

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال خوردن در بیماران ۱۶-۲۳ سال مبتلا به بی‌اشتهائی روانی با توجه به پیوند والدینی

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

Tahereh Mahmoudian Dastnaei

Shole Amiri

Hamidtaher Neshatdoost

GHolamreza Manshaei

طاہره محمودیان دستنایی *

شعله امیری **

حمید طاہر نشاءطدوست ***

غلامرضا منشی ****

Abstract

The present study was aimed at comparing the effectiveness of schema therapy and CBT on eating disorder symptoms in patients with anorexia nervosa considering the parental bonding. The study had an experimental method with pretest-posttest design and follow-up with the control group. The study population included all patients aged 16 to 23 years with eating disorders who had referred to psychiatry, psychotherapy, and clinical treatment centers of obesity and weight loss in Tehran. Purposive sampling was used in this study. Since this study was concerned with patients that had a poor parental bonding, 21 patients were diagnosed to have anorexia nervosa by performing psychological screening. Finally, the patients selected were matched in two experimental groups and one control group. Data were collected through questionnaires and diagnostic interviews based on diagnostic criteria for eating disorders and psychiatric diagnosis. Three questionnaires were used in the study including: 1. Parental Bonding Questionnaire 2. Eating Disorder Inventory (EDI) 3. Young Schema Questionnaire. Only schema therapy was effective in reducing symptoms of eating disorders. Also, treatment had a higher efficacy on being more supportive than less care. The findings of this study can be an approval of therapist's having a systematic view to the etiology of this disorder.

Keywords: Schema therapy, cognitive and behavioral therapy, anorexia nervosa, parental bonding

چکیده

هدف مطالعه مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتهای روانی با توجه به پیوند والدینی بوده است. روش مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی، روان‌درمانی بالینی و مراکز درمانی چاقی و لاغری شهر تهران در رده سنی ۱۶ تا ۲۳ سال بود. روش نمونه‌گیری هدفمند بوده و بر اساس غربالگری از بین ۲۴ بیمار بی‌اشتهای روانی، ۲۱ بیمار دارای پیوند والدینی ضعیف تشخیص داده شدند و در نهایت بیماران در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل هم‌تاسازی شده‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های تشخیص اختلال خوردن و تشخیص روان‌پزشک بود و از سه پرسشنامه استفاده شد: ۱- پیوند والدینی، ۲- سیاهه اختلال خوردن، ۳- طرحواره‌های یانگ. تنها طرحواره درمانی در کاهش علائم اختلال خوردن اثربخش بوده است. همچنین درمان در بعد بیش‌حمایت‌گری نسبت به مراقبت کم اثربخشی بیشتری داشته است. یافته‌های بدست آمده از پژوهش می‌تواند تأیید بر دیدگاه درمانگران با نگرش سیستمی در سبب این اختلال باشد و برای روانشناسان و درمانگران در کمک به بیماران و پیشگیری از آسیب‌های احتمالی کمک‌کننده باشد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، درمان شناختی و رفتاری، بی‌اشتهای روانی، علائم اختلال خوردن، پیوند والدینی

email:mahmodian.mina@yahoo.com

* دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

خوراسگان، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران

** نویسنده مسئول: استاد گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان.

اصفهان، ایران

*** استاد گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

**** دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان

Received: 17 Mar2015 Accepted: 19 Sep2015

دریافت: ۹۳/۱۲/۲۶ پذیرش: ۹۴/۶/۲۸

مقدمه

اختلالات خوردن یکی از اختلالات روانی به شمار می‌رود که آمار مرگ و میر ناشی از آن بسیار زیاد است (استریگل، مور و بولیک، ۲۰۰۷). این اختلال شامل تشخیص‌هایی هستند که در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تحت عنوان اختلالات خوردن و خوراک^۱ قرار گرفته است (DSM5، ۲۰۱۳). بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت و سایر مطالعات انجام شده اختلال خوردن از چالش برانگیزترین بیماری‌های دوران نوجوانی است (اسوانسون، کرو، گرنج، اسوندنس و مریکنج، ۲۰۱۱؛ کسلر و همکاران، ۲۰۱۳). مفهوم آسیب‌پذیری خوردن^۲ به بی‌نظمی یا اختلال خوردن^۳ اشاره می‌کند که نشانگر رفتار غیرطبیعی مربوط به خوردن و وزن است و به طیفی از عادت‌های خوردن منجر می‌شوند که از طریق محدودیت شدید غذایی به کم کردن وزن و حفظ لاغری فرد کمک می‌کنند (اسکاتر، پاکویت و داریپ- لانگویل، ۲۰۱۰). در سال‌های اخیر شیوع بی‌اشتهایی روانی در نوجوانان به‌طور شگرفی افزایش داشته است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۸). مطالعات تجربی نرخ شیوع اختلال بی‌اشتهایی عصبی را ۱/۷ درصد برای زنان در طول عمر گزارش دادند (اسمینک و همکاران، ۲۰۱۴). به گزارش پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نرخ شیوع بی‌اشتهایی روانی در زنان حدود ۴ درصد و در مردان مشخص نیست (DSM5، ۲۰۱۳). همچنین آمار و ارقام نشان می‌دهند که در ایالات متحده، ۱۰ میلیون زن و ۱ میلیون مرد در مبارزه‌ی مرگ و زندگی با یک نوع بیماری اختلال در غذا خوردن مثل بی‌اشتهایی یا پرخوری دست و پنجه نرم می‌کنند (انجمن ملی اختلالات غذا خوردن، ۲۰۰۵). بر طبق مطالعات جدید مرگ و میر بیماران بی‌اشتهایی روانی بسیار بیشتر از بیماران پراشتهای روانی است و گزارش‌های آمارها ۵/۳۵ را گزارش نموده‌اند (فیچتر و کوادی، ۲۰۱۵). اختلالات خوردن دارای سبب‌شناسی چند عاملی است. عوامل متعدد زیست‌شناختی، روان‌شناختی، روان‌پوشی، محیطی دخیل هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۸). روان‌شناسان به نقش فرایندهای والدینی از جمله نقش مدیریتی و نظارتی والدین در رشد همه‌جانبه توانمندی عقلانی و شخصیتی فرزندان تأکید دارند (ستترک، ۲۰۰۹ به نقل از لطیفیان، افروز و شهسوارانی، ۱۳۹۳). نقش‌های خانوادگی یا الگوهای تثبیت شده رفتار برای انجام کارکردهای اصلی خانواده نیز با رفتار خوردن در ارتباط هستند. در واقع هیچ بستری از نظر نیرومندی و گستره تأثیر، با خانواده برابری نمی‌کند (شکوهی یکتا و همکاران، ۱۳۹۳).

¹ -eating disorders

² - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(Fifth Edition)DSM-5

³ - vulnerability to eating

⁴ - eating disorder

⁵ - National Eating Disorders Association(NEDA)

⁶ - Santrock, J. W

خانواده‌هایی که دچار اختلال خوردن هستند، به‌طور کلی کژکارکردی بیشتری از خانواده‌های عادی دارند و کیفیت عملکرد خانواده بر ایجاد و حفظ اختلال تغذیه و خوردن تأثیر می‌گذارد (لیک و متسن، ۲۰۱۳). بر طبق پژوهش‌های انجام شده اختلالات تغذیه و خوردن هنگامی مشهودتر هستند که خانواده‌ها دچار سوء عملکرد، کشمکش، پرخاشگری، جدایی، بهم ریختگی بیشتر و پیشرفت‌گرایی و انسجام، حمایت‌گری و مشارکت کمتری هست (کوپر، ولان، والگر، مورل و موری، ۲۰۰۴).

اولین مطالعه مربوط به سلیوین پارزولی^۱ (۱۹۶۳) نشان داد پشتیبانی و حمایت مادرانه بیش از حد (جارگین، بولانوس، گارید، ۲۰۱۱) و مراقبت سطح پایین مادرانه (بولیک، سالوان، فار و پیکرنیگ، ۲۰۰۰) با بی‌اشتهایی روانی رابطه داشته است. در پژوهش دیگر مراقبت ضعیف والدینی در افراد دارای بی‌اشتهایی روانی مزمن گزارش شده است (فیسنو، آمینو، روکا و داگا، ۲۰۱۰).

نتایج پژوهش کلاً، ایناکون و کوترف (۲۰۱۴) بیانگر رابطه بین یک رفتار پیوند والدینی با مراقبت والدینی پایین و حمایت بیش از حد حمایت‌گر مادرانه و گرایش به لاغری بوده است. عوامل خانوادگی از طریق دو مکانیسم بالقوه بر رفتارها و درک غذا خوردن نوجوانان تأثیر می‌گذارند، کشمکش‌های خانوادگی و الگوسازی رفتارها و نگرش‌های مادران به صورت غیرمستقیم و روابط اعضای خانواده به صورت مستقیم مؤثر است و بر طبق پژوهش‌های انجام شده تأثیرات غیرمستقیم بارزتر و بیشتر است (هانا، ۲۰۰۶). اینتن، و گالان (۲۰۰۹) دریافتند روابط والد- فرزند دارای بالاترین اهمیت در اجتناب از اختلالات خوردن می‌باشد. نتایج پژوهش فرناش (۱۳۹۳) نشان داد، سبک والدینی آسان‌گیر با سبک اجتنابی فرزندان رابطه مثبت دارند. مادران آسان‌گیر در ارائه قوانین باثبات ناتوان هستند و خودکنترلی و خودانضباطی را در فرزندان طرح‌ریزی نمی‌کنند. همچنین برای تشخیص نیازهای خانواده‌هایی که مشکلات خوردن دارند، شناخت رابطه میان باورهای مرکزی و سبک‌های ناسازگار پیوند والدینی سودمند است، زیرا باورهای ناسازگار مرکزی و انتظارات والدینی، عوامل اصلی حامی رفتارهای قالبی منفی و جبری (که اغلب نوجوانان مبتلا به اختلالات خوردن با آن مواجه هستند)، به شمار می‌رود (ترنر، رز، کوپر، ۲۰۰۵). در واقع ناکارآمدی خانواده یک عامل مؤثر در تحول و پیشرفت اختلالات خوردن شناخته شده است (مایر و گیلینگز، ۲۰۰۴).

تئوری‌های زیادی درباره رشد اختلال خوردن وجود دارد. تاکنون روش شناختی رفتاری یکی از موثرترین آن‌ها بوده است (گارنر، آلمستد و پولی، ۱۹۸۳؛ اگرس، کرو، هالیم، میچل، ویلسون و کارمر، ۲۰۰۰؛ مورفی، استرابر، کوپرو فایربون، ۲۰۱۰؛ فایربون، کوپر، دال، کانرو، پالمر و دانگر، ۲۰۱۳؛ دال گراوا، گاروجی، سارترانا و فایربون، ۲۰۱۵). گارنر، ویتوسکی و پیک، ۱۹۹۷؛ فایربون، شاتران و کوپر، ۱۹۹۹؛

^۱ - Selvini Palazzoli

پیک، والش، ویتوسکی، ویلسون و بائر، ۲۰۰۳؛ فایربون، گوپر، دال، اوکانر، پالمرو و دل گراو، ۲۰۱۳ درمان شناختی رفتاری را مؤثر برای بیماران بزرگسال دارای اختلال بی‌اشتهایی روانی دانستند و کوادی و دیویس (۲۰۱۵) درمان شناختی رفتاری را برای نوجوانان دارای اختلال بی‌اشتهایی روانی مؤثر دانسته‌اند. همچنین پژوهش حسینیان و نیکنام (۱۳۸۹) بیانگر تأثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش کمال‌گرایی که از ویژگی‌های افراد بی‌اشتهایی روانی است، بوده است (حسینیان و نیکنام، ۱۳۸۹). مطابق با الگوی شناختی رفتاری اختلال خوردن (مورفی و همکاران، ۲۰۱۰)، باورهای بی‌بزاری از خود، کلید رشد اختلال خوردن است که از تجارب دوران کودکی نظیر اهمال یا بی‌تفاوتی والدین نشأت می‌گیرد (کوپر، کوهن، تود، والز و توی، ۱۹۹۷). البته تئوری شناختی رفتاری تنها موردی نیست که نقش روابط دشوار بین والد و کودک در اختلال خوردن را بررسی می‌کند. با استفاده از تئوری دلبستگی به‌عنوان یک چارچوب توصیفی پیشنهاد شده است که پیوندهای مراقبتی ناامن در افراد دارای اختلال خوردن رایج است (زجرسیون و اسکارتر، ۲۰۱۰). تاسکا و بالفور (۲۰۱۴) در پژوهشی از خلاصه نتایج پژوهش‌های (ژانویه ۲۰۰۰ تا فوریه ۲۰۱۴)، در خصوص شناسایی نقش سبک‌های دلبستگی بیماران دارای اختلال سطوح بالاتری از دلبستگی ناایمن و حالات ذهنی آشفته را نشان داده‌اند.

ترنر، رز و کوپر (۲۰۰۵) در پژوهش خود بر نقش باورهای هسته‌ای و طرحواره‌ها در توسعه و تداوم اختلال خوردن تأکید می‌کنند. پژوهشگران معتقدند طرحواره‌های ناسازگار اولیه همچون صافی عمل می‌کنند و برای اثبات تجارب دوران کودکی عمل می‌کنند و منجر به اختلالاتی نظیر اختلال شخصیت، اختلال خوردن و سایر اختلالات نوروتیک می‌شوند (سیلیگمن، شولمن و تراون، ۲۰۰۷) به نقل از سهرابی، اعظمی و دوستیان، ۱۳۹۳). ترنر، رز و کوپر (۲۰۱۱) مدل درمانی مینی بر تغییر خاطرات اولیه مرتبط با باورهای هسته‌ای با هدف ارائه روش درمانی مؤثر برای درمان بی‌اشتهایی روانی طراحی کردند. نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی این پروتکل برای بیماران بوده است. این باورها که از تجارب اولیه زندگی فرد و یا در مراحل بعدی رشد فرد ایجاد می‌شوند (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳)، ممکن است در حوزه‌های متفاوتی تأثیرگذار باشند، اما باورهایی که مربوط به خود هستند، اغلب فرض شده نقش تعیین‌کننده‌ای در آسیب‌شناسی روانی دارند (فیرچایلد و کوپر، ۲۰۱۰). بر همین اساس، با توجه به مطالعات انجام شده و نظریه‌های مطرح شده در این پژوهش اثربخشی درمان شناختی و رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتهایی روانی مورد توجه قرار گرفت. کاتوس (۲۰۱۰) معتقد است درمان شناختی و رفتاری یک سیستم مبتنی بر شواهد است که بر استفاده از مهارت‌ها تأکید دارد و این مهارت‌ها به عنوان واسطه درمانی در نتایج اثرگذار است (هاندت و همکاران، ۲۰۱۳) به نقل از حکیم زاده، مسعود لواسانی و نوروزی، ۱۳۹۳). همچنین از ضروریات انجام چنین پژوهشی توجه شدید نوجوانان و جوانان در جوامع مختلف نسبت به تصویر بدن و آرمان لاغری است. تصویر بدن مفهومی

چندبعدی است که عناصر درک از بدن (تخمین جوانب فیزیکی بدن و کارکردهای آن) و نگرش (ارزیابی از بدن) را در برمی گیرد. به طور کلی، ارزیابی از بدن و اختلاف میان خود و بدن آرمانی قوی ترین ارتباط را با اختلالات خوردن دارند. یک عامل مهم در ایجاد نارضایتی از بدن و علائم اختلال خوردن، درونی کردن "آرمان لاغری" است، آرمان اجتماعی جذابیت که از نظر رسانه های جمعی لاغری یکی از عوامل اصلی آن است (سیک میل و الی، ۲۰۱۴). لذا پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا به کارگیری روش طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال خوردن با توجه به پیوند والدینی ضعیف در بیماران دارای اختلال بی اشتهای روانی اثربخش است؟ درمان شناختی رفتاری چگونه؟ آیا بین درمان شناختی و رفتاری با طرحواره درمانی در کاهش علائم با توجه به پیوند والدین تفاوت وجود دارد؟

هدف اصلی پژوهش مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم اختلال خوردن بیماران بی اشتهای روانی با توجه به پیوند والدینی بود. بر همین اساس، فرضیه های زیر طراحی شد: ۱- روش طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال خوردن با توجه به پیوند ضعیف والدینی در بیماران بی اشتهای روانی اثربخش است. ۲- روش درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم اختلال خوردن با توجه به پیوند ضعیف والدینی در بیماران بی اشتهای روانی اثربخش است. ۳- بین درمان شناختی رفتاری با طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال خوردن با توجه به پیوند ضعیف والدین در بیماران بی اشتهای روانی تفاوت وجود دارد.

روش

روش پژوهش حاضر به صورت آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون، پیگیری با گروه کنترل است. در این طرح پیش از مداخله، پیش آزمون برای آزمودنی ها اجرا گردید که علائم اختلال خوردن بیماران مشخص گردید. سپس درمان انجام شد و پس از پایان جلسات درمانی، پس آزمون اجرا شد. در نهایت پس از گذشت ۳ ماه از پایان درمان پیگیری (اجرای مجدد آزمون) انجام گردید. پس از استخراج با توجه به برقرار بودن شرط آزمون های پارامتریک از آماره طرح اندازه گیری مکرر (تحلیل واریانس عاملی) با استفاده از نرم افزار SPSS فرضیه ها مورد آزمون قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، روان درمانی بالینی و مراکز درمانی چاقی و لاغری شهر تهران که از نظر سنی بین ۱۶ تا ۲۳ سال بودند، تشکیل می داد. روش نمونه گیری به صورت هدف مند بوده است، به این صورت که با مراجعه به مراکز درمانی و روانپزشکی و دریافت پرونده بیماران، افرادی که دارای اختلال بی اشتهایی روانی بودند و با توجه به تشخیص روانپزشک برحسب ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، علائم اختلال در آن ها مشخص شده است، به عنوان افراد نمونه انتخاب شدند.

با توجه به اینکه در پژوهش حاضر بیماران مدنظر بوده است که دارای پیوند ضعیف والدینی می‌باشند، ابتدا آزمودنی‌ها پس از اینکه تشخیص اختلال بی‌اشتهایی در آن‌ها تأیید گردید، پرسشنامه پیوند والدینی را تکمیل کردند و آزمودنی‌هایی که دارای پیوند ضعیف والدین (مراقبت و کنترل کننده بیش از حد) بوده‌اند، انتخاب شدند. از ۷۲ بیمار، ۲۴ بیمار کم‌اشتهای روانی بود که از این تعداد تقریباً ۹۰ درصد دارای پیوند ضعیف مادری و ۱۰ درصد دارای پیوند ضعیف پدری و مادری بودند. بنابراین، بیمارانی انتخاب گردید که دارای پیوند ضعیف مادری بودند. در نهایت بیماران انتخاب شده در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل هم‌تاسازی شده‌اند (هر گروه ۷ بیمار). معیارهای ورود، دارا بودن اختلال خوردن با توجه به DSM5 و محدوده سنی ۱۶ الی ۲۳ سال بود و معیارهای خروج دارا بودن سایر اختلالات روانپزشکی همراه با اختلال خوردن و سن بالاتر از ۲۳ سال بود. در گروه آزمایش اول مداخله طرحواره درمانی و در گروه آزمایش دوم مداخله شناختی و رفتاری صورت گرفت. در گروه کنترل نیز هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. با توجه به ملاک‌های تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی ویراست پنجم بیماران بی‌اشتهای روانی از نظر شاخص توده بدنی در گروه خفیف ($BMI > 17 \text{kg/m}^2$) قرار داشت.

ابزار

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های تشخیص اختلال بی‌اشتهایی روانی (مبتنی بر DSM-5) و تشخیص روان‌پزشک بود. در این پژوهش از سه پرسشنامه استفاده گردید: **ابزار سنجش پیوند والدینی^۱ (PBI):** این ابزار که پارکر، توپلیتگ و براون^۲ در سال ۱۹۷۹ ساختند، سبک‌های پیوند والدینی را می‌سنجد. این مقیاس، ابزاری گذشته‌نگر است و برای نوجوانان بالای ۱۶ سال کاربرد دارد. برای استفاده از این ابزار که دارای ۲۵ سؤال چهارگزینه‌ای و سه زیرمقیاس مراقبت، حمایت‌کنندگی بیش از حد و تشویق آزادی رفتاری است (به نقل از مایر و لینگز، ۲۰۰۴)، آزمودنی باید سبک پیوند والدینی را در طی ۱۶ سال اول زندگی‌اش به خاطر آورد. نمرات بالا در مقیاس مراقبت، بازتاب والدینی گرم، مهربان و همدلی می‌باشد. نمرات پایین در مقیاس مراقبت، نشانگر والدینی سرد و طردکننده و بی‌توجه است. نمرات بالا در مقیاس حمایت‌کنندگی بیش از حد، بیانگر والدین کنترل‌کننده و مزاحم است که تمایل دارند کودکان همیشه بچه بمانند. از سوی دیگر، نمرات پایین در مقیاس حمایت‌کنندگی بیش از حد، منعکس‌کننده والدینی است که به کودک آزادی می‌دهند و اسباب استقلال آن‌ها را فراهم می‌آورند (کانتی، کانپاس، لاتزر، مررو باچار، ۲۰۰۸). بررسی‌های اولیه پایایی آزمون به وسیله پارکر (۱۹۸۳) از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت ۰/۶۳ تا ۰/۶۲، و برای

^۱. Parental Bonding Instrument

^۲. Parker G, Tupling H, Brown LB

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

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 (۲۰۰۵) پایایی آزمون را از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس حمایت‌کنندگی بیش از حد ۰/۸۷ به دست آورد (پارکر، ۱۹۸۳).

پرسشنامه اختلال خوردن^۱ (EDI): پرسشنامه‌ی اختلال خوردن، یک مقیاس ۶۴ سوالی برای ارزیابی ویژگی‌های روان‌شناختی و نشانه‌های مرتبط با بی‌اشتهایی و پرخوری روانی است که به وسیله‌ی گارنر، المستد و پولیوی در سال ۱۹۸۳ ساخته شد. این پرسشنامه که می‌تواند به دو بعد مهم بالینی نگرش‌های خوردن و ویژگی‌های کارکرد مختلف خود (نورینگ، ۱۹۹۰) تقسیم شود، شامل هشت زیرمقیاس که عبارت‌اند از: (۱) ناکارآمدی؛^۲ (۲) ترس‌های بلوغ؛^۳ (۳) کمال‌گرایی؛^۴ (۴) بی‌اعتمادی بین فردی؛^۵ (۵) تمایل به لاغری؛^۶ (۶) آگاهی درونی؛^۷ (۷) پرخوری؛^۸ (۸) نارضایتی بدنی^۹ می‌باشد (شایقیان، ۱۳۸۸). در این مطالعه، فقط از زیرمقیاس علائم اختلال خوردن که با مؤلفه نگرش به خوردن، یعنی گرایش به لاغری، پرخوری و نارضایتی از بدن استفاده شد. در مطالعه‌ی شایقیان (۱۳۸۸)، پایایی پرسشنامه با روش تصنیف برای کل آزمون به دست آمد. نیمه‌ی اول و دوم به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۵ و ۰/۹۰، و آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۷۶ بود. 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 زیرمقیاس‌ها، شامل دامنه‌ای از ۰/۳۴ تا ۰/۶۶ می‌شود. در پژوهش حاضر برای بررسی اعتبار پرسشنامه اختلال خوردن، از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد. نتایج آزمون آلفای کرونباخ نیز نشان داد مؤلفه نگرش به خوردن دارای اعتبار ۰/۷۲، گرایش به لاغری ۰/۷۴، پرخوری ۰/۸۲ و نارضایتی از تصویر بدنی ۰/۷۸ می‌باشد.

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های یانگ^{۱۰}: این ابزار به بررسی باورهای مرکزی یا طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌پردازد. نسخه‌ی اصلی پرسشنامه طرحواره‌ها را یانگ و براون (۱۹۹۴) برای اندازه‌گیری

^۱. The Eating Disorder Inventory

^۲. ineffectiveness

^۳. maturity fears

^۴. ineffectiveness

^۵. interpersonal distrust

^۶. drive for thinness

^۷. interceptive awareness

^۸. bulimia

^۹. Body dissatisfaction

^{۱۰}. Young Schema Questionnaire-Short Form (YQ-S)

طرحواره‌های ناسازگار اولیه ساختند، اما فرم کوتاه آن در سال ۱۹۹۸ به وسیله یانگ برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده (آهی، ۱۳۸۵). این ابزار خود توصیفی است و شامل ۷۵ سؤال شش گزینه‌ای می‌باشد. ضریب آلفای پرسشنامه از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ برای هر طرحواره ناسازگار اولیه و ضریب اعتبار بازآزمون^۱ در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمده است (شایقیان، ۱۳۹۰). در این تحقیق، پایایی پرسشنامه محاسبه گردید. نتایج نشان داد کل پرسشنامه دارای پایایی ۰/۸۹۲ می‌باشد و ضریب آلفای کرنباخ ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ برای هر طرحواره ناسازگار اولیه بدست آمد.

یافته‌ها

نتایج توصیف آماری سن و توده بدنی بیماران بیانگر این است که، میانگین سن بیماران برابر با ۱۷/۸۷ و توده بدنی ۱۶/۸۱ بوده است. پایین‌ترین توده بدنی ۱۶/۰۲ و بالاترین توده بدنی ۱۷/۹۳ بوده است. در واقع بیماران در رده خفیف اختلال بی‌اشتهایی روانی قرار داشتند. همچنین در نتایج حاصل از توصیف علائم اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتهای روانی نشان داده شد، نارضایتی از بدن و گرایش به لاغری دارای بیشترین امتیاز بوده است و پرخوری دارای امتیاز کمتری بوده است، نمره گرایش به لاغری در این گروه از بیماران دارای میانگین ۱۶/۹۰، پرخوری ۱۳/۷۱ و نارضایتی از بدن دارای میانگین ۱۸/۸۵ بوده است. حداکثر امتیاز برای گرایش به لاغری و علائم پرخوری ۲۱ و حداقل امتیاز ۰ می‌باشد و برای مؤلفه نارضایتی از تصویر بدن حداکثر امتیاز ۲۷ و حداقل امتیاز ۰ می‌باشد.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش ابتدا مفروضات آزمون انجام گردید و نتایج حاکی از برقرار بودن مفروضات و تشخیص شاخص‌های آماری بوده است. همگنی ماتریس کوواریانس با استفاده از M باکس بررسی شد. نتایج آزمون نشان داد که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته (گرایش به لاغری، پرخوری و نارضایتی از بدن) در گروه‌ها مساوی است. در نتیجه در انجام آزمون، شاخص لامبدای ویلکز^۲ در نظر گرفته شد. همچنین همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داده شده در هر سه علائم اختلال خوردن احتمال آماره F بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است به عبارتی در همه مولفه‌های مربوط به علائم اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتهای روانی، تساوی واریانس در مقیاس‌ها برقرار بود.

^۱. test- retest reliability

^۲. Wilks' Lambda

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

جدول ۱. خلاصه آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره جهت بررسی اثر بخشی درمان بر علائم اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتهای روانی

علائم	منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اتا
بازرسی درجه درجه درجه درجه درجه	پس آزمون پیگیری (زمان)	۰/۹۳۰	۱/۰۵	۱	۱۴	۰/۳۲۲	۰/۰۷۰
	پس آزمون، پیگیری پیش آزمون	۰/۹۴۰	۰/۸۹۸	۱	۱۴	۰/۳۵۹	۰/۰۶۰
	پس آزمون، پیگیری گروه	۰/۷۷۴	۲/۰۴	۲	۱۴	۰/۰۱۶	۰/۲۲۶
	پس آزمون، پیگیری پیوند	۰/۹۵۸	۰/۶۱۹	۱	۱۴	۰/۴۴۵	۰/۰۴۲
	پیوند گروه* پس آزمون، پیگیری	۰/۸۷۹	۰/۹۶۶	۱	۱۴	۰/۴۰۵	۰/۱۲۱
	پس آزمون پیگیری (زمان)	۰/۹۱۸	۱/۲۵	۱	۱۴	۰/۲۸۱	۰/۰۸۲
بازرسی درجه درجه درجه درجه درجه	پس آزمون، پیگیری پیش آزمون	۰/۹۳۲	۱/۱۸	۱	۱۴	۰/۲۹۵	۰/۰۷۸
	پس آزمون، پیگیری گروه	۰/۹۳۹	۰/۴۵۳	۲	۱۴	۰/۶۴۵	۰/۰۶۱
	پس آزمون، پیگیری پیوند	۰/۹۱۵	۱/۳۰	۱	۱۴	۰/۲۷۳	۰/۰۸۵
	پیوند گروه* پس آزمون، پیگیری	۰/۹۱۸	۰/۶۲۷	۱	۱۴	۰/۵۴۸	۰/۰۸۲
	پس آزمون پیگیری (زمان)	۰/۹۹۱	۰/۱۳۱	۱	۱۴	۰/۷۲۳	۰/۰۰۹
	پس آزمون، پیگیری پیش آزمون	۰/۹۸۵	۰/۲۱۳	۱	۱۴	۰/۶۵۲	۰/۰۱۵
بازرسی درجه درجه درجه	پس آزمون، پیگیری گروه	۰/۶۹۱	۳/۱۳	۲	۱۴	۰/۰۷۵	۰/۳۰۹
	پس آزمون، پیگیری پیوند	۰/۹۹۸	۰/۰۰۱	۱	۱۴	۰/۹۸۰	۰/۰۰۱
	پیوند گروه* پس آزمون، پیگیری	۰/۸۴۵	۱/۲۸	۲	۱۴	۰/۳۰۷	۰/۱۵۵

چنانچه اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد، در هر سه مؤلفه شاخص لامبدای ویلکز برای اثرات تعاملی فقط برای گرایش به لاغری معنادار است و برای سایر مولفه‌ها معنادار نیست.

جدول ۲. آزمون کواریانس عاملی مربوط به اثر فاکتورهای بین گروهی

علائم	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گرایش به لاغری	پیش‌آزمون	۲۴/۹۴	۱	۲۴/۹۴	۱۲/۶۶	۰/۰۰۳	۰/۴۷۵
	گروه‌ها	۹۸/۳۵	۲	۴۹/۱۷	۲۴/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸۱
گروه و پیوند	پیوند	۱۰/۶۹	۱	۱۰/۶۹	۵/۴۲	۰/۰۳۵	۰/۲۷۹
	گروه و پیوند	۱۱/۱۱	۲	۵/۵۵	۲/۸۱	۰/۰۹۴	۰/۲۸۷
پرخوری	خطا	۲۷/۵۸	۱۴	۱/۹۷	-	-	-
	پیش‌آزمون	۱۶/۳۷	۱	۱۶/۳۷	۱۵/۲۹	۰/۰۰۲	۰/۷۲۴
نارضایتی از بدن	گروه‌ها	۳۹/۲۴	۲	۱۹/۶۲	۱۸/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴
	پیوند	۰/۳۲۱	۱	۰/۳۲۱	۰/۳۰۰	۰/۵۹۳	۰/۰۲۱
گروه و پیوند	گروه و پیوند	۰/۱۳۶	۲	۰/۰۶۸	۰/۰۶۳	۰/۹۳۹	۰/۰۰۹
	خطا	۱۴/۹۸	۱۴	۱/۰۷	-	-	-
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۳۶/۰۳	۱	۳۶/۰۳	۲۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹
	گروه‌ها	۶۹/۴۰	۲	۳۴/۷۰	۱۹/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۴
پیوند	پیوند	۲/۴۰	۱	۲/۴۰	۱/۳۳	۰/۲۶۷	۰/۰۸۷
	گروه و پیوند	۶/۵۷	۲	۳/۲۸	۱/۸۳	۰/۱۹۷	۰/۲۰۷
خطا	خطا	۲۵/۱۵	۱۴	۱/۷۹	-	-	-

نتایج آزمون اثر فاکتورهای بین آزمودنی در فوق نشان می‌دهد، در همه مولفه‌ها متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) معنادار است، یعنی پیش‌آزمون به طور معناداری با متغیر وابسته رابطه دارد. در ردیف دوم جدول فوق برای همه مولفه‌ها اثر گروه نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌ها (گروه‌ها) وجود داشت، بدین صورت که در مؤلفه گرایش به لاغری ($\text{partial } \eta^2 = 0.781, f = 24.95; p < 0.001 < 0.05$)، در مؤلفه پرخوری ($\text{partial } \eta^2 = 0.724, f = 18.33; p < 0.001 < 0.05$)، در مؤلفه نارضایتی از بدن ($\text{partial } \eta^2 = 0.734, f = 19.31; p < 0.001 < 0.05$) میزان f حاصل از مقایسه گروه‌ها در سطح آلفای ۵ صدم معنادار است، در نتیجه آزمون تعقیبی شفه (آزمون‌های مقابله‌ها) در زیر اختلاف بین گروه‌ها با توجه به میانگین‌های تعدیل شده نمایش داده شده است. همچنین میزان احتمال آماره f برای پیوند والدینی فقط برای مؤلفه گرایش به لاغری معنادار است، اما برای دو مؤلفه دیگر یعنی پرخوری و نارضایتی از بدن معنادار نیست، اثر تعامل نیز در هیچ کدام از مولفه‌ها معنادار نیست. در نتیجه می‌توان گفت نوع پیوند والدینی تأثیری بر اثربخشی درمان ندارد.

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

جدول ۳. آزمون توکی مربوط به مقایسه اثربخشی درمان در بیماران بی‌اشتهای روانی

علائم	میانگین	گروه‌ها		تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
		I	J		
گرایش به لاغری	۱۶/۵۱	شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی	۳/۲۵**	۰/۰۰۱
		کنترل	کنترل	-۰/۳۱۵	۰/۶۰۱
پرخوری	۱۲/۶۲	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۳/۲۵**	۰/۰۰۱
		کنترل	کنترل	-۳/۵۷**	۰/۰۰۱
نارضایتی از بدن	۱۱/۱۵	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	۱/۴۷**	۰/۰۰۳
		کنترل	کنترل	-۱/۰۱	۰/۱۳۵
نارضایتی از بدن	۱۸/۱۹	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۱/۴۷**	۰/۰۰۳
		کنترل	کنترل	-۲/۴۸*	۰/۰۰۱
۱۵/۵۵	۱۵/۵۵	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	۲/۶۳**	۰/۰۰۱
		کنترل	کنترل	-۰/۳۸۵	۰/۵۰۵
۱۵/۵۵	۱۵/۵۵	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۲/۶۳**	۰/۰۰۱
		کنترل	کنترل	-۳/۰۲**	۰/۰۰۱

** در سطح آلفای ۱ صدم معنادار است.

همانطور که مشاهده می‌شود، در همه مولفه‌های مربوط به علائم اختلال خوردن فقط طرحواره درمانی مؤثر بوده است و شناختی رفتاری اثربخش نبوده است. همچنین در هر سه علائم، بین اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار است.

جدول ۴. مربوط به ماندگاری اثربخشی درمان در بیماران بی‌اشتهای روانی

درمان	گرایش به لاغری		پرخوری		نارضایتی از بدن	
	پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیگیری
درمان شناختی و رفتاری	۱۶/۳۱	۱۷/۱۳	۱۲/۶۸	۱۲/۶۶	۱۷/۶۶	۱۸/۴۸
	۱۵/۸۴	۱۶/۷۷	۱۲/۲۹	۱۲/۸۴	۱۷/۵۰	۱۸/۷۹
طرحواره درمانی	۱۶/۰۸	۱۶/۹۵	۱۲/۴۹	۱۲/۷۵	۱۷/۷۵	۱۸/۶۳
	۱۴/۹۱	۱۴/۲۶	۱۱/۳۶	۱۱/۰۲	۱۶/۵۰	۱۶/۴۳
مجموع	۱۱/۶۶	۱۲/۱۸	۱۰/۹۷	۱۱/۲۳	۱۴/۸۴	۱۴/۹۲
	۱۳/۲۹	۱۳/۲۲	۱۱/۱۷	۱۱/۱۲	۱۵/۴۳	۱۵/۶۸
پس‌آزمون	-	-۰/۲۴۹	-	-۰/۰۶۳	-	-۰/۳۲۴
	۰/۲۶۸	۰/۲۶۸	۰/۶۷۵	۰/۶۷۵	۰/۰۷۳	۰/۰۷۳
پیگیری	-	-۰/۲۴۹	-	-۰/۰۶۳	-	-
	۰/۲۶۸	۰/۲۶۸	۰/۶۷۵	۰/۶۷۵	۰/۰۷۳	۰/۰۷۳

نتایج جدول فوق مربوط به آزمون مقایسه زوجی در خصوص، ماندگاری اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی در بیماران بی‌اشتهای روانی با توجه به پیوند والدینی می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد در

گرایش به لاغری تنها طرحواره درمانی در پیوند والدینی مراقبت کم ماندگاری بیشتری داشته است، در پرخوری هم شناخت درمانی و هم طرحواره درمانی در پیوند والدینی مراقبت کم ماندگاری داشته است و در نارضایتی از بدن طرحواره درمانی در پیوند والدینی مراقبت کم ماندگاری بیشتری داشته است. همچنین احتمال آزمون مقایسه زوجی بیانگر عدم معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۵. مقایسه میانگین مربوط به اثربخشی درمان با توجه به پیوند والدینی در بیماران بی‌اشتهای روانی

پیوند		گرایش به لاغری		پرخوری		نارضایتی از بدن	
میانگین	تفاوت	میانگین	تفاوت	میانگین	تفاوت	میانگین	تفاوت
میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
۱۶/۰۹	*۱/۱۲	۱۲/۵۶	۰/۱۸۹	۰/۵۹۳	۱۷/۷۰	۰/۵۱۵	۰/۲۶۷
۱۴/۹۷	*-۱/۱۲	۱۲/۳۷	-۰/۱۸۹		۱۷/۱۸	-۰/۵۱۵	

*در سطح آلفای ۵ صدم معنادار است.

جدول فوق مربوط به اثربخشی درمان با توجه به پیوند والدینی در علائم اختلال خوردن بیماران بی‌اشتهای روانی می‌باشد. همانطور که مشاهده می‌شود در همه علائم پیوند والدینی بیش حمایت‌گر دارای میانگین کمتری بوده است، اما تنها در گرایش به لاغری بین دو پیوند تفاوت میانگین‌ها در سطح آلفای ۵ صدم معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از توصیف علائم اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتهای روانی نشان داد، نارضایتی از بدن و گرایش به لاغری دارای بیشترین امتیاز و پرخوری دارای امتیاز کمتری بوده است. نمره گرایش به لاغری دارای میانگین ۱۶/۹۰، پرخوری ۱۳/۷۱ و نارضایتی از بدن دارای میانگین ۱۸/۸۵ بوده است. حداکثر امتیاز برای گرایش به لاغری و علائم پرخوری ۲۱ و حداقل امتیاز ۰ می‌باشد و برای مؤلفه نارضایتی از تصویر بدن حداکثر امتیاز ۲۷ و حداقل امتیاز ۰ می‌باشد. همانطور که مشاهده می‌شود نارضایتی از بدن دارای بالاترین میانگین بوده است. با توجه به پیوند والدینی نیز نشان داده شد در گرایش به لاغری بیماران دارای پیوند والدینی مراقبت کم و بیش حمایت‌گری نمره کسب‌شده آن‌ها تقریباً برابر بوده است و تا حدود کمی بیماران دارای مراقبت کم نمره بالاتری کسب کردند، اما در پرخوری و نارضایتی از بدن بیماران دارای پیوند والدینی بیش حمایت‌گر دارای نمره بیشتری کسب کردند. در این خصوص می‌توان به پژوهش هادک، رورتی و هنکر (۱۹۹۹) که هم‌راستا با نتیجه حاصل

شده است، اشاره داشت. آنها در پژوهشی به بررسی نقش قومیت و پیوند والدینی در زنان با ملیت آسیایی- آمریکایی و قفقازی که در مورد وزنشان نگران بودند، نشان دادند، زنان آسیایی- آمریکایی نارضایتی بیشتری از وزن خود داشتند و در هر دو گروه، برداشت مراقبت مادرانه کم با سطوح بالاتری از مشکلات غذا خوردن همراه بوده است. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد در گرایش به لاغری، فقط طرحواره درمانی اثربخش بوده است و بین درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی تفاوت معنادار مشاهده گردید. در تعامل پیوند والدینی و اثربخشی درمان نتایج بیانگر تأثیر بیشتر این درمان در بیماران دارای پیوند بیش حمایت‌گر نسبت به مراقبت کم بوده است. همچنین در ماندگاری درمان نتایج بیانگر روند نزولی نبوده است و اختلاف بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبوده است. از پژوهش‌های هم‌راستا با نتیجه بدست آمده می‌توان به پژوهش کوکر و آبرهام (۲۰۱۴) اشاره داشت. نتایج پژوهش ایشان بیانگر شایع بودن نارضایتی از بدن، در میان زنان مبتلا به اختلال خوردن بوده است. در پرخوری و نارضایتی از بدن نیز نشان داده شد، فقط طرحواره درمانی اثربخش بوده است. همچنین تفاوت بین طرحواره درمانی با درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل معنادار گردید که این امر نشان‌گر اثربخشی بالای این روش درمانی در بیماران بی‌اشتهای روانی است. در خصوص تعامل درمان با توجه به پیوند والدینی تفاوت معناداری مشاهده نگردید و بین پیوند والدینی مراقبت کم و بیش حمایت‌گر در ماندگاری درمان تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای مشاهده نشد. در واقع بر طبق نتایج بدست آمده نشان داده شد طرحواره درمانی برای درمان بیماران بی‌اشتهای روانی دارای پیوند والدینی ضعیف (مراقبت کم و بیش حمایت‌گر) اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی و رفتاری است. با توجه به نتیجه بدست آمده این‌گونه استنباط می‌شود که طرحواره درمانی به دلیل نفوذ بر باورهای هسته‌ای و باز والدینی حد و مرزدار، بیشتر بر علائم بیماری تأثیر می‌گذارد. در این راستا، می‌توان به پژوهش‌های ترنر، رز و کوپر، ۲۰۱۱، ۲۰۰۵؛ یانگ و دیگران، ۲۰۰۳؛ فیرچایلد و کوپر، ۲۰۱۰ اشاره داشت که در این پژوهش‌ها بر نقش باورهای هسته‌ای بر اختلال بی‌اشتهایی روانی تأکید داشته است. همچنین نتایج پژوهش گارنر، ویتوسکی و پیک (۱۹۹۷)؛ فایربون، شاتران و کوپر (۱۹۹۹)؛ پیک، والش، ویتوسکی، ویلسون و بائر (۲۰۰۳)؛ فایربون، گوپر، دال، اوکانر، پالمرو و دل‌گراو (۲۰۱۳)؛ کوادی و دیویس (۲۰۱۵) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بیماران بی‌اشتهای روانی با نتایج بدست آمده از این پژوهش هم‌راستا نیست. همچنین با توجه به نظریه روابط موضوعی و دیدگاه روانکاوی نتیجه بدست آمده قابل تبیین است. نظریه روابط موضوعی مربوط به روابط اولیه مادر و کودک است. مبتنی بر این نظریه رفتار فرد تا حدودی بر اساس انتظاراتی است که در اثر تجارب اولیه شکل گرفته است، می‌باشد. به عبارت دیگر، گذشته در یاد انسان باقی می‌ماند و همواره به صورت ناهشیار و به طریق نیرومند بر زندگی او تأثیر می‌گذارد و تنها از طریق کسب بینش و رهایی از این دلبستگی‌های دشوار گذشته است که فرد یاد می‌گیرد به‌گونه‌ای بهنجار رفتار کند. در روند

درمان نشان داده شد بیشترین آسیب بیماران دارای اختلال خوردن مربوط به حوزه بریدگی و طرد است، که طرحواره‌های این حوزه می‌تواند به دلیل برآورده نشدن نیاز بنیادین دلبستگی ایمن (امنیت، ثبات، پرورش و پذیرش) ایجاد شود (یانگ، ۲۰۰۳؛ تاسکا و بالفور، ۲۰۱۴). مادامی که کودک احساس کند مورد عشق و علاقه است می‌تواند به راحتی آنچه را که آسیب‌زا تصور می‌شود (مانند از شیر گرفتن، تنبیه‌های جسمانی گاه و بیگاه)، به خوبی تحمل کند، اما زمانی که والدین از تبعیض، بدقولی، تحقیر، تمسخر، انتقاد و تنبیه غیرمنصفانه بهره می‌برند، کودکان خصومت ناشی از این رفتارهای والدین را سرکوب می‌نمایند و با توجه به دیدگاه روان تحلیل‌گری سرکوبی بیش از حد علل نوروژ است. در نتیجه مکانیسم مقابل آن یعنی واکنش‌سازی و جابجایی در غالب رفتارهای مربوط به اختلال خوردن بروز می‌کند. از سوی دیگر، در فرایند درمان در قسمت نوشتن نامه به والدین که یکی از فنون طرحواره درمانی است و فرصتی است که بیمار احساسات خود را می‌شناسد و حقوقش را بیان می‌کند، بیشتر متن نامه بیماران دارای اختلال بی‌اشتهایی روانی بیانگر وجود مادرانی انتقادگر بود که اصلاً به نیازهای کودک خود توجهی نداشتند و کودک را مشروط و مطابق خواسته خود دوست داشتند. در نتیجه کودک برای رضایت مادر و خوشحالی او تلاش می‌کرد، اما هرگز رضایتی دریافت نمی‌کرد. در اینجا می‌توان این‌گونه استنباط کرد رفتارهای مربوط به اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتهای روانی از یک سو تلاش برای فردی مطلوب و مورد رضایت دیگران بوده است و از سوی دیگر، فرار از دست طرحواره‌های نقص و شرم، محرومیت هیجانی است که به دلیل مورد علاقه نبودن، دوست داشتنی نبودن و عدم امنیت ایجاد شده است. منطبق با نتایج حاصل از فرضیه اثربخشی بالاتر طرحواره درمانی؛ حتی در بیماران بی‌اشتهای روانی که بیماری مقاوم به درمان است، این‌گونه استنباط می‌شود طرحواره درمانی به دلیل نفوذ در عمق شخصیت و شناخت‌واره‌های بیمار از طریق تکنیک‌های شناختی، الگوشکنی رفتاری، تجربی به‌خصوص تصویرسازی ذهنی، بین‌فردی و ایفای نقش والدین توسط درمانگر و از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی برای اختلالات مزمن و دارای سبب‌شناسی چند فاکتور دارای اثربخشی بالاتری است. از پژوهش‌های هم‌راستا با نتیجه بدست آمده می‌توان به پژوهش‌های اینتن و گالان، ۲۰۰۹؛ لیک و متسن، ۲۰۱۳؛ کوپر، هلن، والگر، مورل و موری، ۲۰۰۴ اشاره داشت. در این پژوهش‌ها عملکرد خانواده بر اختلال خوردن تأثیر داشته است. اما اینکه آیا طرحواره درمانی برای درمان بیماران دارای اختلال بی‌اشتهای روانی درمان نهایی است: هر چند بر طبق یافته‌های بدست آمده نتایج بیانگر مضمّن ثمر بودن این روش درمانی است، اما هنوز زود است در این خصوص نتیجه‌گیری کنیم. پژوهش‌های آینده راه را برای چنین نتیجه‌گیری بهتر روشن می‌سازند. رویکرد طرحواره درمانی در پژوهش آفرینی و ایجاد تمایل در متخصص بالینی برای صحت و سقم نظریه‌های درخواستی از این رویکرد تا حدود زیادی موفق بوده است و ناگفته پیداست که به کارگیری تکنیک‌های این رویکرد، با رفتارهای فرهنگی و اجتماعی گره خورده است و باید درمان را منطبق با سایر

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

عوامل زمینه‌ای در نظر داشت. پیشنهاد می‌شود برای این گروه از بیماران با توجه به نقشی که پیوند والدینی در آسیب‌پذیری اختلال دارد، از درمان طرحواره درمانی با رویکرد خانواده استفاده شود. همچنین مطابق با نتایج بدست آمده کیفیت روابط مادر و کودک، به ویژه رابطه مادر و دختر ممکن است در اتیولوژی مشکلات غذا خوردن مهم باشد. به همین منظور، انجام تحقیقات طولی برای بررسی روابط علی این متغیرها پیشنهاد می‌شود. به‌عنوان نکته پایانی یافته‌های بدست آمده از پژوهش حاضر درک درمانگران را از یک مکانیسم احتمالی زمینه‌ای در اختلال خوردن 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.

منابع

- آهی، قاسم (۱۳۸۵). *هنجاریابی نسخه‌ی کوتاه پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم*. مترجم: یحیی سید محمدی. (۱۳۹۳). تهران: انتشارات روان.
- حسینیان، سیمین، نیکان، ماندانا (۱۳۸۹). *تأثیر آموزش شناختی رفتاری (CBT) بر کمال‌گرایی در یک جمعیت غیر بالینی*. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، دوره ۱، شماره ۲، صص ۱۳-۲۸.
- حکیم زاده، رضوان، مسعود لواسانی، غلامعلی، نوروزی، سوده (۱۳۹۳). *اثربخشی آموزش‌های شناختی-رفتاری بر کاهش اهمالکاری دانش‌آموزان*. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۸۸-۸۱، ۵(۴).
- سهرابی، فرامرز، اعظمی، یوسف، دوستیان، یونس (۱۳۹۳). *مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد عادی*. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۷۲-۵۹، ۵(۱).
- شایقیان، زینب، آگیلارد وفایی، ماریا، رسول زاده طباطبایی، سید کاظم (۱۳۹۰). *بررسی طرح‌واره‌ها و پیوند والدینی در دختران نوجوان با وزن طبیعی، چاق و یا دارای علائم بی‌اشتهایی روانی*. مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۶(۱)، ۳۰-۳۸.
- شکوهی یکتا، محسن، اکبری زردخانه، سعید، شهایی، روح الله (۱۳۹۳). *آموزش حل مسئله به مادران و اثربخشی آن بر حل مشکلات خانوادگی و روش‌های فرزند پروری آن‌ها*. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۲-۱، ۵(۴).
- فرتاش، سهیلا (۱۳۹۳). *مدل ساختاری روابط میان سبک‌های فرزند پروری والدین با سبک‌های هویت و تعهد هویت نوجوانان*. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۹۹-۸۱، ۵(۲).
- لطیفیان، مروارید، افروز، غلامعلی، شهسواری، امیر محمد (۱۳۹۳). *رابطه ویژگی‌های شخصیتی مادران با خلاقیت دختران*. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۴۶-۲۹، ۵(۲).

Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). *Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study*. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1302-1308.

- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Pickering, A. (2000). *Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding*. *International Journal of eating disorders*, 28(2), 139-147.
- 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.
- 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.
- Cicmil, N., & Eli, K. (2014). Body image among eating disorder patients with disabilities: A review of published case studies. *Body Image*, 11(3), 266-274
- Coker, E., & Abraham, S. (2014). Body weight dissatisfaction: A comparison of women with and without eating disorders. *Eating behaviors*, 15(3), 453-459.
- 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., Cohen-Tovée, E., Todd, G., Wells, A., & Tovée, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 381-388.
- Cooper, P. J., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J., & Murray, L. (2004). *Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment*. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 210-215.
- Cowdrey, F. A., & Davis, J. (2015). *Response to Enhanced Cognitive Behavioural Therapy in an Adolescent with Anorexia Nervosa*. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 1-6.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behaviour research and therapy*, 73, 79-82.
- Enten, R. S., & Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52(3), 784-787.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). *Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study*. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R2-R8.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). *A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa*. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13.
- Fairchild, H., & Cooper, M. (2010). *A multidimensional measure of core beliefs relevant to eating disorders: Preliminary development and validation*. *Eating behaviors*, 11(4), 239-246.

- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2015). *Mortality in eating disorders-results of a large prospective clinical longitudinal study. International Journal of Eating Disorders*.
- 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.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M., & Pike, K. M. (1997). *Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. Handbook of treatment for eating disorders*, 2, 121-134.
- Hanna, A. C., & Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. *Appetite*, 47(2), 205-211. relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 319-330
- Haudek, C., Rorty, M., & Henker, B. (1999). *The role of ethnicity and parental bonding in the eating and weight concerns of Asian-American and caucasian college women. International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 425-433.
- Jáuregui Lobera, I., Bolaños Ríos, P., & Garrido Casals, O. (2011). *Parenting styles and eating disorders. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 728-735.
- 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.
- 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.
- Lyke Jennifer; Masten Julie. (2013). Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating Behaviors* 14. 497-499.
- Meyer C, Gillings K(۲۰۰۴) . Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *Int J Eat Disord*;35(2):229-33.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders. Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627.
- Norrington, 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.
- Pike, K. M., Walsh, B. T., Vitousek, K., Wilson, G. T., & Bauer, J. (2003). *Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. American Journal of Psychiatry*.

- 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. G., Morrow, E., & Reid, C. (2010). *Group schema therapy for eating disorders: a pilot study*. *Frontiers in psychology*, 1, 182.
- Smink, F. R., Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). *Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents*. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). *Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement*. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). *Attachment and eating disorders: A review of current research*. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The mediating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6(2), 113-118.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. *Journal of psychosomatic research*, 57, 113-116.