

# مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بر باورهای اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتها و پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی

طاهره محمودیان دستنایی<sup>۱</sup>، حمید طاهر نشاط دوست<sup>۲\*</sup>، شعله امیری<sup>۳</sup>، غلامرضا منشی<sup>۴</sup>

۱. دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بهشهر، گروه روانشناسی، بهشهر، ایران.
۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری در باورهای اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتهای و پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی بوده است.

**روش:** روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، روان‌درمانی بالینی و مراکز درمانی چاقی و لاغری شهر تهران که از نظر سنی بین ۱۶ تا ۲۳ سال اند می‌باشد. روش نمونه‌گیری هدفمند است، و ملاک تشخیص برای اختلال، تشخیص روانپزشک بر حسب ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی می‌باشد. بعد از نمونه‌گیری اولیه بیماران از نظر پیوند والدینی غربالگری شدند. زیرا یکی از معیارهای ورود در این پژوهش دارا بودن پیوند ضعیف والدینی (بیش‌حمایت‌گر و مراقبت کم) بوده است. بیماران بی‌اشتهای عصبی از نظر شاخص توده بدنی در رده  $(19 \text{ kg/m}^2 < \text{BMI} \leq 17 \text{ kg/m}^2)$  قرار داشتند و بیماران پراشتهای عصبی با ۳-۱ رفتار جبرانی نامناسب در هفته در نظر گرفته شدند (هر دو گروه در رده خفیف بودند). ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه پیوند والدینی، باور اختلال خوردن و طرح‌واره‌های یانگ (۱۹۹۴) می‌باشد. برای تحلیل فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس عاملی (انکوا) استفاده شد.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد در هر دو گروه بیماران، طرح‌واره‌درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری دارای اثربخشی بالاتری بوده است برای بیماران پراشتهای عصبی درمان شناختی رفتاری نیز اثربخش بوده است اما نسبت به طرح‌واره‌درمانی اثربخشی کمتری داشته است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی بالاتر طرح‌واره‌درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری نباید تصور کرد که برای این بیماران درمان نهایی طرح‌واره‌درمانی است زیرا ناگفته پیداست که به کارگیری تکنیک‌های این رویکرد، با رفتارهای فرهنگی و اجتماعی گره خورده است و باید درمان را منطبق با سایر عوامل زمینه‌ای در نظر داشت.

**کلیدواژه‌ها:** طرح‌واره‌درمانی، درمان شناختی رفتاری، باورهای اختلال خوردن، پراشتهای عصبی، بی‌اشتهای عصبی، پیوند والدینی

\*Email: h.neshat@yahoo.com

\*این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

## روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۶، شماره ۱، پیاپی ۳۰  
بهار و تابستان ۱۳۹۷  
صص: ۳۳-۴۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۲۷

Biannual Journal of

## Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 16, No. 1, Serial 30

Spring & Summer  
2018

pp.: 33-48

## مقدمه

اختلالات غذا خوردن از بیماری‌های روانی مزمن با شیوع در طول عمر در میان زنان در حدود دو درصد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی و حدود سه درصد مبتلایان پراشتهایی عصبی می‌باشند [۱] و گواهی برای افزایش شیوع بیماری می‌باشد [۲]. بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی با یک خطر افزایش یافته علم آسیب‌شناسی روانی، مشکلات پزشکی و مرگ قبل از موعد مرتبط می‌باشد [۳، ۴، ۱]. در سبب شناسی اختلال خوردن عوامل متعددی مانند عوامل زیست‌شناختی<sup>۱</sup> [۶، ۷]، [۵] فرهنگی اجتماعی<sup>۲</sup> [۷، ۸]، رگه<sup>۳</sup> و اختلال‌های شخصیت<sup>۴</sup> [۹، ۱۰]، طرح‌واره‌های شناختی<sup>۵</sup> و باورهای هسته‌ای<sup>۶</sup> [۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱] و متغیرهای پویایی‌شناسی خانواده<sup>۷</sup> [۱۹، ۱۸، ۱۷، ۲۰] مطرح شده‌اند. با این وجود، رابطه‌ی والد-کودک و رفتار مراقبتی ناسالم به عنوان عامل مهم در مدل چندعاملی سبب شناسی اختلال خوردن مورد پذیرش واقع شده است [۲۱، ۲۲، ۲۳]. 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 [۲۴]. تحقیقات نشان داده‌اند روابط خانوادگی ناسالم می‌تواند نقش مهمی در سبب شناسی اختلالات خوردن داشته باشد [۱۷]. در واقع محیط خانواده به عنوان یک فاکتور اجتماعی در توسعه، نقش روابط والد-فرزندی بر اختلالات تغذیه و خوردن، دارای بالاترین اهمیت است [۲۵]. اولین مطالعه مربوط به سلوین پارزولی [۲۶] نشان داد پشتیبانی و حمایت مادرانه بیش از حد، با بی‌اشتهایی عصبی رابطه داشته است، جارگین، بولانوس، گارید [۲۷] در پژوهش دیگر مراقبت ضعیف والدینی در افراد دارای بی‌اشتهایی عصبی مزمن گزارش شده است [۲۸، ۲۹]. همچنین بیان شده است بی‌اشتهایی عصبی مزمن ممکن است مربوط به پیوند والدینی ناسالم، خصوصاً مراقبت سطح پایین مادرانه و والدینی باشد [۳۰، ۲۹]. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند مراقبت‌های والدینی کم و ناکافی همراه با حمایت مادرانه مفرط در میان مادران مبتلا به پرخوری عصبی بسیار شایع گزارش شده است [۲۹].

تلی، مقدم و داسون و رینولدسون [۳۱] در یک مطالعه نظاممند در خصوص نقش پیوند والدینی در اختلالات خوردن

به این نتایج دست یافتند؛ زنانی که مبتلا به اختلالات خوردن می‌باشند از مراقبت‌های والدینی و حمایت والدینی پایینی برخوردارند.

پیوند<sup>۸</sup> به عنوان مجموعه‌ای از رفتارهای تعاملی بین مراقب و کودک مطرح شده که در خدمت کنش<sup>۹</sup> کلی آموزش، کاهش تنیدگی، ارتقای ایمنی<sup>۱۰</sup> و تسهیل بقای فرد قرار دارد [۳۱]. پیوند والدینی توسط پارکر و توپلینگ، و براون [۳۲] در قالب نقش والدین در روابط والد و کودک تعریف شده است. پارکر سهم مادرانه و پدرانه را برای پیوند در دو بعد مراقبت و حمایت تعریف می‌کند، بعد مراقبت از مهربانی، صمیمیت، همدردی گرفته تا سردی احساس، بی‌کفایتی و بی‌توجهی را شامل می‌شود. بعد حمایت از کنترل بیش از حد مفرط، ماندن در عالم کودکی و جلوگیری از رفتار مستقل گرفته تا استقلال و خودمختاری ادامه دارد. بر طبق پژوهش‌های پارکر سهم والدینی در فضای پیوند کودک - والد مورد غفلت واقع شده و یا در بهترین حالت فقط در تئوری دلبستگی لحاظ شده است. لاگاردیا و کوچمن و دسی معتقدند امنیتی که در رابطه‌ی مادر و فرزند احساس می‌شود، در درازمدت به خودباوری و تحول روانی مثبت منجر می‌شود و پس‌خوراند<sup>۱۱</sup> مناسب و محیط حمایت‌گرایانه، احساس شایستگی را در آنها ارتقا می‌بخشد [۳۳].

در تبیین رابطه کودک و مادر و استفاده از راهکارهای ناسازگار بوسیله کودک (مانند اختلال خوردن) یانگ<sup>۱۲</sup> [۳۴] یک سازه سودمند تحت عنوان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مطرح کرد. او بیان داشت که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، نتیجه تجارب بین فردی منفی نخستین سال‌های زندگی در درون و بیرون خانواده است. در مورد اختلالات مربوط به غذا خوردن، بیان شده که تجارب زود هنگام منفی و آسیب‌زا منجر به تشکیل الگوهای ناسازگارانه می‌شود که اغلب با مقاومت در برابر تغییر گره خورده است. به عنوان مثال کودکی که مراقبت مادرانه کمی دریافت می‌کند ممکن است نتیجه بگیرد به این دلیل است که او ذاتاً دارای نقص و عیب است [۳۵]. همچنین نتایج حاصل از تاثیر سر نخ‌های زیر آستانه‌ای طرح‌واره‌هاشده‌گی را بر رفتارهای خوردن نشان داده است که فعال شدن طرح‌واره‌هاشده‌گی، به افزایش مصرف غذا به عنوان روشی برای اجتناب از هیجانات منفی ناشی از آن منجر می‌شود [۳۶، ۳۷، ۲۰].

7 family dynamics  
8 bonding  
9 function  
10 safety  
11 feedback  
12 Young, J. E

1 biological  
2 sociocultural  
3 trait  
4 personality disorder  
5 cognitive schemas  
6 core beliefs

تئوری‌های زیادی درباره رشد اختلال خوردن وجود دارد، تا کنون روش، شناختی رفتاری یکی از موثرترین آنها بوده است [۳۹، ۳۸، ۱۰]. با توجه به الگوی عقلانی - عاطفی ایس، رفتارها و شناخت‌ها تصویر بدنی منفی را ایجاد می‌کنند بر طبق این الگو در بیماران دارای اختلال خوردن پریشانی در مورد تصویر بدن نتیجه‌ای است از افکار غیر منطقی، انتظارات غیر واقعی و تفاسر اشتباه [۴۰]. این رویکرد فرض می‌کند که باورهای غیر کارکردی و نگرانی‌های روانشناختی از تجارب زود هنگام نشأت می‌گیرند؛ مطابق با این الگو اخیراً یک مدل شناختی از اختلالات خوردن پیشنهاد می‌کند که باورهای بیزاری از خود، کلید رشد اختلال خوردن است که از تجارب دوران کودکی نظیر اهمال یا بی تفاوتی والدین نشأت می‌گیرد [۱۲]. البته تئوری شناختی رفتاری تنها موردی نیست که پیشنهاد می‌دهد نقش روابط دشوار بین والد و کودک در اختلال خوردن را بررسی می‌کند، با استفاده از تئوری دلبستگی به عنوان یک چارپوب توصیفی پیشنهاد شده است که پیوندهای مراقبتی ناامن در افراد دارای اختلال خوردن رایج است [۴۱]. نظریه‌های شناختی- رفتاری اختلال خوردن بر نقش باورهای هسته‌ای و طرح‌واره‌ها در توسعه و تداوم اختلال خوردن تأکید می‌کنند [۴۲، ۴۳]. این باورها که از تجارب اولیه و یا در مراحل بعدی زندگی رشد می‌کنند [۱۱] ممکن است در حوزه‌های متفاوتی وجود داشته باشند، اما باورهایی که مربوط به خود هستند، اغلب فرض شده نقش تعیین‌کننده‌ای در آسیب‌شناسی روانی<sup>۱</sup> دارند [۴۵، ۴۴]. والر، دیکسون و اوهانیان [۴۳] نیز برای نشان دادن مرکز شناخت‌های آسیب‌شناسی پرخوری از مفهوم باورهای مرکزی استفاده کرده‌اند، عموماً فرض شده است که باورهای ناسازگار اولیه به استقلال و عملکرد آسیب دیده مربوط است که سبب آسیب‌پذیری شناختی در روابط والد-کودک می‌شود که این خود سبب افزایش ادراک مشکلات تغذیه در دریافت روابط نامناسب و تقویت باورهای ناسازگار اولیه می‌شود. بر اساس تئوری الگویی پیشنهاد شده توسط یانگ طرح‌واره‌ها به دلیل ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی دوره کودکی مانند دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و تفریح، محدودیت واقع‌بینانه و خویشتن‌داری ایجاد می‌شوند [۴۶].

بر طبق این الگو طرح‌واره‌ها در دوران کودکی توسعه می‌یابند و به صورت قالب‌هایی برای پردازش تجارب بعدی به کار گرفته می‌شوند. با انعکاس طرح‌واره‌های ناسازگار اغلب باورهای بی‌قید و شرطی درباره خود شخص ایجاد می‌

شود [۳۱].

تحقیقات نشان داده‌اند طرح‌واره‌درمانی [۲۹، ۴۸، ۴۷] درمان شناختی رفتاری<sup>۲</sup> [۴۹] در کاهش باورها [۵۰] و علائم اختلال خوردن نقش بسزایی دارد. همچنین پژوهشگران دیگر نیز در یافته‌های خود اثر بخشی درمان متمرکز بر طرح‌واره را در کاهش نشانه‌های مرضی اختلالات خوردن تأیید کرده‌اند [۵۱، ۴۷]. درمان اختلالات خوردن یک چالش قابل توجهی به کار با این جمعیت است. بررسی ادبیات درمانی توسط ویلسون، فاربون، والش و کرامر [۵۲] پیشنهاد می‌کند درمان شناختی رفتاری برای بیماران پراشتهای عصبی امیدوارکننده است. این رویکرد تغییرات قابل توجه در رفتار خوردن، پاکسازی، و نگرش‌های غیر طبیعی در مورد شکل بدن و وزن را نشان داده است. در نتیجه نسبت به سایر درمان‌ها موثرتر است. اما در دراز مدت نیاز به پی‌گیری دارد [۵۳]. این مسئله نشان می‌دهد که درمانگر باید تمرکزمان بر شناسایی متغیرهای زمینه‌ای که منجر بازگشت به رفتارهای جبرانی مانند محدودیت غذایی و پاکسازی باشد. با توجه به نقش شناخت در اختلالات خوردن شناسایی باورهای هسته‌ای و طرح‌واره‌های شناختی از مفاهیم قابل بحث می‌باشد. بر همین اساس با توجه به مطالعات انجام شده و نظریه‌های مطرح شده در این پژوهش اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش باورهای اختلال خوردن و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مورد توجه قرار گرفت لذا پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا بکارگیری روش طرح‌واره‌درمانی بر کاهش باورهای اختلال خوردن شکل گرفته توسط پیوند والدینی ضعیف در بیماران دارای اختلال خوردن (بی‌اشتهای عصبی، پراشتهای عصبی) اثر بخش است؟ درمان شناختی رفتاری چگونه؟ آیا بین درمان شناختی رفتاری با طرح‌واره‌درمانی در کاهش باورهای اختلال خوردن تفاوت وجود دارد؟

هدف اصلی پژوهش شناسایی مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری در باورهای اختلال خوردن در بیماران دارای علائم اختلال خوردن با توجه به پیوند والدینی در پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد.

### فرضیه‌های پژوهش

- ۱) بین طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری در باورهای اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتهای عصبی و با توجه به پیوند والدینی تفاوت وجود دارد.
- ۲) بین طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری در باورهای اختلال خوردن در بیماران پراشتهای عصبی و با

<sup>۲</sup> Cognitive and behavioral therapies

<sup>۱</sup> Psychopathology

توجه به پیوند والدینی تفاوت وجود دارد.

## روش

### نوع پژوهش

روش پژوهش حاضر به صورت آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل است.

### آزمودنی

**(الف) جامعه آماری:** جامعه آماری پژوهش حاضر شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، روان درمانی بالینی و مراکز درمانی چاقی و لاغری شهر تهران بود، که از نظر سنی بین ۱۶ تا ۲۳ سال بوده اند.

**(ب) نمونه پژوهش:** روش نمونه گیری به صورت هدفمند می باشد، به این صورت که با مراجعه به این مراکز و دریافت پرونده بیماران، افرادی که دارای اختلال پراشتهایی عصبی و بی‌اشتهایی عصبی می باشند و با توجه به تشخیص روانپزشک بر حسب ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup>، علائم اختلال در آنها مشخص شده است به عنوان افراد نمونه انتخاب شدند. تعداد کل بیماران ۷۱ بیمار بوده است، اما با توجه به اینکه بیمارانی مد نظر بوده است که دارای پیوند والدینی ضعیف می باشند برای غربالگری ابتدا آزمودنی ها پس از اینکه تشخیصی اختلال خوردن در آنها تایید گردید، پرسشنامه پیوند والدینی پارکر<sup>۲</sup>، توپلینگ و براون را پر کردند و فقط آزمودنی هایی که دارای پیوند والدین ضعیف (مراقبت کم و کنترل کننده بیش از حد) بودند، انتخاب گردید. از مجموع ۷۱ بیمار دارای اختلال خوردن، ۶۰ بیمار (۳۹ بیمار پراشتهای عصبی و ۲۱ بیمار بی‌اشتهای عصبی) دارای پیوند والدینی ضعیف بودند.

سپس بیماران انتخاب شده در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل هم‌تاسازی شده اند. معیار های ورود دارا بودن اختلال خوردن با توجه به ملاک های ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، داشتن پیوند ضعیف والدینی (بیش حمایت گر و مراقبت کم) با توجه به پرسشنامه پارکر و همکاران [۳۲] و محدوده سنی ۱۶ الی ۲۳ سال بوده است. معیارهای خروج دارا بودن سایر اختلالات روانپزشکی همراه با اختلال خوردن و سن بالاتر از ۲۳ سال بوده است.

در گروه آزمایش اول مداخله طرح‌واره‌درمانی، در گروه آزمایش دوم مداخله درمان شناختی رفتاری صورت گرفت. در گروه کنترل نیز هیچ مداخله ای صورت نگرفت. به این

صورت که بیماران گروههای آزمایش و کنترل در دو گروه (پراشتهای عصبی و بی‌اشتهای عصبی) در نظر گرفته شدند. بیماران پراشتهای عصبی به در سه گروه، که هر گروه شامل ۱۳ بیمار است به صورت تصادفی قرار گرفتند و بیماران بی‌اشتهای عصبی نیز در سه گروه، که تعداد هر گروه ۷ نفر می باشد با توجه به سن و توده بدنی هم‌تاسازی شدند.

شاخص توده بدنی بر حسب تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر قد بر حسب متر به توان دو به دست آمده است. با توجه به ملاک های تشخیص و طبقه بندی اختلالات روانی ویراست پنجم، بیماران بی‌اشتهای عصبی از نظر شاخص توده بدنی در چهار گروه (خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید) طبقه بندی می شوند [۵۶] لازم به ذکر است در پژوهش حاضر بیماران بی‌اشتهای عصبی با توجه به ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی اختلال تغذیه با خوردن مشخص دیگر<sup>۲</sup> از نوع بی‌اشتهای عصبی نامتعارف قرار داشتند، و از نظر شاخص توده بدنی در رده خفیف ( $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2 < 19 \text{ kg/m}^2$ ) در نظر گرفته شدند؛ برای افراد دارای پراشتهایی عصبی نیز افراد نمونه از نظر شاخص توده بدنی ( $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$ ) بودند و از نظر شدت با توجه به ملاک های تشخیص و طبقه بندی اختلالات روانی ویراست پنجم [۵۶] در چهار گروه (خفیف: به طور متوسط ۳-۱ دوره رفتار جبرانی نامناسب در هفته دارند، متوسط: به طور متوسط ۷-۴ دوره رفتار جبرانی نامناسب در هفته دارند، شدید: به طور متوسط ۱۳-۸ دوره رفتار جبرانی نامناسب در هفته دارند و خیلی شدید: به طور متوسط ۱۴ دوره رفتار جبرانی نامناسب در هفته دارند) که در پژوهش حاضر برای بیماران پراشتهای عصبی نوع خفیف (به طور متوسط ۳-۱ دوره رفتار جبرانی نامناسب در هفته) در نظر گرفته شد.

### ابزارهای پژوهش

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه، ملاک های تشخیصی اختلال بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی بر اساس تشخیص و طبقه بندی اختلالات روانی ویراست پنجم و تشخیص روان پزشکی می باشد. در این پژوهش از سه پرسشنامه استفاده گردید:

**(الف) پرسشنامه پیوند والدینی پارکر<sup>۳</sup>:** برای سنجش پیوند والدینی از ابزار پیوند والدینی استفاده شد. این ابزار، که پارکر، توپلینگ و براون [۳۲] ساختند، سبک های پیوند

<sup>2</sup> Other specified feeding or eating disorder

<sup>3</sup> Parental Bonding Instrument(PBI)

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

۲- وزن و شکل مورد پذیرش دیگران؛

۳- وزن و شکل مورد پذیرش خود؛

۴- کنترل پرخوری.

این پرسشنامه از روایی همگرای بالایی برخوردار است و میان چهار زیرمقیاس و دیگر مقیاس‌های اختلال خوردن همبستگی معناداری وجود دارد [۶۲]. پایایی این آزمون، ضریب آلفای کرونباخ را برای هر عامل بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ ذکر کرده است. زیرمقیاس‌ها با یکدیگر همبستگی معناداری (دامنه‌ای از ۰/۴۷ تا ۰/۷۱) قرار دارند [۶۳]. پایایی این پرسشنامه در مطالعه‌ی شایقیان، با روش تصنیف محاسبه گردید که برای کل آزمون و نیمه اول و دوم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. روایی آزمون مورد بررسی در تحلیل عاملی نشان داد که عوامل به دست آمده در مجموع ۴۶/۲۶ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. همبستگی درونی زیرمقیاس‌ها در پژوهش حاضر، دامنه‌ای از ۰/۳۱ تا ۰/۸۴ را نشان داد [۶۳]. در پژوهش حاضر برای روایی از روایی محتوایی و نظر اساتید و متخصصین استفاده شد و برای پایایی از طریق آزمون آلفای کرونباخ محاسبه شد و نتایج نشان داد خودباوری منفی دارای اعتبار ۰/۸۸، وزن مورد پذیرش دیگران ۰/۸۴۲، وزن مورد پذیرش خود ۰/۷۹۴ و کنترل پرخوری دارای اعتبار ۰/۹۲ می‌باشد.

### ج) فرم کوتاه پرسشنامه‌ی طرح‌واره‌های یانگ<sup>۵</sup>:

این ابزار به بررسی باورهای مرکزی یا طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌پردازد. نسخه‌ی اصلی پرسشنامه طرح‌واره‌ها را یانگ و براون (۱۹۹۴) برای اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ساختند، اما فرم کوتاه آن در سال ۱۹۹۸ به وسیله‌ی یانگ برای اندازه‌گیری ۱۵ طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه ساخته شده است. این ابزار خود توصیفی است و شامل ۷۵ سوال شش گزینه‌ای می‌باشد که طرح‌واره‌ها در پنج حوزه طبقه‌بندی می‌شوند [۶۴].

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه در مطالعه‌ی اسمیت و همکاران در سال ۱۹۹۵ ارائه شد. در این مطالعه، ضریب آلفا از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ برای هر طرح‌واره ناسازگار اولیه به دست آمد و ضریب آزمون-بازآزمون<sup>۸</sup> در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمد [۶۵].

در نمونه‌ی بالینی مطالعه حاضر نتایج آزمون آلفای کرونباخ نشان داد حوزه بریدگی و طرد دارای اعتبار ۰/۸۳۸، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۹۴۹، محدودیت‌های

والدینی را می‌سنجد. این مقیاس، ابزاری گذشته‌نگر است و برای نوجوانان بالای ۱۶ سال کاربرد دارد. برای استفاده از این ابزار که دارای ۲۵ سوال چهارگزینه‌ای و سه زیرمقیاس مراقبت، حمایت‌کنندگی بیش از حد و تشویق آزادی رفتاری است [۵۷] 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، بازتاب والدینی گرم، مهربان و همدل 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 کودکشان همیشه بچه بماند. از سوی دیگر، نمرات پایین در مقیاس حمایت‌کنندگی بیش از حد، منعکس‌کننده‌ی والدینی است که به کودک آزادی می‌دهند و اسباب استقلال آنها را فراهم می‌آورند [۵۸]. بررسی‌های اولیه‌ی پایایی آزمون به وسیله‌ی پارکر [۵۹] 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 [۵۸].

لویی<sup>۱</sup> [۶۰] پایایی آزمون را از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس حمایت‌کنندگی بیش از حد ۰/۸۷ به دست آورد. این ابزاری دارای روایی همگرای<sup>۲</sup> بالایی است و مستقل از حالات خلقی می‌باشد. در این پژوهش، همبستگی درونی زیرمقیاس‌ها با هم محاسبه شد و ۰/۵۵ به دست آمد. پایایی آزمون از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۸، برای مراقبت ۰/۹۰ و برای حمایت‌کنندگی بیش از حد ۰/۸۲ به دست آمد.

### ب) پرسشنامه‌ی باور اختلال خوردن<sup>۳</sup>: این

پرسشنامه را کوپر، کوهن-تووی<sup>۴</sup>، توده<sup>۵</sup>، ولز<sup>۶</sup> و تووی [۶۱] برای ارزیابی تصورات و باورهای همراه اختلالات خوردن ساختند. گزینه‌های این پرسشنامه طوری تنظیم شده است که جایگاه فرد را در هر پرسش روی یک مقیاس ۱۰۰ درجه‌ای؛ از «صفر» («اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند») تا ۱۰۰ («کاملاً در مورد من صدق می‌کند») مشخص می‌کند. فرم اصلی پرسشنامه باورهای اختلال خوردن دارای ۳۲ سوال و چهار زیرمقیاس می‌باشد که عبارتند از:

۱- خودباوری منفی؛

<sup>5</sup> Todd

<sup>6</sup> Wells

<sup>7</sup> Young Schema Questionnaire-Short Form (YQ-S)

<sup>8</sup> test-retest reliability

<sup>1</sup> Lewis, J. A.

<sup>2</sup> Convergent validity

<sup>3</sup> Eating Disorders Belief Questionnaire (EDBQ)

<sup>4</sup> Choen-Tovee

مختل ۰/۷۶۸، دیگر جهت مندی ۰/۷۲۶ و گوش بزنگی و بازداري ۰/۷۵۸ می باشد.

### شیوه انجام پژوهش

در این طرح قبل از مداخله، پیش آزمون (پرسشنامه باورهای اختلال خوردن) اجرا شد، سپس مداخله برای گروههای آزمایش اول و دوم (درمان طرح‌واره برای گروه آزمایش اول و درمان شناختی رفتاری برای گروه آزمایش دوم) اجرا گردید و برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. بعد از پایان جلسات درمانی (۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) پس آزمون اجرا گردید و در نهایت پس از گذشت ۳ ماه از

پایان درمان آزمون پیگیری (اجرای مجدد آزمون) انجام شد. برای طرح‌واره‌درمانی در طرح درمان از الگوی پیشنهادی یانگ کلسکو و یشار [۱۱] استفاده گردید. طرح درمان شناختی رفتاری برای اختلال خوردن توسط مورفی، استروبر، کوپر و فایربورن<sup>۱</sup> [۳۸] طراحی شده است، در این مطالعه از ترکیب پروتکل طراحی شده مورفی و همکاران و تکنیک‌های شناختی رفتاری لهی و همکاران [۵۴] استفاده گردید. در واقع پروتکل درمانی اختلال خوردن شبیه به پروتکل درمانی بیماران اضطرابی است [۵۵]. پروتکل درمانی در جداول ۱ و ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۱. خلاصه‌ای از طرح درمان طرح‌واره برای بیماران دارای اختلال خوردن

جلسات	هدف	تعیین دستور جلسه	آموزش تکنیک و طراحی تکلیف
جلسات ۳-۱	برقراری رابطه درمانی سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی طرح‌واره‌ها و فرمول بندی مشکل طبق رویکرد طرح‌واره	مدل و اهداف طرح‌واره درمانی به زبانی ساده و شفاف به بیمار آموزش داده شد	تمامی اطلاعات بدست آمده در فرم مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرح‌واره‌درمانی جمع بندی
جلسات ۴-۶	شناسایی طرح‌واره‌ها و به کارگیری تکنیک‌های شناختی، چالش با طرح‌واره‌ها	شناسایی و چالش با طرح‌واره‌ها، آموزش تکنیک‌های شناختی	آموزش تکنیک‌های شناختی و تجربی
جلسات ۷-۹	به کارگیری تکنیک‌های هیجانی (تجربی)	در هر جلسه بسته به موضوعات جلسات و تکالیف، دستور جلسه تعیین شد.	آموزش تکنیک‌های تجربی (هیجانی) و الگو شکنی رفتاری
جلسات ۱۰-۱۲	ترغیب بیماران برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد	به بحث و تبادل نظر پیرامون چگونگی رهاسازی رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار	آموزش تکنیک‌های الگو شکنی

جدول ۲. خلاصه‌ای از طرح درمان شناختی رفتاری برای بیماران دارای اختلال خوردن

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

<sup>1</sup> Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G.

### شیوه تحلیل داده‌ها

پارامتریک از آماره کوواریانس عاملی (انکوا) با استفاده از نرم افزار "اس. پی. اس. اس." فرضیه‌ها مورد آزمون قرار گرفت.

پس از استخراج با توجه به برقرار بودن شرط آزمون‌های

### نتایج

جدول ۳. توصیف آماری متغیرهای دموگرافی

گروه‌های بیمار	میانگین	میانه	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
سن	۱۸/۸۷	۱۸/۶۰	۱/۶۹	۲۲	۱۶
بی‌اشتهای عصبی	۱۸/۶۱	۱۸/۵۰	۱/۵۵	۲۲	۱۶
پراشتهای عصبی	۱۷/۱۱	۱۷/۱۹	۰/۶۶	۱۹/۲۰	۱۷/۰۲
توده‌ی بدنی	۳۰/۸۴	۳۰/۴۶	۱/۵۸	۳۴/۵۵	۲۷/۰۲
بی‌اشتهای عصبی					
پراشتهای عصبی					

عصبی کمترین توده بدنی ۲۷/۰۲ و بیشترین ۳۴/۵۵ بوده است.

**فرضیه اول:** بین طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری در باورهای اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه درجداول ۴، ۵، ۶ به صورت خلاصه شده ارائه شده است.

جدول ۳ مربوط به توصیف آماری سن و توده بدنی بیماران بی‌اشتهای عصبی و پراشتهای عصبی است، همانطور که مشاهده می‌شود در بیماران بی‌اشتهای عصبی میانگین سن برابر با ۱۷/۸۷ و توده بدنی ۱۷/۱۱ است، و بیماران پر اشتهای عصبی میانگین سنشان ۱۸/۶۱ و توده بدنی ۳۰/۸۴ می‌باشد. حدود سن بیماران بین ۱۶ تا ۲۲ سال می‌باشد، در بیماران بی‌اشتهای عصبی پایین‌ترین توده بدنی ۱۷/۰۲ و بالاترین توده بدنی ۱۹/۲۰ است و در بیماران پراشتهای

جدول ۴. آزمون کواریانس عاملی مربوط به اثر فاکتورهای بین گروهی

باورهای	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
منفی	قبل از مداخله	۲۰۹/۶	۱	۲۰۹/۶	۳۴/۵۸**	۰/۰۰۱	۰/۷۱۲
	گروهها	۲۱۵/۸۷	۲	۱۰۷/۹۴	۱۷/۸۱**	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸
	پیوند	۰/۰۵۴	۱	۰/۰۵۴	۰/۰۰۹	۰/۹۳۶	۰/۰۰۱
	گروه و پیوند	۰/۰۸۶	۲	۰/۰۴۳	۰/۰۰۷	۰/۹۹۳	۰/۰۰۱
	خطا		۱۴	۶/۰۶	-	-	-
مورد پذیرش دیگران	قبل از مداخله	۷۱/۷۲	۱	۷۱/۷۲	۱۱/۴۲**	۰/۰۰۴	۰/۴۴۹
	گروهها	۱۷۰/۰۶	۲	۸۵/۳۰	۱۱/۵۸**	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰
	پیوند	۲۷/۵۰	۱	۲۷/۵۰	۴/۳۸	۰/۰۵۵	۰/۲۳۸
	گروه و پیوند	۵۰/۵۲	۲	۲۵/۲۶	۴/۰۲*	۰/۰۴۲	۰/۳۶۵
	خطا	۸۷/۹۰	۱۴	۶/۲۷	-	-	-
مورد پذیرش دیگران	قبل از مداخله	۸۰/۷۷	۱	۸۰/۷۷	۸/۲۵*	۰/۰۱۲	۰/۳۷۱
	گروهها	۹۹/۷۰	۲	۴۹/۸۵	۵/۰۹*	۰/۰۲۲	۰/۴۲۱
	پیوند	۳۳/۹۶	۱	۳۳/۹۶	۳/۴۷	۰/۰۸۴	۰/۱۹۹
	گروه و پیوند	۴۴/۲۶	۲	۲۲/۱۳	۲/۲۶	۰/۱۴۱	۰/۲۴۴
	خطا	۱۳۶/۹۳	۱۴	۹/۷۸	-	-	-
کمترین	قبل از مداخله	۱۹۷/۹۳	۱	۱۹۷/۹۳	۷۱/۴۷**	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶
	گروهها	۲۹۳/۶۶	۲	۱۴۶/۸۳	۵۳/۰۲**	۰/۰۰۱	۰/۸۸۳
	پیوند	۱۲۲/۰۵	۱	۱۲۲/۰۵	۴۴/۰۷**	۰/۰۰۱	۰/۷۵۹
	گروه و پیوند	۱۶۷/۵۷	۲	۸۳/۷۹	۳۰/۲۵**	۰/۰۰۱	۰/۸۱۲
	خطا	۳۸/۷۷	۱۴	۲/۷۶	-	-	-

\* معنادار در سطح آلفای ۰/۰۵. \*\* معنادار در سطح آلفای ۰/۰۰۱ درصد

آزمون) رابطه دارد. پس از تعدیل نمرات پیش آزمودن، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود داشته است، بدین صورت که میزان اثر در مولفه خوددبآوری منفی برابر با: (partial  $\eta^2 = ۰/۷۱۸$ ،  $p < ۰/۰۰۱$ ،  $f = ۱۷/۸۱$ ) در مولفه وزن مورد پذیرش دیگران:

نتایج آزمون اثر فاکتورهای بین آزمودنی‌های مربوط به بیماران بی‌اشتهای عصبی در جدول ۴ نشان داده شد، همانطور که ملاحظه می‌شود، در همه مولفه‌ها متغیر تصادفی کمکی (قبل از مداخله) معنادار است، یعنی نمرات پیش آزمون بیماران به طور معناداری با متغیر وابسته (پس

در نتایج حاصل از اثر تعامل پیوند والدینی و گروه نشان داده شد در مولفه وزن مورد پذیرش دیگران و کنترل پرخوری به ترتیب میزان احتمال آماره  $f$  برابر با:

$$(f = ۴/۰۲, p = ۰/۰۴۲ < ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۳۶۵)$$

و برای کنترل پرخوری برابر با:

$$(f = ۳۰/۲۵, p = ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۸۱۲)$$

معنادار است. یعنی بین اثر بخش درمان با توجه به پیوند والدینی تفاوت وجود دارد. همانطور که مشاهده می شود در همه مولفه ها بین گروهها تفاوت وجود دارد و میزان تفاوت ها را آزمون تعقیبی بنفورنی در جدول ۵ نشان داده است.

$$(f = ۱۱/۵۸, p = ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۶۶۰)$$

در مولفه وزن مورد پذیرش خود:

$$(f = ۵/۰۹, p = ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۴۲۱)$$

و در مولفه کنترل پرخوری میزان  $f$  برابر با:

$$(f = ۵۳/۰۲, p = ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۸۸۳)$$

می باشد.

همچنین میزان احتمال آماره  $f$  برای پیوند والدینی در مولفه خودباوری منفی، وزن مورد پذیرش خود و دیگران معنادار نیست اما برای مولفه کنترل پرخوری در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار است.

$$(f = ۴۴/۰۷, p = ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵, \eta^2 = ۰/۷۵۹)$$

جدول ۵. آزمون بنفورنی مربوط به مقایسه اثربخشی درمان در باورهای اختلال خوردن بیماران بی اشتهاهی عصبی

سطح معناداری	تفاوت میانگین ها	گروه ها		میانگین تعدیل شده	باورها
		J	I		
۰/۰۳۷	۲/۲۹*	طرح‌واره‌درمانی	شناختی-رفتاری	۷۸/۵۱	خودباوری منفی
۰/۰۰۷	-۳/۵۸*	کنترل	طرح‌واره‌درمانی	۷۶/۲۲	
۰/۰۰۱	-۵/۸۸*	کنترل	طرح‌واره‌درمانی	۶۶/۳۴	وزن موردپذیرش دیگران
۰/۰۲۱	۲/۶۲*	طرح‌واره‌درمانی	شناختی-رفتاری	۶۳/۷۲	
۰/۰۷۷	-۲/۶۱	کنترل	طرح‌واره‌درمانی	۸۱/۳۲	موردپذیرش خود
۰/۰۰۱	-۵/۲۳*	کنترل	طرح‌واره‌درمانی	۷۹/۶۵	
۰/۲۰۴	۱/۶۷	طرح‌واره‌درمانی	شناختی-رفتاری	۶۱/۳۸	کنترل پرخوری
۰/۰۹۷	-۲/۳۲	کنترل	طرح‌واره‌درمانی	۵۷/۳۷	
۰/۰۰۷	-۳/۹۹*	کنترل	طرح‌واره‌درمانی		
۰/۰۰۱	۴/۰۱*	طرح‌واره‌درمانی	شناختی-رفتاری		
۰/۰۶۷	-۲/۸۰*	کنترل	طرح‌واره‌درمانی		
۰/۰۰۱	-۶/۸۱*	کنترل	طرح‌واره‌درمانی		

\* معنادار در سطح آلفای ۰/۰۵. \*\* معنادار در سطح آلفای ۱ درصد

تفاوتی مشاهده گردید اما در مولفه وزن مورد پذیرش دیگران بین دو درمان اختلاف معناداری مشاهده نشد.

نتایج جدول ۶ مربوط به آزمون مقایسه زوجی در خصوص، ماندگاری اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره‌درمانی در بیماران بی اشتهاهی عصبی با توجه به پیوند والدینی می باشد، نتایج نشان می دهد در مولفه خود باوری منفی، ماندگاری درمان شناختی رفتاری در بیماران دارای پیوند والدینی مراقبت کم بیشتری است، اما در طرح‌واره‌درمانی در هر دو پیوند ضعیف والدینی (بیش حمایت گری و مراقبت کم) درمان ماندگار بوده است. در مولفه وزن مورد پذیرش دیگران ماندگاری هر دو درمان برای بیماران دارای پیوند والدینی مراقبت کم بالاتر بوده است.

جدول ۵ مربوط به آزمون بنفورنی می باشد، در این آزمون فرض صفر بیانگر عدم اختلاف بین گروه کنترل و آزمایش است و فرض خلاف بیانگر اختلاف بین گروه کنترل و آزمایش و اختلاف بین گروههای آزمایش (طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری) با یکدیگر است، همانطور که مشاهده می شود، در مولفه خود باوری منفی هم درمان شناختی رفتاری و هم طرح‌واره‌درمانی موثر بوده است و طرح‌واره‌درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری دارای اثربخشی بیشتری بوده است اما در مولفه وزن مورد پذیرش خود، وزن موردپذیرش دیگران و کنترل پرخوری فقط طرح‌واره‌درمانی اثربخش بوده است. در این مولفه ها وزن مورد پذیرش خود و کنترل پرخوری بین گروه آزمایش اول (شناختی رفتاری) و گروه آزمایش دو (طرح‌واره‌درمانی)



جدول ۶. مربوط به ماندگاری اثر بخشی درمان در باورهای اختلال خوردن بیماران بی‌اشتهای عصبی

کنترل پرخوری		وزن مورد پذیرش خود		وزن مورد پذیرش دیگران		خودباوری منفی		متغیر	
پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	نوع درمان و پیوند والدینی	
۶۲/۰۰	۶۲/۱۸	۸۲/۰۰	۸۱/۰۴	۶۶/۷۶	۶۶/۹۸	۷۷/۷۴	۷۹/۲۱	مراقبت کم	درمان شناختی رفتاری
۶۰/۶۴	۶۰/۷۲	۸۰/۶۷	۸۱/۵۹	۶۵/۵۹	۶۶/۰۳	۷۸/۷۱	۷۸/۴۰	بیش حمایتگر	
۶۱/۳۲	۶۱/۴۴	۸۱/۳۳	۸۱/۳۱	۶۶/۱۸	۶۶/۵۱	۷۸/۲۲	۷۸/۸۱	کل	
۶۱/۸۳	۶۲/۵۳	۷۶/۹۰	۷۷/۱۹	۶۰/۶۹	۶۱/۹۳	۷۶/۶۹	۷۶/۶۹	مراقبت کم	طرح‌واره‌درمانی
۵۱/۹۵	۵۳/۱۸	۸۲/۱۳	۸۲/۴۰	۶۵/۶۷	۶۶/۲۹	۷۶/۲۴	۷۶/۲۴	بیش حمایتگر	
۵۶/۸۹	۵۷/۸۶	۷۹/۵۱	۷۹/۷۹	۶۳/۳۳	۶۴/۱۱	۷۵/۹۸	۷۶/۴۶	کل	
۶۰/۸۰	۶۱/۱۶	۸۱/۴۸	۸۱/۶۰	۶۶/۱۴	۶۶/۵۳	۷۸/۷۶	۷۹/۱۳	مجموع	
۰/۳۵۷*	-	۰/۱۱۶	-	۰/۳۹۲*	-	۰/۳۶۷	-	(تفاوت میانگین‌ها) بعد از مداخله	
۰/۰۳۷	-	۰/۵۳۳	-	۰/۰۳۲	-	۰/۴۸۵	-	پیگیری	

\* معنادار در سطح آلفای ۰/۰۵. \*\* معنادار در سطح آلفای ۱ درصد

ماندگاری بالاتری داشته است.

**فرضیه دوم:** بین طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری در باورهای اختلال خوردن در بیماران پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی تفاوت وجود دارد. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه در جداول ۷، ۸ و ۹ به صورت خلاصه شده ارائه شده است.

در مولفه وزن مورد پذیرش خود درمان شناختی رفتاری در پیوند والدینی مراقبت کم اثر بخش نبوده است و فقط در پیوند بیش حمایت‌گری موثر بوده است اما در طرح‌واره‌درمانی، برای هر دو پیوند والدینی اثر بخش بوده است. در مولفه کنترل پرخوری درمان شناختی رفتاری در هر دو پیوند ماندگاری بالایی نداشته است اما طرح‌واره‌درمانی برای هر دو پیوند مخصوص پیوند والدینی بیش حمایت‌گری

جدول ۷. آزمون کواریانس عاملی مربوط به اثر فاکتورهای بین‌گروهی

باورها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
وزن مورد پذیرش خود	قبل از مداخله	۳۷۰/۷۴	۱	۲۷۰/۷۴	۱۳/۶۰**	۰/۰۰۱	۰/۲۹۸
	گروه‌ها	۱۲۹۱/۴۴	۲	۶۴۵/۷۲	۳۲/۴۳**	۰/۰۰۱	۰/۶۷۰
	پیوند	۴۶/۷۴	۱	۴۶/۷۴	۲/۳۴	۰/۱۳۵	۰/۰۶۸
	گروه و پیوند	۹۷/۵۴	۲	۴۸/۷۷	۲/۴۵	۰/۱۰۲	۰/۱۳۳
	خطا	۶۳۷/۰۵	۳۲	۱۹/۹۱	-	-	-
وزن مورد پذیرش دیگران	قبل از مداخله	۱۹۸/۶۳	۱	۱۹۸/۶۳	۷/۲۶*	۰/۰۱۱	۰/۱۸۵
	گروه‌ها	۱۳۹۳/۱۸	۲	۶۹۶/۵۹	۲۵/۴۶**	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
	پیوند	۹۴/۱۶	۱	۹۴/۱۶	۳/۴۴	۰/۰۷۳	۰/۰۹۷
	گروه و پیوند	۴۸/۳۲	۲	۲۴/۱۶	۰/۸۸۳	۰/۴۲۳	۰/۰۵۲
	خطا	۸۷۵/۲۹	۳۲	۲۷/۳۵	-	-	-
کنترل پرخوری	قبل از مداخله	۱۵۵/۹۱	۱	۱۵۵/۹۱	۵/۱۶*	۰/۰۳۰	۰/۱۳۹
	گروه‌ها	۱۹۲۴/۰۳	۲	۹۶۲/۰۱	۳۱/۸۵**	۰/۰۰۱	۰/۶۶۶
	پیوند	۱۲۵/۳۴	۱	۱۲۵/۳۴	۴/۱۵	۰/۰۴۹	۰/۱۱۵
	گروه و پیوند	۴۹/۴۱	۲	۲۴/۷۱	۰/۸۱۸	۰/۴۵۰	۰/۰۴۹
	خطا	۹۶۶/۵۵	۳۲	۳۰/۲۱	-	-	-
کنترل پرخوری	قبل از مداخله	۵/۲۳	۱	۵/۲۳	۰/۲۶۸	۰/۶۰۹	۰/۰۰۸
	گروه‌ها	۹۶۵/۷۲	۲	۴۸۲/۸۵	۲۴/۶۵**	۰/۰۰۱	۰/۶۰۶
	پیوند	۳۰/۱۱	۱	۳۰/۱۱	۱/۵۳	۰/۲۲۴	۰/۰۴۶
	گروه و پیوند	۳۵/۳۵	۲	۱۷/۶۷	۰/۹۰۳	۰/۴۱۶	۰/۰۵۳
	خطا	۱۹/۵۸	۳۲	۱۹/۵۸	-	-	-

\* معنادار در سطح آلفای ۰/۰۵. \*\* معنادار در سطح آلفای ۱ درصد

مولفه خود باوری منفی، وزن مورد پذیرش خود و وزن مورد پذیرش دیگران؛ متغیر تصادفی کمکی (قبل از مداخله)

نتایج آزمون اثر فاکتورهای بین آزمودنی مربوط به بیماران پراشتهای عصبی در جدول ۷ نشان داده شد، در

میزان احتمال آماره  $f$  برابر با:  
 $(\eta^2 = 0/606, p = 0/001 < 0/05, f = 24/65)$  می باشد.  
 همچنین میزان احتمال آماره  $f$  برای پیوند والدینی در مولفه خودباوری منفی، وزن مورد پذیرش دیگران و کنترل پرخوری معنادار نیست اما برای مولفه وزن مورد پذیرش خود ( $0/606$ ،  $\eta^2 = 0/05, p = 0/049 < 0/05, f = 4/15$ ) در سطح آلفای  $0/05$  معنادار است. همانطور که مشاهده می شود در همه مولفه ها بین گروهها تفاوت وجود دارد در نتیجه از طریق آزمون تعقیبی بنفورنی (آزمون های مقابله ها) در زیل اختلاف بین گروهها با توجه به میانگین های تعدیل شده نمایش داده شده است.

معنادار است، یعنی نمرات پیش آزمون بیماران به طور معناداری با متغیر وابسته(پس آزمون) رابطه دارد. پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های گروه(درمان ها) وجود داشته است، بدین صورت که میزان اثر در مولفه خود باوری منفی برابر با:

$$(f = 32/43, p = 0/001 < 0/05, \eta^2 = 0/670)$$

در مولفه وزن مورد پذیرش دیگران:

$$(f = 25/46, p = 0/001 < 0/05, \eta^2 = 0/614)$$

در مولفه وزن مورد پذیرش خود:

$$(f = 31/85, p = 0/001 < 0/05, \eta^2 = 0/666)$$

می باشد اما در مولفه کنترل پرخوری متغیر تصادفی کمکی(قبل از مداخله) معنادار نیست و بدون اثر پیش آزمون،

جدول ۸. آزمون بنفورنی مربوط به مقایسه ی اثربخشی درمان در باورهای اختلال خوردن بیماران پراشتهای عصبی

سطح معناداری	تفاوت میانگین ها	گروه ها		میانگین	باورها
		J	I		
0/097	2/34	طرح‌واره‌درمانی	شناختی رفتاری	72/77	خودباوری منفی
0/001	-7/90*	کنترل	کنترل	70/43	
0/340	1/84	طرح‌واره‌درمانی	شناختی رفتاری	74/21	وزن
0/001	-8/57*	کنترل	کنترل	72/35	
0/036	3/72*	طرح‌واره‌درمانی	شناختی رفتاری	77/53	وزن
0/001	-8/95*	کنترل	کنترل	73/81	
0/151	2/00	طرح‌واره‌درمانی	شناختی رفتاری	76/41	کنترل
0/001	-6/81*	کنترل	کنترل	74/41	

\* معنادار در سطح آلفای 0/05. \*\* معنادار در سطح آلفای 0/01 درصد

نسبت به بیش حمایت گری ماندگاری بیشتری داشته است اما اثر بخشی درمان طرح واره‌درمانی در هر دو پیوند والدینی(مراقبت کم و بیش حمایت گری) ماندگارتر بوده است. در مولفه وزن مورد پذیرش خود درمان شناختی رفتاری در هر دو پیوند

والدینی ماندگاری ضعیفی داشته است، اما اثر بخشی طرح واره‌درمانی در هر دو پیوند والدینی(مراقبت کم و بیش حمایت گر)ماندگارتر بوده است. در مولفه کنترل پرخوری درمان شناختی رفتاری در هر دو پیوند والدینی ماندگاری ضعیفی داشته است، اما اثر بخشی طرح واره‌درمانی در هر دو پیوند والدینی (مراقبت کم و بیش حمایت گر) ماندگارتر بوده است. در مجموع نشان داده شد در بیماران پراشتهای عصبی ماندگاری درمان شناختی رفتاری دارای سیر نزولی بوده است اما طرح‌واره‌درمانی دارای سیر صعودی بوده است.

همچنین از بین مولفه های مربوط به باورهای اختلال خوردن در مولفه وزن مورد پذیرش دیگران ماندگاری درمان نسبت به سایر مولفه ها بالاتر بوده است و میزان اختلاف نمرات بعد از مداخله و پیگیری معنادار است.

جدول ۸ مربوط به آزمون بنفورنی می باشد. همانطور که مشاهده می شود، در همه مولفه ها، هم درمان شناختی رفتاری و هم طرح‌واره‌درمانی اثر بخش بوده است، در مولفه وزن مورد پذیرش خود بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری با طرح واره‌درمانی تفاوت معنادار وجود داشته است و طرح واره‌درمانی موثرتر بوده است. اما در مولفه خود باوری منفی و کنترل پرخوری و وزن مورد پذیرش دیگران بین اثر بخشی طرح واره‌درمانی و درمان شناختی رفتاری تفاوت معنادار مشاهده نگردید.

نتایج جدول ۹ مربوط به آزمون مقایسه زوجی در خصوص، ماندگاری اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره‌درمانی در بیماران پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی می باشد، نتایج نشان می دهد در مولفه خود باوری منفی در بیماران دارای پیوند والدینی (مراقبت کم و بیش حمایت گری) ماندگاری درمان ضعیف بوده است اما در طرح واره‌درمانی هم در پیوند والدینی بیش حمایت گری و هم مراقبت کم درمان ماندگارتر بوده است. در مولفه وزن مورد پذیرش دیگران درمان شناختی رفتاری در پیوند مراقبت کم

جدول ۹. مربوط به ماندگاری اثر بخشی درمان در باورهای اختلال خوردن بیماران پراشتهای عصبی

متغیر		خودباوری منفی		وزن مورد پذیرش دیگران		وزن مورد پذیرش خود		کنترل پر خوری	
نوع درمان و پیوند والدینی		بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری
درمان شناختی رفتاری	مراقبت کم	۷۴/۷۶	۷۵/۵۴	۷۶/۱۱	۷۵/۸۰	۷۹/۸۶	۸۰/۱۵	۷۷/۷۸	۷۸/۴۲
	بیش حمایتگر	۷۰/۱۸	۷۰/۶۲	۷۲/۱۰	۷۲/۸۰	۷۴/۷۸	۷۵/۳۲	۷۴/۶۷	۷۴/۷۸
	کل	۷۲/۴۷	۷۳/۰۸	۷۴/۱۱	۷۴/۳۰	۷۷/۳۲	۷۷/۷۴	۷۶/۲۳	۷۶/۶۰
طرح‌واره‌درمانی	مراقبت کم	۷۱/۴۹	۷۱/۳۵	۷۴/۵۶	۷۳/۹۸	۷۵/۹۵	۷۴/۸۸	۷۵/۳۲	۷۴/۶۹
	بیش حمایتگر	۶۹/۶۲	۶۹/۳۵	۷۱/۰۷	۶۹/۸۱	۷۲/۹۲	۷۱/۴۹	۷۴/۱۸	۷۳/۴۵
	کل	۷۰/۵۵	۷۰/۳۰	۷۲/۸۲	۷۱/۸۹	۷۴/۴۴	۷۳/۱۹	۷۴/۷۵	۷۴/۰۷
مجموع		۷۴/۶۳	۷۴/۶۲	۷۶/۶۱	۷۶/۲۸	۷۹/۳۸	۷۹/۱۷	۷۸/۰۸	۷۷/۹۴
(تفاوت میانگین ها) بعد از مداخله		-	۰/۱۲	-	۰/۳۲۷*	-	۰/۲۱۴	-	۰/۱۴۰
		-	۰/۹۶۹	-	۰/۵۰	-	۰/۳۲۰	-	۰/۳۴۲
پیگیری		-	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-	-

\* معنادار در سطح آلفای ۰/۰۵ \*\* معنادار در سطح آلفای ۱ درصد

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد در غربالگری اولیه از کلیه بیمار مراجعه کننده به مراکز درمانی ۷۱ بیمار با توجه به ویراست پنجم ملاک های تشخیصی آماری اختلالات روانی دارای اختلال پراشتهایی و کم اشتهايي تشخیص داده شدند. در غربالگری دوم که برای تشخیص پیوند ضعیف والدینی با توجه به پرسشنامه پارکر و همکاران [۳۲] انجام گرفت، ۶۰ بیمار دارای پیوند والدینی ضعیف بوده اند، که از این تعداد ۳۹ بیمار (۶۵٪) مبتلا به پراشتهایی عصبی و ۲۱ بیمار (۳۵٪) مبتلا به بی اشتهايي عصبی بودند. در بیماران پر اشتهايي عصبی ۶۹/۲۳٪ دارای پیوند والدینی بیش حمایت گری و ۳۰/۷۶٪ در رده مراقبت کم قرار داشتند، در بیماران بی اشتهايي عصبی ۶۱/۹٪ دارای پیوند والدینی مراقبت کم و ۳۸/۰۹٪ در رده بیش حمایت گری قرار داشتند؛ همانطور که ملاحظه می شود بیشتر بیماران بی اشتهايي عصبی در رده مراقبت کم و بیماران پراشتهای عصبی در رده بیش حمایت گری قرار دارند. همسو با نتیجه بدست آمده می توان به مطالعه بولیک، سالوان، فار و پیکرنیک [۳۰]، اسوانسون و همکاران، [۲۹]، تازی، سالیوان، فائر، مکنزی و همکاران [۲۸]، اشاره داشت. ایشان در پژوهش های خود نشان دادند بی اشتهايي عصبی مزمین ممکن است مربوط به پیوند والدینی ناسالم، خصوصاً مراقبت سطح پایین مادرانه باشد.

در خصوص اثر بخشی درمان در باورهای اختلال خوردن بیماران بی اشتهايي عصبی نشان داده شد، در مولفه خود باوری منفی در عین حال که هر دو درمان موثر بوده است اما طرح‌واره‌درمانی دارای اثر بخشی بالاتری بوده است، در مولفه وزن مورد پذیرش خود، دیگران و کنترل پر خوری، تنها طرح‌واره‌درمانی اثر بخش بوده است، در مولفه وزن مورد پذیرش دیگران و کنترل پر خوری بین اثر بخشی گروههای درمانی تفاوت وجود داشت اما در مولفه وزن مورد پذیرش خود، بین

گروه‌های درمانی تفاوت مشاهده نشد. بین پیوند والدینی مراقبت کم و بیش حمایت گری در اثر بخشی درمان تفاوتی مشاهده نگردید ولی با توجه به نوع درمان نشان داده شد، طرح‌واره‌درمانی برای بیماران دارای پیوند والدینی مراقبت کم اثر بخش تر بوده است. همچنین نتایج حاصل از ماندگاری درمان، نشان داد درمان شناختی رفتاری برای بیماران دارای پیوند بیش حمایت گری و طرح‌واره‌درمانی بر هر دو گروه بیماران (بیش حمایت گری و مراقبت کم) دارای سیر نزولی بوده است، مخصوصاً در مولفه کنترل پر خوری تاثیر درمان و ماندگاری آن قابل توجه بوده است.

با توجه به نتایج بدست آمده اینگونه استنباط می شود، هرچند درمان شناختی رفتاری در کاهش باورهای اختلال خوردن اثر بخش بوده است اما دارای ماندگاری قابل توجهی نبوده است. همچنین در خصوص نقش پیوند والدینی نشان داده شد بیماران که در بعد بیش حمایت گری قرار داشتند نسبت به بعد مراقبت کم، اثر بخشی درمان در آنها بخصوص در باور مربوط به کنترل پر خوری بالاتر بوده است و ممکن است به دلیل سبک مقابله ای اجتنابی و جبرانی باشد که بیماران دارای پیوند مراقبت کم دارند. بر طبق پژوهش های بالینی یانگ و همکاران [۱۱] بین ناکارآمدی خانواده اصلی در دوران کودکی و آسیب های نوجوانی و بزرگسالی رابطه محکمی وجود دارد. والدینی که بیش از حد از بچه های خود را حمایت می کنند، در روند دستیابی بچه هایشان به خود مختاری مشکل ایجاد می کنند، چنین کودکانی نمی توانند بدون حمایت مداوم دیگران، زندگی مستقلی داشته باشند، این کودکان نمی توانند انتظارات و محدودیت های منطقی را درون سازی کنند، در نتیجه عملکرد کودک در دوران بعدی رشد را تحت تاثیر مخرب نظیر پاسخ های عاطفی منفی به وقایع ناگوار، شناخت واره های تحریف شده قرار می گیرد. نظام باورهای ناسالم و سبک های رفتاری مقابله ای (اجتناب

در مقایسه دو گروه از بیماران نتایج بیانگر اثربخشی هر دو درمان در کاهش باورهای مربوط به اختلال خوردن بوده است. بر اساس شواهد حاضر، می‌توان استنباط کرد که مکانیزم‌های شناختی از طریق باورهای ناسازگار اولیه، نقش پیش‌بینی‌کننده مهمی در مسأله پراشتهایی عصبی بیماران بوده است. پژوهش‌های همسو با یافته‌های بدست آمده اشاره می‌شود به پژوهش ویلسون، فایربورن، والش و کرامر [۵۲] اشاره داشت، نتایج پژوهش ایشان نشان داد درمان شناختی رفتاری برای بیماران پراشتهای عصبی امیدوارکننده است و این رویکرد تغییرات قابل توجه در رفتار خوردن، پاکسازی، و نگرش‌های غیر طبیعی در مورد شکل بدن و وزن نشان داده است، همچنین فیشر و همکاران [۴۹] در پژوهش خود به این نکته اشاره داشتند که درمان شناختی رفتاری در میان سایر درمان‌ها نقش قابل توجهی در درمان پراشتهایی عصبی دارد، اما در خصوص اثر بخشی طرح‌واره‌درمانی برای این گروه از بیماران تا کنون پژوهشی صورت نگرفته است، در پژوهش حاضر اثر بخش بودن این درمان به اثبات رسیده است و اینگونه برآورد می‌شود که در دراز مدت این درمان نیاز به پی‌گیری دارد، این مسئله نشان می‌دهد که درمانگران باید تمرکزشان را بر شناسایی متغیرهای زمینه‌ای که منجر بازگشت به رفتارهای جبرانی مانند محدودیت غذایی و پاکسازیست باشد. همچنین نتایج حاصل از فرضیه‌ها بیانگر ماندگاری بیشتر طرح‌واره‌درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری است، در این راستا کاتر، مک فارلتر و همکاران [۵۳] بیان کرد درمان شناختی رفتاری علیرغم موثر بودن، در روند زمان نرخ بازگشت بالایی داشته است.

از دیگر پژوهش‌های همسو می‌توان به پژوهش‌های تتلی و همکاران [۳۱]، سیمتون و همکاران [۴۸]، نوردل و همکاران [۴۷] اشاره داشت. در این مطالعات اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در بیماران دارای اختلال خوردن مورد تایید قرار گرفته است.

با توجه به نتایج بدست آمده اینگونه استنباط می‌شود طرح‌واره‌درمانی برای بیمارانی که دارای پیوند بیش‌حمایت‌گری و مراقبت کم هستند، نسبت به درمان شناختی رفتاری بهتر پاسخگو می‌باشد، بر طبق تئوری‌های شناختی، اختلال تغذیه به عقاید خود انزجاری و ناکارآمد اشاره می‌کند که برای پیشرفت اختلالات خوردن کلیدی هستند و از تجارت منفی دوران کودکی نشأت می‌گیرد؛ مانند بی تفاوتی و نادیده گرفتن [۴۲، ۱۸] که طرح‌واره‌درمانی در این خصوص بهتر عمل می‌کند از آنجا که طرح‌واره‌درمانی ترکیبی است از درمان شناختی رفتاری، دلبستگی، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی و در مقایسه با درمان شناختی می‌تواند

از خوردن و یا تسلیم) این باورها در خانواده به عنوان عامل واسطه‌مند بین پویایی‌های اولیه خانواده‌گی و مشکلات فعلی عمل می‌کند.

هم‌راستا با این نتیجه کلا، ایناکون و کوترف [۳۵] در مطالعه‌ای اشاره داشته است کودکی که مراقبت مادرانه کمی دریافت می‌کند ممکن است نتیجه بگیرد به این دلیل است که او ذاتاً دارای نقص و عیب است و برای جبران این باور به رفتارهای اجتنابی خوردن متوسل شود. در نتیجه به دلیل سبک مقابله‌ای اجتنابی که دارند به درمان مقاومتر باشند. در خصوص اثر بخشی درمان در باورهای اختلال خوردن بیماران پراشتهای عصبی نشان داده شد در مولفه خودباوری منفی و کنترل‌پروری هر دو درمان موثر بوده است و علیرغم اینکه طرح‌واره‌درمانی دارای اثر بخشی بالاتری است اما اختلاف دو درمان معنادار نبوده است. با باتوجه به نوع درمان چنین مشاهده گردید که نمرات پیگیری نسبت به بعد از مداخله در طرح‌واره‌درمانی تا حدودی دارای سیر نزولی است. در نتیجه می‌توان گفت طرح‌واره‌درمانی در خصوص خودباوری منفی و کنترل‌پروری در بیماران پراشتهای عصبی دارای پیوند والدینی بیش‌حمایت‌گر و مراقبت کم نسبت به درمان شناختی رفتاری موثرتر بوده است. در مولفه وزن مورد پذیرش دیگران نتایج نشان داد هر دو درمان موثر بوده است و علیرغم اینکه طرح‌واره‌درمانی دارای اثر بخشی بالاتری بوده، اما اختلاف دو درمان معنادار نبوده است. همچنین بین پیوند والدینی مراقبت کم و بیش‌حمایت‌گر در اثر بخشی درمان تفاوت مشاهده گردید به این صورت که بیماران پراشتهای عصبی که دارای پیوند والدینی بیش‌حمایت‌گر بودند نسبت به بیماران دارای پیوند مراقبت کم درمان برای آنها اثربخش‌تر بوده است.

همچنین با توجه به نوع درمان میزان تفاوت‌ها معنادار شد به این صورت که بیماران دارای پیوند والدینی بیش‌حمایت‌گر نسبت به مراقبت کم، اثر طرح‌واره‌درمانی در کاهش باور مربوط به وزن مورد پذیرش دیگران اثر بخش‌تر بوده است در خصوص ماندگاری درمان نشان داده شد در این مولفه طرح‌واره‌درمانی ماندگاری داشته است و نمرات پیگیری نسبت به بعد از مداخله دارای سیر نزولی بوده است. در نتیجه می‌توان گفت طرح‌واره‌درمانی در خصوص وزن مورد پذیرش دیگران در بیماران پراشتهای عصبی دارای پیوند والدینی بیش‌حمایت‌گر نسبت به درمان شناختی رفتاری موثرتر بوده است. در خصوص نقش پیوند والدینی و اختلال پراشتهایی عصبی می‌توان به پژوهش‌های اسوانسون، پاور، کلین، پانرسون و گریسون [۲۹] که همسو با پژوهش حاضر است اشاره داشت.

مخصوصاً تصویرسازی ذهنی، بین فردی و ایفای نقش والدین توسط درمانگر و از طریق تکنیک تصویر سازی ذهنی برای اختلالات مزمن و دارای سبب شناسی چند فاکتور دارای اثر بخشی بالاتری است.

اما اینکه آیا طرح‌واره‌درمانی برای درمان بیماران دارای اختلال خوردن درمان نهایی است، هر چند بر طبق یافته‌های بدست آمده نتایج بیانگر مثر ثمر بودن این روش درمانی است اما هنوز زود است در این خصوص نتیجه گیری کنیم، پژوهش‌های آینده راه را برای چنین نتیجه گیری بهتر روشن می‌سازند، رویکرد طرح‌واره‌درمانی در پژوهش آفرینی و ایجاد تمایل در متخصص بالینی برای صحت و سقم نظریه‌های برخاسته از این رویکرد تا حدود زیادی موفق بوده است، اما ناگفته پیداست که به کار گیری تکنیک‌های این رویکرد، با رفتارهای فرهنگی و اجتماعی گره خورده است و باید درمان را منطبق با سایر عوامل زمینه‌ای در نظر داشت. البته این توضیحات احتمالی به تحقیق بیشتر نیازمند است و ضرورتاً لازم است ابزار اصلاح شده‌تر برای برآورد ارزیابی کلی فرزند از والدین و رفتارهایشان نسبت به رفتارهای مربوط به خوردن استفاده کنیم.

با توجه به نتایج بدست و اثربخش بالاتر طرح‌واره‌درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری در بیماران دارای اختلال خوردن دارای پیوند ضعیف والدینی، توصیه می‌شود، درمانگران برای درمان بیماران دارای اختلال خوردن از این پروتکل درمانی مبتنی بر رویکرد خانواده‌درمانی استفاده نمایند به نقش خانواده در ایجاد اختلال توجه داشته باشند. روانپزشکان و درمانگران بالینی باید به این نکته توجه داشته باشند، همانطور که اثر بخشی درمان مهم می‌باشد، ماندگاری درمان مهمتر و اساسی‌تر است به همین منظور برای درمان بیماران دارای اختلال خوردن به خصوص بیماران بی‌اشتهای عصبی پیشنهاد می‌شود به صورت طولانی مدت و چند فاکتوری نگریسته شود و رویکرد طرح‌واره‌درمانی را در جلسات بیشتر و روند طولانی‌تر بکار بگیرند. از جمله مشکلاتی که پژوهشگر در این پژوهش با آن مواجه بوده است، دسترسی به بیماران بی‌اشتهای عصبی بوده است، این بیماران نسبت به بیماران پراشتهای عصبی به میزان کمتری برای درمان مراجعه دارند و این مسئله زمان بیشتری را از پژوهشگر در روند درمان گرفت.

به عنوان 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 خانواده

برای درمان اختلالاتی که در دوران کودکی نشأت می‌گیرند اثر بخش‌تر عمل کند، در واقع در این بررسی ما دریافتیم بیماران دارای اختلال خوردن بطور کلی درک منفی از والدین دارند، آن‌ها تجربیات منفی تری در ارتباط با والدین شان در درمان گزارش کردند در نتیجه دقت و مراقبت کم و از سوی حمایت فوق‌العاده شخصیت تنبیهی را در کودک شکل می‌دهد [۱۱]. این شخصیت باورهای منفی و ناکارآمد را بیشتر پرورش می‌دهد، براساس نظریه‌ی بالبی (۱۹۷۳) در مدل درون‌کاری خود و دیگران، وقتی پیوند والد و کودک با مراقبت کافی، گرمی و پاسخدهی مناسب به نیازهای کودک همراه است، در کودک خودباوری مثبت، حس اعتماد و حرمت خود رشد می‌کند [۳۱]. همچنین، کودک این باور مثبت را رشد می‌دهد که دیگران قابل اطمینان و قابل اتکا هستند که دقیقاً در بیماران دارای اختلال خوردن عکس این قضیه رخ می‌دهد، افراد دارای اختلال خوردن نیاز مربوط به امنیت به دلیل پیوند‌های مراقبتی ناامن و حمایت‌گری‌های افراطی در آنها ایجاد نشده است [۴۱] در نتیجه باورهای هسته‌ای ناسالم و طرح‌واره‌های ناسازگار به دلیل عدم احساس امنیت در آنها شکل می‌گیرد و تجارب دوران کودکی این باورهای ناسالم را تقویت می‌کند [۱۸] و از طرفی احساس حرمت خود در آنها ضعیف است، و مطابق با نظریه‌های شناختی- رفتاری باورهای هسته‌ای و طرح‌واره‌ها در توسعه و تداوم اختلال خوردن نقش پررنگی دارند [۴۳، ۴۴]. همسو با نظریه دلبستگی بالبی؛ لاگارد و کوچمن [۳۳] نیز معتقدند که امنیتی که در رابطه‌ی مادر و فرزند احساس می‌شود، در درازمدت به خودباوری و تحول روانی مثبت منجر می‌شود و پس‌خوراند مناسب و محیط حمایت‌گرایانه، احساس شایستگی را در آنها ارتقا می‌بخشد. همچنین در روند درمان نشان داده شد بیمارانی که والدینشان را بیشتر بی‌محبت توصیف می‌کردند نسبت به بیمارانی که والدینشان را حمایتی و حفاظتی توصیف کردند سطح بالاتری از محدودیت خوردن و نگرانی‌ها در مورد خوردن و درباره‌ی شکل بدن و ظاهرشان را نشان می‌دهند و سبک مقابله‌ای آنها بیشتر اجتنابی بوده است، به عنوان مثال فردی که از طرف والدین مورد انتقاد قرار می‌گرفت یا طرد می‌شدند یا از طرف آن‌ها دچار بی‌محبتی می‌شدند ممکن بود تلاش کنند تا به منظور جلب توجه و محبت او و زن خود را پایین آورند. با توجه به نتایج حاصل از اثر بخشی بالاتر طرح‌واره‌درمانی؛ حتی در بیماران بی‌اشتهای عصبی که بیماری مقاوم به درمان هستند، اینگونه استنباط می‌شود طرح‌واره‌درمانی به دلیل نفوذ در عمق شخصیت و شناخت‌واره‌های بیمار از طریق تکنیک‌های شناختی، الگوشکنی رفتاری، تجربی

- 9- Lilienfeld LR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical psychology review*. 31; 26(3), pp: 299-320.
- 10- Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, Folke S, Mathiesen BB, Katznelson H, Fairburn CG.(2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry (PSY)*.
- 11- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- 12- Cooper MJ, Todd G, Wells A. (1998). Content, origins, and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy. (CO PSY)* 1; 12(3), pp: 213-230.
- 13- Cooper M, Turner H. (2000). Underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting. *British Journal of Clinical Psychology. (CL PSY)* 1; 39(2), pp.: 215-218.
- 14- Waller G, Dickson C, Ohanian V. (2002). Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating behaviors*. 31; 3(2), pp.: 171-8.
- 15- Boone L, Braet C, Vandereycken W, Claes L. (2013). Are maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *European Eating Disorders Review*. 1; 21(1), pp.: 45-51.
- 16- Alvarenga MS, Koritar P, Pisciolaro F, Mancini M, Cordás TA, Scagliusi FB.(2014). Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: differences and similarities. *Physiology & behavior*. 28; 131, pp.: 99-104.
- 17- Minuchin S, Rosman BL. B and Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*.
- 18- Turner HM, Rose KS, Cooper MJ. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The mediating role of core beliefs. *Eating Behaviors*. 28; 6(2), pp.: 113-118.
- 19- Couturier J, Kimber M, Szatmari P. (2013). Efficacy of family- based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta- analysis. *International Journal of Eating Disorders. (ED)*. 1; 46(1), pp.: 3-11.
- 20- Luck A, Waller G, Meyer C, Ussher M, Lacey H. (2005). The role of schema processes in the eating

ها جنبه پیشگیری دارد.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از زحمات مسئولین بیمارستان روان پزشکی امین آباد بالاخص جناب دکتر خدایی و همکاران، از کمک های بی دریغ جناب دکتر محمد علی همتی در تشخیص بیماران، از جناب دکتر حسن حمید پور به خاطر کمک ایشان در تدوین پروتکل طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر باور های علائم خوردن و تمام مسئولین سایر مراکز درمانی تشکر و قدردانی دارم، همچنین از خانواده های محترم بیماران که با همکاریشان در رغبت بیماران به درمان به بنده در اجرای طرح درمان کمک کردند تشکر دارم. در واقع همه دوستان با مشارکت و همکاری بی دریغشان نه تنها به بنده در اجرای این پژوهش بلکه به افزایش دانش در زمینه توسعه رویکرد طرح‌واره‌درمانی کمک کردند سپاس گذاری می کنم.

### منابع

- 1-Smink FR, Van Hoeken D, Hoek HW. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*. 1; 14(4). pp: 406-414.
- 2- Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ open*. 1; 3(5):e002646.
- 3- Levine MP, Smolak L. (2002). Ecological and activism approaches to the prevention of body image problems. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*.pp:497-505.
- 4- Keel PK. (2014). *Bulimia Nervosa*. The Encyclopedia of Clinical Psychology.
- 5- Sadock BJ, Sadock VA. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- 6- Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. (2009). Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders(ED)*. 2009 Mar 1; 42(2): pp.: 97-103.
- 7- Saguy AC, Gruys K. (2010). Morality and health: News media constructions of overweight and eating disorders. *Social Problems* . 1; 57(2): pp.: 231-250.
- 8- Fitzsimmons-Craft EE. (2011). Social psychological theories of disordered eating in college women: Review and integration. *Clinical psychology review* . 30; 31(7), pp.:1224-1237.

- parental bonding instrument. *British journal of medical psychology*. (M PSY). 1; 52(1), pp.: 1-0.
- 33- La Guardia, J.G., Ryan, R.M., Couchman, C.E. and Deci, E.L., (2000). Within-person variation in security of attachment: a self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, (PSY SOCI) 79(3), p.367.
- 34- Young JE. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange).
- 35- Cella S, Iannaccone M, Cotrufo P. (2014). How perceived parental bonding affects self-concept and drive for thinness: a community-based study. *Eating behaviors*. 31; 15(1), pp.: 110-115.
- 36- Unoka Z, Tölgyes T, Czobor P, Simon L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. (N MD. 1; 198(6), pp.: 425-431.
- 37- Dingemans AE, Martijn C, Jansen AT, van Furth EF. (2009). The effect of suppressing negative emotions on eating behavior in binge eating disorder. *Appetite*. 28; 52(1), pp.: 51-57.
- 38- Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 30; 33(3), pp.: 611-627.
- 39- Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behaviour research and therapy*. 31; 51(1), pp.: 9-12.
- ۴۰- رایگان، نیلوفر؛ شعیری، محمد رضا؛ اصغری مقدم، محمد علی. (۱۳۸۵). بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله ای کش بر تصویر بدنی منفی دختران دانشجو. دو ماهنامه علمی و پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، دانشگاه شاهد، دوره ۱۹، (۷)، صص. ۱۱-۲۲
- 41- Tasca GA, Ritchie K, Balfour L. (2011). Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy*. 48 (3): p. 249.
- 42- Cooper MJ, Wells A, Todd G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*. (CL PSY). 1; 43(1), pp.:1-6.
- 43- Williamson DA, White MA, York-Crowe E, Stewart TM. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior disorders*. *Cognitive Therapy and Research*. 1; 29(6), pp.: 717-732.
- 21- Leung N, Thomas G, Waller G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*. (CL PSY). 1; 39(2), pp.: 205-213.
- 22- Eddy KT, Tanofsky-Kraff M, Thompson-Brenner H, Herzog DB, Brown TA, Ludwig DS. (2007). Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: Clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behaviour research and therapy*. 31; 45(10), pp.: 2360-2371.
- 23- Jones C, Harris G, Leung N. (2005). Parental rearing behaviours and eating disorders: The moderating role of core beliefs. *Eating behaviors*. 31; 6(4), pp.: 355-364.
- 24- Cassin SE, von Ranson KM. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*. 30; 25(7), pp.: 895-916.
- 25- Golan M, Crow S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition reviews*. 1; 62(1), pp.:39-50.
- 26- Selvini-Palazzoli M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- 27- Jauregui Lobera I, Bolaños Ríos P, Garrido Casals O. (2011). Parenting styles and eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. (PSY MHN. 1; 18(8), pp.: 728-735.
- 28- Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL, McKenzie J, Bulik CM. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*. (ED). 1; 33(2), pp.: 143-154.
- 29- Swanson H, Power K, Collin P, Deas S, Paterson G, Grierson D, Yellowlees A, Park K, Taylor L. (2010). The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review*, 1; 18(1), pp.: 22-32.
- 30- Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, McCullin M. (1999). Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *The Journal of clinical psychiatry*. (CL PSY). 28; 60(2), pp.: 1-478.
- 31- Tetley A, Moghaddam NG, Dawson DL, Rennoldson M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating behaviors*. 31; 15(1), pp.: 49-59.
- 32- Parker G, Tupling H, Brown LB. (1979). A

- (2011). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. Guilford press.
- 55-Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). Eating disorders: A transdiagnostic protocol.
- 56-DSM-V American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- 57-Meyer C, Gillings K. (2004). Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *International Journal of Eating Disorders*. (ED). 1; 35(2), pp.: 229-233.
- 58-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*. (CL PSY). 1; 64(6), pp.: 703-716.
- 59-Parker G. (1983). Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development. Grune & Stratton.
- 60-Lewis JA. (2005). Early maladaptive schemas and personality dysfunction in adolescence: An investigation of the moderating effects of coping styles.
- 61-Cooper M, Cohen-Tovée E, Todd G, Wells A, Tovée M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*. 30; 35(4), pp.: 381-388.
- 62-Cooper MJ, Rose KS, Turner H. (2006). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*. 31; 7(1), pp.:27-35.
- ۶۳- شایقیان، زینب؛ آگیلار، وفایی؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم. (۱۳۹۰). بررسی طرح‌واره‌ها و پیوند والدینی در دختران نوجوان با وزن طبیعی، چاق و یا دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی. نشریه پژوهنده. ۱۶(۱)، صص. ۸-۳۰.
- ۶۴- آهی، حسن. (۱۳۸۴). هنجاریابی نسخه ی کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران : دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۶۵- ذوالفقاری، مریم؛ فاتحی زاده، مریم السادات؛ عابدی، محمد رضا. (۱۳۸۷). تعیین رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین شهر اصفهان، فصلنامه خانواده پژوهشی، دانشگاه شهید بهشتی، دوره ۴، شماره ۱۵. صص. ۲۴۷-۲۶۱.
- Modification. 1; 28(6), pp: 711-38.
- 44- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford.
- 45- Fairchild H, Cooper M. (2010). Multidimensional measure of core beliefs relevant to eating disorders: Preliminary development and validation. *Eating behaviors*. 31; 11(4), pp.: 239-246.
- ۴۶- رحیم‌خانلی، معصومه، علی محمد، منصور؛ فهیمی، صمد؛ بیرامی، منصور و مجتبابی، مینا. (۱۳۹۴). سبک‌های هویت و محیط‌های اولیه تحول: با تأکید بر سبک‌های دلبستگی، تمایزیافتگی خود و حوزه‌های طرح‌واره، دو ماهنامه علمی و پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، دانشگاه شاهد، دوره ۱۳، (۲)، صص. ۸۶-۹۶.
- 47-Nordahl HM, Nysæter TE. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. (BT E PSY). 30; 36(3), pp.: 254-264.
- 48-Simpson SG, Morrow E, Reid C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in psychology*. 1.
- 49-Fischer S, Meyer AH, 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. *Behaviour research and therapy*. 31; 58, pp.: 36-42.
- 50-Cooper MJ. (2011). Working with imagery to modify core beliefs in people with eating disorders: A clinical protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*. 30; 18(4), pp.: 454-465.
- 51-Cecero JJ, Young JE. (2001). Case of Silvia: A schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*. (PSY IN). 1; 11(2), pp.: 217-229.
- 52-Wilson GT, Fairburn CC, Agras WS, Walsh BT, Kraemer H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of consulting and clinical psychology*. (CON CL PSY). 70(2), p.: 267.
- 53-Carter, J. C., McFarlane, T. L., Bewell, C., Olmsted, M. P., Woodside, D. B., Kaplan, A. S., & Crosby, R. D. (2009). Maintenance treatment for anorexia nervosa: a comparison of cognitive behavior therapy and treatment as usual. *International Journal of Eating Disorders*, (ED) 42(3), pp: 202-207.
- 54-Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K.