واره ها                                  | شناسایی و چالش با طرح واره ها<br>، آموزش تکنیک های شناختی<br>در هر جلسه بسته به موضوعات | آموزش تکنیک های شناختی و تجربی  |
| جلسات ۹-۷   | به کارگیری تکنیک های هیجانی (تجربی)  | جلسات و تکالیف، دستور جلسه<br>تعیین شد.   | آموزش تکنیک های تجربی (هیجانی)<br>و الگو شکنی رفتاری  |
| جلسات ۱۲-۱۰ | ترغیب بیماران برای رها کردن سبک های<br>مقابله ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله<br>ای کارآمد             | به بحث و تبادل نظر پیرامون<br>چگونگی رها سازی رفتارهای<br>مقابله ای ناسازگار            | آموزش تکنیک های الگو شکنی   |

## جدول ۲

## خلاصه درمان شناختی رفتاری برای بیماران دارای اختلال خوردن

| جلسات     | هدف   | تعیین دستور جلسه   | آموزش تکنیک و طراحی تکلیف  |
|-----------|---|--|--|
| جلسه ۳-۱  | برقراری رابطه درمانی<br>آموزش اصول و قواعد شناختی -<br>رفتاری، بررسی نوع نگرانی                           | شرح ماهیت اختلال به زبانی روشن و<br>شفاف برای بیماران<br>تأکید به اهمیت و نقش تکالیف خانگی   | آموزش مدل ABC به بیمار<br>آموزش مدل شناختی و رفتاری به بیمار                                 |
| جلسه ۵-۴  | کمک به بیمار برای درک رابطه بین<br>رفتارهای جبرانی کاهش وزن<br>تشخیص موقعیت های غیرقابل<br>اجتناب پر خوری | شرح رابطه بین رفتارهای جبرانی کاهش<br>وزن و نگرانی افراطی در افزایش وزن                      | استفاده از تکنیک آگاهی آموزی، تکنیک<br>تمثیل<br>شناسایی حوزه های نگرانی در مورد وزن<br>و بدن |
| جلسه ۸-۶  | هدف این جلسات بازسازی شناختی<br>است   | آموزش روش تجربه گرایی مشارکتی به<br>بیمار  | با استفاده از تکنیک وکیل مدافع به<br>چالش با باورهای پنجگانه بیماران<br>اختلال خوردن         |
| جلسه ۱۰-۹ | بهبود جهت گیری نسبت به مشکل و<br>سپس آموزش فرآیند مسئله گشایی<br>است.                                     | اصلاح آمایه های شناختی منفی بیمار مبتلا<br>به اختلال خوردن نسبت به مشکل و<br>چگونگی حل مسائل | ابتدا به اصلاح جهت گیری بیمار نسبت<br>به مشکل پرداخته شد.                                    |
| جلسه ۱۱   | پرداختن به عوامل تداوم بخش<br>اختلال خوردن  | استفاده از تکنیک های سناریوسازی به<br>مسئله اجتناب شناختی پرداخته شد.                        | آموزش منطق زیربنایی اجتناب و خنثی<br>سازی<br>آموزش تکلیف رویارویی تجسمی                      |
| جلسه ۱۲   | مرور مجدد جلسات قبل و کسب<br>آمادگی برای رویارویی با مشکلات<br>واقعی زندگی پس از خاتمه درمان              | مشخص کردن و مرور راهبردهای که بیمار<br>در طی درمان یاد گرفته با کمک درمانگر                  | ارائه راهبردهای مربوط به کاهش نگرانی<br>در مورد وزن و بدن                                    |

## یافته‌های پژوهش

خطاها در مؤلفه‌های علائم اختلال خوردن بوده‌است. همچنین همگنی ماتریس کوواریانس با استفاده از M باکس بررسی شد. نتایج آزمون نشان داد که ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته (گرایش به لاغری، پرخوری و نارضایتی از بدن) در گروه‌ها مساوی است. در نتیجه در انجام آزمون، شاخص لامبدای ویلکز<sup>۱</sup> در نظر گرفته شد.

نتایج برای آزمون فرضیه‌های پژوهش ابتدا مفروضات آزمون انجام گردید و نتایج حاکی از برقرار بودن مفروضات و تشخیص شاخص‌های آماری بوده‌است. در بررسی تساوی واریانس خطای متغیر وابسته در همه علائم اختلال خوردن از آزمون لون استفاده شد نتایج آزمون بیانگر همگنی واریانس

### جدول ۳

آزمون همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس

| علائم اختلال خوردن | Box's M | F     | سطح معناداری |
|--------------------|---------|-------|--------------|
| گرایش به لاغری     | ۷/۱۶    | ۰/۵۴۲ | ۰/۴۲۹        |
| پرخوری             | ۶/۶۵    | ۰/۶۴۶ | ۰/۵۸۸        |
| نارضایتی از بدن    | ۸/۶۶    | ۰/۵۶۷ | ۰/۸۷۰        |

در پژوهش فوق به دلیل برقرار بودن شرط همسانی ماتریس کوواریانس از شاخص لامبدای ویلکز در نظر گرفته شد.

### جدول ۴

خلاصه آزمون واریانس چند متغیره

| متغیر           | منبع تغییرات                        | لامبدای ویلکز | F     | سطح معناداری | اتا   |
|-----------------|-------------------------------------|---------------|-------|--------------|-------|
| گرایش به لاغری  | پیوند* گروه* بعد از مداخله ، پیگیری | ۰/۹۸۱         | ۰/۳۰۶ | ۰/۷۳۹        | ۰/۰۱۹ |
| پرخوری          | پیوند* گروه* بعد از مداخله ، پیگیری | ۰/۹۹۴         | ۰/۰۹۶ | ۰/۹۰۹        | ۰/۰۰۶ |
| نارضایتی از بدن | پیوند* گروه* بعد از مداخله ، پیگیری | ۰/۹۹۸         | ۰/۰۲۶ | ۰/۹۱۴        | ۰/۰۰۲ |

مطابق با جدول فوق در همه علائم اختلال خوردن، آمار همه فاکتورها (پیوند والدینی، زمان و نوع درمان) به صورت لامبدای ویلکز در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار نیست، یعنی اثر همزمان قابل توجه نیست.

### جدول ۵

آزمون کوواریانس عاملی مربوط به اثر فاکتورهای بین گروهی

| علائم          | منبع تغییرات  | مجموع مجذورات | Df | میانگین مجذورات | F     | سطح معناداری | ضریب اتا |
|----------------|---------------|---------------|----|-----------------|-------|--------------|----------|
| گرایش به لاغری | قبل از مداخله | ۱۶۰/۴۴        | ۱  | ۱۶۰/۴۴          | ۹۷/۲۶ | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۵۲    |

<sup>۱</sup>. Wilks' Lambda

ادامه جدول ۵

| علائم           | منبع تغییرات  | مجموع مجذورات | Df | میانگین مجذورات | F      | سطح معناداری | ضریب اتا |
|-----------------|---------------|---------------|----|-----------------|--------|--------------|----------|
| گرایش به لاغری  | گروه‌ها       | ۸۶/۳۲         | ۲  | ۴۳/۱۶           | ۲۶/۱۶  | ۰/۰۰۱        | ۰/۶۲۱    |
|                 | پیوند         | ۱۷/۰۱         | ۱  | ۱۷/۰۱           | ۱۰/۳۱  | ۰/۰۰۳        | ۰/۲۴۴    |
|                 | گروه و پیوند  | ۱۴/۴۷         | ۲  | ۷/۲۳            | ۴/۳۸   | ۰/۰۲۱        | ۰/۲۱۵    |
|                 | خطا           | ۵۲/۷۸         | ۳۲ | ۱/۶۵            | -      | -            | -        |
| پر خوری         | قبل از مداخله | ۱۲۱/۷۸        | ۱  | ۱۲۱/۷۸          | ۱۱۶/۵۳ | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۸۵    |
|                 | گروه‌ها       | ۱۰۸/۵۴        | ۲  | ۵۴/۲۷           | ۵۱/۹۳  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۶۴    |
|                 | پیوند         | ۳۲/۶۸         | ۱  | ۳۲/۶۸           | ۳۱/۲۷  | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۹۴    |
|                 | گروه و پیوند  | ۳۷/۸۴         | ۲  | ۱۸/۹۲           | ۱۸/۱۱  | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۳۱    |
|                 | خطا           | ۳۳/۴۴         | ۳۲ | ۱/۰۴            | -      | -            | -        |
| نارضایتی از بدن | قبل از مداخله | ۲۵۴/۶۸        | ۱  | ۲۵۴/۶۸          | ۱۲۷/۱۵ | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۹۹    |
|                 | گروه‌ها       | ۱۷۰/۲۱        | ۲  | ۸۵/۱۰           | ۴۲/۴۸  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۲۶    |
|                 | پیوند         | ۱۰۴/۸۷        | ۱  | ۱۰۴/۸۷          | ۵۲/۳۶  | ۰/۰۰۱        | ۰/۶۲۱    |
|                 | گروه و پیوند  | ۶۹/۲۲         | ۲  | ۳۴/۶۱           | ۱۷/۲۷  | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۱۹    |
|                 | خطا           | ۶۴/۰۹         | ۳۲ | ۲/۰۰            | -      | -            | -        |

نتایج آزمون اثر فاکتورهای بین آزمودنی در جدول (۵) به میانگین‌های تعدیل شده مقایسه اثر بخشی نوع درمان را نمایش داده شده‌است؛ همانطور که مشاهده می‌شود در همه مؤلفه‌ها متغیر تصادفی کمکی (قبل از مداخله) معنادار است، یعنی قبل از مداخله به طور معناداری با متغیر وابسته رابطه دارد. در ردیف دوم جدول فوق، برای همه مؤلفه‌ها اثر گروه نشان داده شده‌است به این صورت که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود داشت که آزمون تعقیبی بنفرونی<sup>۱</sup> (جدول ۶) با توجه

جدول ۶

آزمون بنفرونی مربوط به مقایسه اثربخشی دو درمان در بیماران پراشتهای روانی

| علائم          | میانگین تعدیل شده | گروه‌ها        |                | تفاوت میانگین‌ها | سطح معناداری |
|----------------|-------------------|----------------|----------------|------------------|--------------|
|                |                   | J              | I              |                  |              |
| گرایش به لاغری | ۱۵/۴۶             | شناختی-رفتاری  | طرحواره درمانی | ۲/۱۵*            | ۰/۰۰۱        |
|                |                   | کنترل          | کنترل          | -۰/۳۷۱           | ۰/۳۷۴        |
|                | ۱۳/۳۱             | طرحواره درمانی | شناختی-رفتاری  | -۲/۱۵*           | ۰/۰۰۱        |
|                |                   | کنترل          | کنترل          | -۲/۵۲*           | ۰/۰۰۱        |
|                | ۱۵/۸۳             | کنترل          | شناختی-رفتاری  | ۰/۳۷۱            | ۰/۳۷۴        |
|                |                   | کنترل          | طرحواره درمانی | ۲/۵۲*            | ۰/۰۰۱        |

<sup>۱</sup>. Bonferroni

ادامه جدول ۶

| سطح معناداری | تفاوت میانگین ها | گروه ها        |                | میانگین تعدیل شده | علائم  |
|--------------|------------------|----------------|----------------|-------------------|--------|
|              |                  | J              | I              |                   |        |
| ۰/۰۰۱        | ۱/۷۹*            | طرحواره درمانی | شناختی-رفتاری  | ۱۴/۸۳             | بازرسی |
| ۰/۱۱۱        | -۱/۲۳            | کنترل          |                |                   |        |
| ۰/۰۰۱        | -۱/۷۹*           | شناختی-رفتاری  | طرحواره درمانی | ۱۳/۰۳             |        |
| ۰/۰۰۱        | -۳/۰۲*           | کنترل          |                |                   |        |
| ۰/۱۱۱        | ۱/۲۳             | شناختی-رفتاری  | کنترل          | ۱۶/۰۶             | بازرسی |
| ۰/۰۰۱        | ۳/۰۲*            | طرحواره درمانی |                |                   |        |
| ۰/۰۰۱        | ۲/۰۲*            | طرحواره درمانی | شناختی-رفتاری  | ۱۵/۶۸             |        |
| ۰/۰۰۱        | -۱/۷۸*           | کنترل          |                |                   |        |
| ۰/۰۰۱        | -۲/۰۲*           | شناختی-رفتاری  | طرحواره درمانی | ۱۳/۶۵             | بازرسی |
| ۰/۰۰۱        | -۳/۸۲*           | کنترل          |                |                   |        |
| ۰/۰۰۱        | ۱/۷۸*            | شناختی-رفتاری  | کنترل          | ۱۷/۴۷             |        |
| ۰/۰۰۱        | ۳/۸۲*            | طرحواره درمانی |                |                   |        |

همانطور که در جدول (۶) مشاهده می‌شود، در مؤلفه گرایش به لاغری و پرخوری تنها طرحواره درمانی موثر بوده است و درمان شناختی-رفتاری اثر بخش نبوده، اما در نارضایتی از بدن هم طرحواره درمانی و هم درمان شناختی-رفتاری اثر بخش بوده است. نتایج حاصل از مقایسه دو درمان بیانگر این است که در هر سه علائم اختلال خوردن (گرایش به لاغری، پرخوری و نارضایتی از بدن) اختلاف دو درمان از نظر آماری معنادار است و طرحواره درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بالاتری داشته است.

جدول ۷

مربوط به ماندگاری اثربخشی درمان در بیماران پراشتهای روانی

| نارضایتی از بدن |               | پرخوری       |               | گرایش به لاغری |               | زمان         | متغیر                 |
|-----------------|---------------|--------------|---------------|----------------|---------------|--------------|-----------------------|
| پس از پیگیری    | بعد از مداخله | پس از پیگیری | بعد از مداخله | پس از پیگیری   | بعد از مداخله |              |                       |
| ۱۷/۷۵           | ۱۶/۹۰         | ۱۵/۴۰        | ۱۵/۰۸         | ۱۵/۹۵          | ۱۵/۸۲         | مراقبت کم    | درمان شناختی و رفتاری |
| ۱۴/۴۲           | ۱۳/۸۲         | ۱۴/۶۶        | ۱۴/۰۱         | ۱۵/۰۲          | ۱۵/۰۵         | بیش حمایت‌گر |                       |
| ۱۵/۹۹           | ۱۵/۳۶         | ۱۵/۱۱        | ۱۴/۵۴         | ۱۵/۴۸          | ۱۵/۴۳         | کل           |                       |
| ۱۶/۴۰           | ۱۵/۶۰         | ۱۴/۶۶        | ۱۴/۸۶         | ۱۴/۱۴          | ۱۴/۵۵         | مراقبت کم    | طرحواره درمانی        |
| ۱۰/۹۹           | ۱۱/۶۲         | ۱۱/۳۰        | ۱۱/۳۱         | ۱۲/۲۱          | ۱۲/۰۲         | بیش حمایت‌گر |                       |
| ۱۳/۶۹           | ۱۳/۶۱         | ۱۲/۹۸        | ۱۳/۰۸         | ۱۳/۳۲          | ۱۳/۲۹         | کل           |                       |
| ۱۵/۸۲           | ۱۵/۳۸         | ۱۴/۶۷        | ۱۴/۶۰         | ۱۴/۸۹          | ۱۴/۸۴         | مجموع        |                       |
| -۰/۴۳*          | -             | -۰/۰۷۰       | -             | -۰/۰۴۷         | -             |              | بعد از مداخله         |
| ۰/۰۰۱           |               | ۰/۶۷۶        |               | ۰/۷۰۱          |               |              |                       |
| -               | ۰/۴۳*         | -            | ۰/۰۷۰         | -              | ۰/۰۴۷         |              | پیگیری                |
|                 | ۰/۰۰۱         |              | ۰/۶۷۶         |                | ۰/۷۰۱         |              |                       |

بوده است و ماندگاری درمان تا حدودی ثابت، اما در نارضایتی از بدن روند نزولی که بیانگر اثربخشی طرحواره درمانی در بیماران بیش حمایت‌گر است مشاهده می‌شود.

مطابق با جدول (۷) در گرایش به لاغری تنها طرحواره درمانی در پیوند والدینی بیش حمایت‌گر ماندگاری بیشتری داشته است، در پرخوری و گرایش به لاغری اثر بخشی درمان در بیماران بیش حمایت‌گر نسبت به مراقبت کم بالاتر

## جدول ۸

مقایسه میانگین مربوط به اثربخشی درمان با توجه به پیوند والدینی در علائم اختلال خوردن بیماران پراشتهای روانی

| نارضایتی از بدن |         |                  | پرخوری |         |                  | گرایش به لاغری |         |                  | پیوند والدینی |
|-----------------|---------|------------------|--------|---------|------------------|----------------|---------|------------------|---------------|
| تفاوت           | میانگین | میانگین معناداری | تفاوت  | میانگین | میانگین معناداری | تفاوت          | میانگین | میانگین معناداری |               |
| ۲/۵۵            | ۱۶/۸۸   | ۰/۰۰۱            | ۱/۴۳   | ۱۵/۳۶   | ۰/۰۰۳            | ۱/۱۱           | ۱۵/۴۲   | مراقبت کم        |               |
| -۲/۵۵           | ۱۴/۳۲   | ۰/۰۰۱            | -۱/۴۳  | ۱۳/۹۲   | -۱/۱۱            | -۱/۱۱          | ۱۴/۳۱   | بیش حمایت‌گری    |               |

رفتاری تکمیل شده با طرحواره درمانی را برای درمان اختلال پرخوری به کار بردند و نتایج حاصل از مداخله نشان داد که طرحواره درمانی و درمان شناختی و رفتاری تکمیل شده نسبت به درمان شناختی و رفتاری، دارای اثربخشی بالاتری بوده است.

از دیگر پژوهش‌های هم‌راستا می‌توان به پژوهش‌های سکرو و یانگ (۲۰۰۱)، سیمپسون (۲۰۱۰)، والر، کنرلی و اوهانیان (۲۰۰۵)، پوگ (۲۰۱۵) اشاره داشت. در این پژوهش‌ها اثربخشی درمان متمرکز بر طرحواره در کاهش نشانه‌های مرضی اختلالات خوردن تأیید شده است. در پژوهش سیمسون، مورو و رید (۲۰۱۰) کاهش قابل توجهی در رفتار شدت غذا خوردن در گروه تحت طرحواره درمانی یافت شد. در خصوص اثربخشی درمان شناختی-رفتاری می‌توان به پژوهش ترنر، مارشال، وود، استپ و والر (۲۰۱۶) اشاره داشت؛ در این پژوهش نشان داده شد که از طریق درمان شناختی-رفتاری می‌توان به تغییر در علائم اولیه اختلال خوردن دست یافت. نتایج پژوهش ویلفی، ویلچ، استین، اسپورل، کوهن، اسلین، مت (۲۰۰۲) نیز بیانگر کاهش قابل ملاحظه‌ای از علائم اختلال خوردن از طریق درمان شناختی-رفتاری است اما نتایج پیگیری بیانگر برگشت

مطابق با جدول (۸) در همه علائم، پیوند والدینی بیش حمایت‌گر دارای میانگین کمتری بوده است، و میزان تفاوت‌ها در همه مؤلفه‌ها در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار است که نتیجه حاصل شده بیانگر اثربخشی بالاتر درمان در بیماران بیش حمایت‌گر است.

## بحث

نتایج حاصل از اثربخشی دو روش درمانی (طرحواره و درمان شناختی رفتاری) بر علائم اختلال خوردن در بیماران پراشتهای روانی بیانگر این بود که از بین علائم اختلال خوردن، در گرایش به لاغری و پرخوری فقط طرحواره درمانی موثر بوده است و در مقایسه حاصل از اثربخشی دو درمان نشان داده شد که طرحواره درمانی دارای اثربخشی و ماندگاری بالاتری بوده است. در مؤلفه نارضایتی از بدن، هر دو درمان اثربخش بوده است اما در این مؤلفه نیز طرحواره درمانی اثربخشی و ماندگاری بالاتر داشته است.

از پژوهش‌های همسو می‌توان به پژوهش مکینتاش، جردن، کارتر، فرامپتون، مک کنزی، لاتنر و جويس (۲۰۱۶) اشاره داشت؛ آنها درمان شناختی-رفتاری سنتی و شناختی-

والدینی حد و مرزدار به منظور بهبود هیجان‌های و ارضاء نسبی نیاز ایمنی و استقلال که در دوران کودکی این بیماران برآورده نشده‌است می‌پردازد. اما درمان شناختی-رفتاری بیشتر مبتنی بر زمان حال بیمار است نه گذشته بیمار و در نتیجه در این روش درمانی میزان عود و بازگشت بیماری به دلیل عدم بررسی ریشه‌های تحوّل (اتفاقات مهم زندگی) بیشتر است. در این زمینه همچنین می‌توان به روابط درمانی اشاره کرد؛ با بیماران دارای اختلال خوردن به سختی می‌توان ارتباط برقرار کرد و با توجه به اینکه در درمان شناختی-رفتاری رابطه درمانگر و بیمار عنصری خنثی است (مشکلات موجود موانع هستند) بیماران کمتر راغب به انجام تکالیفند. اما طرحواره درمانی بیمار را بیشتر پذیراست و اختلالات روانشناختی را پدیده-ای طبیعی جلوه می‌دهد.

همچنین مطابق با نتایج به دست آمده هر دو روش درمانی برای بیمارانی که در نیازهای مربوط به سبک دلبستگی نسبت به نیازهای مربوط به استقلال آسیب بیشتری داشتند (پیوند مراقبت کم نسبت به پیش حمایت گر) اثربخشی کمتری داشته-است، از نظر تاسکا و همکاران (۲۰۱۴) دلبستگی ناایمن با شدت علائم اختلالات خوردن ارتباط دارد و این سبک دلبستگی بر فرایند درمان اثر منفی دارد. این نتیجه می‌تواند بیانگر نقش تجارب منفی زود هنگام در خانواده این بیماران باشد که فرض شده‌است گسترش باورهای مرکزی ناسالم را تقویت می‌کنند (ترنر و همکاران، ۲۰۰۵). در این پژوهش پیشنهاد می‌شود که درمانگران برای درمان ابتدا بر روی طرحواره‌هایی که زیر بنای آنها آسیب در نیازهای مربوط به سبک دلبستگی است نظیر (رهاشدگی، بی ثباتی، محرومیت هیجانی، نقص و شرم، بی اعتمادی، بدرفتاری و انزوای اجتماعی) کار نموده و سپس بر روی سایر طرحواره‌ها. همچنین با توجه به نقش پیوند والدینی در اختلال پر اشتهای روانی، آموزش شیوه‌های تعامل والد و کودک به والدین و تلاش در جهت ارتقای سلامت فرزندان در عدم شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار

بیماری بوده است. نتایج پژوهش هایبرت، بیشو، استین، تانفسکی کراف، سوینسون، ولج و ویلفی (۲۰۱۲) بیانگر اثربخشی کمتر درمان شناختی-رفتاری نسبت به روان‌درمانی بین فردی در درمان پرخوری بوده است.

در خصوص تعامل درمان با توجه به پیوند والدینی، نتایج بیانگر تأثیر بالاتر هر دو درمان در بیماران دارای پیوند والدینی بیش حمایت‌گر در مؤلفه نارضایتی از بدن بوده است؛ اما در مؤلفه پرخوری و گرایش به لاغری اثر پیوند به میزان کمتری نقش داشته است. با توجه به اینکه تا کنون پژوهشی به اثر نوع درمان با توجه به پیوند والدینی نپرداخته‌است، فقط به پژوهش‌هایی اشاره می‌شود که نقش پیوند والدینی را بر علائم اختلال خوردن تأیید کرده‌اند. نتایج به دست آمده از پژوهش کروگ، گینگ، یوسف، سورابجی، ورتین، گرنگ و اولسون (۲۰۱۶) بیانگر این بود که در نوجوانان دختر، پیوند بیش حمایت‌گری با رفتارهای پرخوری همراه بوده است و نارضایتی از بدن و گرایش به لاغری بیشترین ارتباط را با پیوند والدینی داشته است.

با توجه به نتایج به دست آمده و پژوهش‌های انجام شده اینگونه استنباط می‌شود که از طریق طرحواره درمانی به راحتی می‌توان در عواطف و هیجان‌های بیمار نفوذ کرد و با کاهش دادن مشکلات بین فردی بیمار، سبک‌های مقابله‌ای بیمار را که همان پرخوری است شکست. شاید یکی از دلایل مؤثر بودن این روش درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری نفوذ بر هیجانات و احساسات و عواطف بیمار است. همچنین بیماران پر اشتهای روانی در باورهای مرکزی خود آسیب دیده‌اند. باورها و علائم اختلال آنها ریشه در طرحواره‌های اولیه دارد. در نتیجه درمان طرحواره اولاً تمرکز اصلیش بر طرحواره‌ها و ریشه‌های تحوّل آنها است و علاوه بر تکنیک‌های شناختی-رفتاری در تغییر باورهای بیماران از سایر تکنیک‌ها نیز استفاده می‌کند و رابطه بین هیجان و شناخت را مورد بررسی قرار می‌دهد، در تکنیک‌های تجربی به برانگیختن هیجان‌های مربوط به طرحواره-های ناسازگار و

یانگ، ج. (۱۳۸۴). شناخت درمانی اختلالات شخصی: رویکرد طرحواره محور. مترجمان: علی صاحبی، حسن حمیدپور. چاپ اول، تهران: انتشارات آگاه.

یانگ، ج؛ کلوکو و. (۱۳۸۶). طرحواره درمانی. مترجمان: حسن حمید پور، زهرا اندوز، تهران: انتشارات ارجمند.

## References

- Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., & Woodside, B. (2014). *Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. JAMA psychiatry, 71(11)*, 1279-1286.
- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y., & Bachar, E. (2008). *Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. Journal of Clinical Psychology, 64(6)*, 703-716.
- Cardi, V., Matteo, R. D., Corfield, F., & Treasure, J. (2013). *Social reward and rejection sensitivity in eating disorders: An investigation of attentional bias and early experiences. The World Journal of Biological Psychiatry, 14(8)*, 622-633.
- Cecero, J. J., & Young, J. E. (2001). *Case of Silvia: A schema-focused approach. Journal of Psychotherapy Integration, 11(2)*, 217-229.
- Cella, S., Lannaccone, M., & Cotrufo, P. (2014). How perceived parental bonding affects self-concept and drive for thinness: A community-based study. *Eating Behaviors, 25*, 110-115.
- Colman, A. M. (2015). *A dictionary of psychology*. Oxford University Press, USA.
- Cooper, M. J. (2011). *Working with imagery to modify core beliefs in people with eating disorders: A clinical protocol. Cognitive and Behavioral Practice, 18(4)*, 454-465.
- Cooper, M. J., Rose K. S., & Tumer, H. M. (2005). Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms. *Eating Behaviors, 7*, 27-35.
- Cooper, M., Cohen-Tovée, E., Todd, G., Wells, A., & Tovée, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. *Behavior Research and Therapy, 35(4)*, 381-388.

اولیه توصیه می‌شود. همچنین یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر با توجه به نقش بالای پیوند والدینی در اختلال پر اشتهایی روانی، درک درمانگران را از یک مکانیسم احتمالی زمینه‌ای در بروز این اختلال و توسعه آسیب‌شناسی اختلال خوردن در نوجوانان روشن می‌سازد و برای نوجوانان در معرض خطر، جنبه درمانی و برای سایر نوجوانان با دادن آگاهی به خانواده‌ها جنبه پیشگیری دارد. هر چند تحقیقات تا به امروز نشان دهنده یک رابطه احتمالی بین پیوند والدینی ناسالم و خطر اختلال پر اشتهایی روانی است اما تحقیقات بیشتر با طرح‌های طولی و کنترل بیشتر متغیرها ضروری است که به پژوهشگران آتی توصیه می‌شود.

به عنوان نکته پایانی لازم به ذکر است که هر پژوهش مشکلات و محدودیت‌های خاص خود را دارد و از بزرگترین مشکلات پژوهش حاضر دسترسی دشوار به این گروه از بیماران به دلیل مراجعه اندک آنها به مراکز درمانی است؛ از دیگر محدودیت‌های این پژوهش عدم بررسی نقش پیوند پدری در اثربخشی درمان بوده است.

## منابع

- آهی، ق. (۱۳۸۵). هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. *پایان نامه کارشناسی ارشد*. دانشگاه علامه طباطبایی.
- انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی*، ویراست پنجم. مترجم: یحیی سیدمحمدی. (۱۳۹۳). چاپ اول. تهران: انتشارات روان.
- دشت بزرگی، ز؛ امیری، ش؛ مظاهری، ع و طالبی، ه. (۱۳۹۲). تأثیر *مداخله مبتنی بر دل‌بستگی بر پر خوری و چاقی دختران*، رساله دکتر، دانشگاه اصفهان.
- شایقیان، ز؛ آگیلارد وفایی، م. (۱۳۸۹). بررسی شاخص‌های روانسنجی سیاهه علائم اختلال خوردن در دانش‌آموزان دختر پایه دوم دبیرستان‌های تهران، *مطالعات روانشناختی*، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی الزهرا، ۶(۲)، ۲۴-۹.
- شایقیان، ز؛ آگیلارد وفایی، م و رسول‌زاده طباطبایی، س.ک. (۱۳۹۰). بررسی طرحواره‌ها و پیوند والدینی در دختران نوجوان با وزن طبیعی، چاق و یا دارای علائم بی‌اشتهایی روانی، *مجله پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)*، ۱۶(۱)، ۳۸-۳۰.

- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., & Lacey, H. (2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 717-732.
- Maxwell, H., Tasca, G. A., Ritchie, K., Balfour, L., & Bissada, H. (2014). *Change in attachment insecurity is related to improved outcomes 1-year post group therapy in women with binge eating disorder. Psychotherapy*, 51(1), 57.
- McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for Transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, appetite-focused cognitive-behavioral therapy, and schema therapy. *Psychiatry research*, 240, 412-420.
- Meyer, C., & Gillings, K. (2004). Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *Int J Eat Disord*: 35(2), 229-33.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L., & Minuchin, S. (2009). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- Murphy, C. M., Stojek, M. K., & MacKillop, J. (2014). *Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index. Appetite*, 73, 45-50.
- Mohammadkhani, P., Moloodi, R., & Fatemi, S. (2017). Impact of Subliminal Activation of Abandonment Schema on the Eating Behavior of Obese and Normal Weight Women: An Experimental Study. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, (In Press).
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European child & adolescent psychiatry*, 25(8), 903-918.
- Norring, C. E. (1990). The eating disorder inventory: Its relation to diagnostic dimensions and follow-up status. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 685-694.
- Parker, G. (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. Grune & Stratton.
- Pugh, M. (2015). *A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating*
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). *Cognitive behavior therapy for eating disorders: A "trans diagnostic" theory and treatment. Behavior research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Fischer, S., Meyer, A. H., Dremmel, D., Schlup, B., & Munsch, S. (2014). *Short-Term Cognitive-Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder: Long-term Efficacy and Predictors of Long-Term Treatment Success. Behavior Research and Therapy*. 58. 36-42.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). *Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. International journal of eating disorders*, 2(2), 15-34.
- Golan, M., & Crow, S. (2004). *Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. Nutrition reviews*, 62(1), 39-50.
- Grilo, C. M., & Mitchell, J. E. (Eds.). (2011). *the treatment of eating disorders: A clinical handbook*. Guilford Press.
- Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R., & Wilfley, D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 232-237.
- Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). Parental rearing behaviors and eating disorders: The moderating role of core beliefs. *Eating behaviors*, 6(4), 355-364
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., & Bruffaerts, R. (2013). *The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914.
- Krug, I., King, R. M., Youssef, G. J., Sorabji, A., Wertheim, E. H., Le Grange, D. & Olsson, C. A. (2016). The effect of low parental warmth and low monitoring on disordered eating in mid-adolescence: Findings from the Australian Temperament Project. *Appetite*, 105, 232-241.
- Lewis, J. A. (2005). *Early maladaptive schemas and personality dysfunction in adolescence: An investigation of the moderating effects of coping styles*. ETD Collection for Fordham University.

- research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating behaviors*, 15(1), 49-59.
- Turner, H., Marshall, E., Wood, F., Stopa, L., & Waller, G. (2016). CBT for eating disorders: The impact of early changes in eating pathology on later changes in personality pathology, anxiety and depression. *Behavior research and therapy*, 77, 1-6.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). *Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 137.
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., & Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of general psychiatry*, 59(8), 713-721.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). *Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 267.
- Yager, J., & Andersen, A. E. (2005). *Anorexia nervosa*. *New England Journal of Medicine*, 353(14), 1481-1488.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. *Journal of psychosomatic research*, 57, 113-116.
- disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, J. E. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. American Psychological Association.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Scoffier, S., Paquet, Y., & D'Arripe-Longueville, F. (2010). *Effect of locus of control on disordered eating in athletes: The mediational role of self-regulation of eating attitudes*. *Eating behaviors*, 11(3), 164-169.
- Simpson, S. (2010). *Schema Therapy for Eating Disorders*. *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*, 143-171.
- Simpson, S. G., Morrow, E., & Reid, C. (2010). *Group schema therapy for eating disorders: a pilot study*. *Frontiers in psychology*, 1, 182.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). *Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation*. *Health Psychology*, 21(2), 131.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). *Risk factors for eating disorders*. *American Psychologist*, 62(3), 181.
- Swanson, H., Power, K., Collin, P., Deas, S., Paterson, G., Grierson, D. & Taylor, L. (2010). *The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample*. *European Eating Disorders Review*, 18(1), 22-32.
- Tan, C. C., & Chow, C. M. (2014). *Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation*. *Personality and Individual Differences*, 66, 1-4.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). *Attachment and eating disorders: A review of current*