

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی و رفتاری بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران بی‌اشتهایی عصبی با توجه به پیوند والدین
Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT on improving early maladaptive schemas in patients with anorexia nervosa considering the parental bonding

Tahereh Mahmoudian Dastnaei

Hamidtaher Neshatdoost

Shole Amiri

GHolamreza Manshaei

طاهره محمودیان دستنایی *

حمید طاهر نشاط دوست **

شعله امیری ***

غلامرضا منشائی ****

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 selected patients 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 supported than less cared. The findings of this study can be an approval of therapists having a systematic view to the etiology of this disorder.
words: Schema therapy, cognitive and behavioral therapy, anorexia nervosa, parental bonding.

چکیده

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی و رفتاری بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران بی‌اشتهایی عصبی با توجه به پیوند والدینی بوده است. روش مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روان‌پزشکی، روان‌درمانی بالینی و مراکز درمانی چاقی و لاغری شهر تهران در رده سنی ۱۶ تا ۲۳ سال می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بوده است. در غربال‌گری صورت گرفته ۲۱ بیمار بی‌اشتهایی عصبی تشخیص داده شد. در نهایت بیماران در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل هم‌تاسازی شده‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه، مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های تشخیص اختلال خوردن و تشخیص روان‌پزشک بوده است و از دو پرسشنامه: ۱- پیوند والدینی، ۲- طرحواره‌های ناسازگار یانگ استفاده شد. بیماران در حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل بیشترین آسیب و سایر حوزه‌ها آسیب کمتری داشتند. در همه حوزه‌ها طرحواره درمانی در بیماران دارای پیوند بیش حمایت‌گر اثربخشی بالاتر داشته است. اما درمان شناختی و رفتاری فقط در حوزه بریدگی و طرد و خودگردانی اثربخش بوده است و عود برگشت بیماری در این درمان بالا بود. یافته‌های بدست آمده در سبب‌شناسی اختلال بی‌اشتهایی عصبی مبتنی بر دیدگاه سیستمی و روابط شیء حمایت می‌کند و راه را برای پژوهش بیشتر در این زمینه فراهم می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمان، درمان شناختی و رفتاری، بی‌اشتهایی عصبی، 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، واحد خوراسگان، اصفهان،

ایران

Received: 16 mar2016 Accepted: 8 Oct2016

دریافت: ۹۴/۱۲/۲۶ پذیرش: ۹۵/۷/۱۷

مقدمه

اختلال بی‌اشتهایی عصبی نوعی اختلال روانی در غذا خوردن است که در آن بیمار از خوردن غذا به میزان کافی با وجود گرسنگی امتناع می‌ورزد (میکل، هابریگ، پیرسون و تراسور، ۲۰۱۳). این اختلال با خطر افزایش یافته علم آسیب شناسی روانی، مشکلات پزشکی و مرگ قبل از موعد مرتبط می‌باشد (آریلوس، میچل، والز و نیاسون، ۲۰۱۱؛ اسمینک، ون هکن وهوک، ۲۰۱۲، فرانکو، کشویا، ادی، کریشنا، داویس و همکاران، ۲۰۱۳). متوسط سن شروع آن ۱۳ تا ۱۶ سال، و شیوع آن در دختران نسبت به پسران بالاتر است. ویژگی اصلی این اختلال، مقاومت در برابر حفظ حداقل وزن، ترس مرضی از چاق شدن و باور غلط درباره اندام است، به طوری که در لاغری مفرط فرد فکر می‌کند، چاق است (گنجی، ۱۳۹۱). این اختلال با دو نوع فرعی، نوع محدود کننده و نوع پرخوری/ پاکسازی مشخص می‌شود (کولمن، ۲۰۱۵). شیوع ۱۲ ماهه آن در زنان جوان تقریباً ۰/۴ درصد و در مردان نامشخص است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). بر طبق مطالعات جدید، مرگ و میر بیماران بی‌اشتهایی عصبی، بسیار بیشتر از بیماران پراشتهای عصبی است. برای بیماران بی‌اشتهایی عصبی ۵/۳۵، و برای پراشتهای عصبی ۱/۴۹ گزارش شده است (فیچتر و کوادی فیچ، ۲۰۱۶). همچنین در سال‌های اخیر شیوع بی‌اشتهایی عصبی در نوجوانان، به طور قابل توجهی افزایش داشته است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۸؛ واتسون و بلاک، ۲۰۱۳)، نوجوانان به ویژه دختران در بیشتر موارد توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند و اغلب در تلاش برای مواجهه با فشارهای مرتبط با تغییرات دوره ی بحرانی و پرچالش بلوغ، نگرش‌های نادرستی نسبت به خوردن اتخاذ می‌کنند که این مواجهه ممکن است مشکلات رفتارهای خوردن را ایجاد کند (چامی وبر، نارین، می چاد، ۲۰۰۵، گریلو و میشل، ۲۰۱۱). در سبب شناسی بی‌اشتهایی عصبی عوامل متعددی مانند عوامل زیست شناختی (سادوک و سادوک، ۲۰۰۸، گریلو و میشل، ۲۰۱۱)، فرهنگی اجتماعی (استیس، پرسنل، اسپینجر، ۲۰۰۲؛ فیتزسیمونز- کرافت، ۲۰۱۱)، رگه^۱ و اختلال‌های شخصیت (ویتوسک و مانک، ۱۹۹۴؛ کاسین و ونرانسون، ۲۰۰۵؛ لینفیلد، واندرلیج، ریسو، کروسبی و میچل، ۲۰۰۶؛ مورفی، استوجک، مک هیل ۲۰۱۴)، خود (وایتوسک و اوالد، ۱۹۹۳، لرنر، ۱۹۹۳)، طرحواره‌های شناختی^۲ و باورهای هسته‌ای^۳ (کوپر، چوهن تاد، ولز و همکاران، ۱۹۹۷؛ یانگ کلووسکو و یشار، ۲۰۰۳) و متغیرهای پویایی شناسی خانواده^۴ (مینوچین، روسمان و بیکر، ۱۹۷۸؛ ترنر، رز و کوپر، ۲۰۰۵، آگرس، لوک، برانتد و همکاران، ۲۰۱۴) مطرح شده‌اند. با این وجود، رابطه ی والد- کودک

^۱. trait

^۲. ognitive schemas

^۳. core beliefs

^۴. family dynamics

و رفتار مراقبتی ناسالم، به عنوان عامل مهم در سبب شناسی بی‌اشتهایی عصبی مورد پذیرش واقع شده است (جونز، هریس و لانگ، ۲۰۰۵). از دیدگاه آدلر رابطه میان والد و فرزندان و بافت اجتماعی عاملی موثر در کاهش و افزایش اختلالات کودکان است (خباز و همکاران، ۱۳۹۴). بر طبق مطالعات انجام شده، در بیش از یک سوم بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، کژکاری خانواده به عنوان عاملی در ایجاد اختلال آنها دخالت داشته است. این خانواده‌ها در مشارکت موثر، مشکل بیشتری دارند. آنها دارای مشارکت بیش از حد (افراطی) هستند که الزاماً نشان دهنده شکل مثبت صمیمیت نیست (بایلان، ارول و کیلی کوگ، ۲۰۰۹). مطالعه سلویون پارزولی (۱۹۶۳) نشان داد پشتیبانی و حمایت مادرانه بیش از حد با بی‌اشتهایی عصبی رابطه داشته است (به نقل از جارگین، بولانوس، گارید، ۲۰۱۱). در پژوهشی دیگر، مراقبت ضعیف والدینی در افراد دارای بی‌اشتهایی عصبی مزمن، گزارش شده است (توماس و همکاران، ۲۰۱۴). به علاوه، بسیاری از والدین بیماران مبتلا به اختلال‌های خوردن در رابطه با مطلوب بودن لاغری، رژیم گرفتن و ظاهر جسمانی خوب، دل‌مشغولی دیرینه داشته و مانند فرزندان خود گرایش‌های کمال‌گرایانه دارند (هلیم، بلاک، برتود و همکاران، ۲۰۱۲). در تبیین رابطه کودک-والد و استفاده از راهکارهای ناسازگار به‌وسیله کودک (مانند اختلال خوردن)، یانگ (۱۹۹۰) یک سازه سودمند تحت عنوان طرحواره‌های ناسازگار اولیه مطرح کرد. او بیان داشت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نتیجه تجارب بین فردی منفی نخستین سال‌های زندگی در درون و بیرون خانواده است. در مورد اختلالات مربوط به غذا خوردن، بیان شده است؛ تجارب زود هنگام منفی و آسیب‌زا منجر به تشکیل الگوهای ناسازگارانه می‌شود که اغلب با مقاومت در برابر تغییر گره خورده اند. 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 (کلا، ایناکون و کوترف، ۲۰۱۴). در واقع عملکرد مختل خانواده با آسیب شناسی روانی اختلال‌های خوردن ارتباط دارد و طرحواره‌ها به عنوان میانجی رابطه‌ی ناکارآمدی خانواده و آسیب شناسی خوردن می‌باشد (استروبر و هامفری، ۱۹۸۷). به عنوان مثال، یکی از روان‌بنه‌هایی که نقش میانجی در رابطه‌ی ناکارآمدی والدین و آسیب شناسی خوردن ایفا می‌کند، روان‌بنه‌ی نقص و شرم است، این روان‌بنه ممکن است ناشی از، خود معیوب یا حس بی‌ارزشی و طرد از سوی دیگران باشد (گاس و آلن، ۲۰۰۹). ماسن و همکارانش (۱۹۸۶) پیشنهاد می‌دهند که این شرم درونی شده ممکن است ناشی از بروز شرم در ارتباط با محیط خانواده باشد. این پژوهش نشان داده است، سطوح بالای ناکارآمدی خانواده (مراقبت کم و حمایت مفرط) با آسیب شناسی خوردن همراه است و در این رابطه روان‌بنه شرم نقش میانجی را ایفا می‌کند. وقتی روابط

پیوند والدینی^۱ با نشانه‌های اختلال خوردن مورد بررسی قرار می‌گیرد، باورهای ناسازگار هسته‌ای هستند که نقش میانجی را در این رابطه ایفا می‌کنند و جهت بررسی و اثر روابط والدی بر اختلال‌های خوردن باید باورهای هسته‌ای مورد بررسی قرار بگیرند (جونز، لانگ و هریس، ۲۰۰۶؛ مایر و گیلنگز، ۲۰۰۴؛ کوپر، رز و ترنر، ۲۰۰۵).

منطبق با پژوهش ترنر و همکاران (۲۰۰۶) مشخص شده است، در بیماران دارای اختلال خوردن، تجارب آسیب‌زا یا منفی، اولیه منجر به شکل‌گیری روان‌بنه‌های ناسازگاری می‌شود؛ که آنها اغلب با مقاومت و عاطفه بالا در مقابل تغییر گره می‌خورند (ترنر، رز و کوپر، ۲۰۰۶). همچنین مشخص شده است، چنین باورهایی ممکن است با آسیب‌شناسی خوردن از طریق اجتناب شناختی و هیجانی، همچنین جبران روان‌بنه مرتبط باشد (کوپر، چوهن، تود، ولز، ۱۹۹۷، سهرابی، اعظمی و دوستیان، ۱۳۹۳). برای مثال رفتارهای مربوط به خوردن ممکن است به عنوان وسیله‌ای برای کاهش آگاهی شخص از هیجانات غیرقابل تحمل مربوط به روان‌بنه، زمانی که روان‌بنه به‌طور مکرر در زندگی روزمره در فرد فعال می‌شود، بکار رود (شایقیان، ۱۳۸۷). در همین زمینه، استین و دمیر (۲۰۰۳) در پژوهشی دریافته‌اند که شناخت ناکارآمد آغازین حول خوردن، تصویر بدن و وزن، شدت علائم بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی مرتبط می‌باشد.

درمان اختلالات خوردن یک چالش قابل توجه بوده و کار با این جمعیت به دلیل مزمن بودن بیماری بسیار دشوار است. در بررسی ادبیات درمانی این اختلال، ویلسون، فاربون، والش و کرامر (۲۰۰۲) پیشنهاد می‌کنند درمان شناختی و رفتاری برای بیماران دارای اختلال خوردن امیدوار کننده بوده است. کاتوس (۲۰۱۰) نیز معتقد است درمان شناختی و رفتاری یک سیستم مبتنی بر شواهد است که بر استفاده از مهارت‌ها تاکید 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). این رویکرد تغییرات قابل توجهی در رفتار خوردن، پاکسازی و نگرش‌های غیر طبیعی در مورد شکل بدن و وزن نشان داده است و نسبت به سایر درمان‌ها موثرتر است. اما در دراز مدت نیاز به پی‌گیری دارد. این مسئله نشان می‌دهد، درمانگر باید در فرایند درمان، تمرکز بیشتری بر شناسایی متغیرهای زمینه‌ای که منجر به بازگشت رفتارهای جبرانی مانند محدودیت غذایی و پاکسازیست، داشته 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 طرحواره درمانی و درمان شناختی و رفتاری بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه مورد توجه قرار گرفته است، لذا

^۱ . parental bonding

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی و رفتاری بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار ...

پژوهشگر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا بکارگیری روش طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه شکل گرفته توسط پیوند والدینی ضعیف در بیماران بی‌اشتهایی عصبی اثربخش است؟ درمان شناختی و رفتاری چگونه؟ آیا بین درمان شناختی و رفتاری با طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت وجود دارد؟.

با توجه به شیوع قابل توجه این اختلال در جوامع، به خصوص جوامع توسعه یافته و مقاوم به درمان بودن این اختلال، وجود نظریه‌هایی که ارتباط بین روابط والد-فرزند را در توسعه اختلال خوردن، تحکیم می‌کند و فقدان پژوهش‌هایی که اثربخشی مداخلات روانشناختی بر اختلال بی‌اشتهایی عصبی، با توجه به نقش والد و فرزند را بررسی کند، در این پژوهش اثربخشی روش طرحواره درمانی که درمانی نوین و یک‌پارچه است و عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده است و مبانی آن تلفیقی از مکتب شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روانکاوی است. همچنین از دیدگاه یانگ (۲۰۰۳) این روش درمانی سیستم جدیدی از روان درمانی، برای بیماران مبتلا به اختلالات مزمن و مقاوم به درمان به شمار می‌رود. هدف از پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی روش طرحواره درمانی با درمانی شناختی رفتاری کلاسیک در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران بی‌اشتهایی عصبی است. بر همین اساس، فرضیه‌های زیر تدوین گردید: ۱- روش طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار بیماران بی‌اشتهایی عصبی با توجه به پیوند والدینی اثربخش است، ۲- روش شناختی و رفتاری بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار بیماران بی‌اشتهایی عصبی با توجه به پیوند والدینی اثربخش است، ۳- بین درمان شناختی و رفتاری با طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه با توجه به پیوند والدین در این بیماران تفاوت وجود دارد.

روش

روش پژوهش حاضر به صورت آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل است. در این طرح پیش از مداخله پیش‌آزمون برای آزمودنی‌ها اجرا گردید و طرحواره‌های ناسازگار بیماران مشخص شد. سپس مداخله انجام شد و پس از پایان جلسات درمانی (۱۲ جلسه)، پس‌آزمون اجرا گردید. در نهایت پس از گذشت ۳ ماه از پایان درمان، پیگیری (اجرای مجدد آزمون) انجام شد. برای طرحواره درمانی در طرح درمان، از الگوی پیشنهادی یانگ کلوکسو و یشار (۲۰۰۳) استفاده گردید. طرح درمان شناختی رفتاری برای اختلال خوردن توسط مورفی، استروبر، کوپر و فایربورن (۲۰۱۰) طراحی شده است. در این مطالعه از ترکیب پروتکل طراحی شده مورفی و همکاران و تکنیک‌های شناختی و رفتاری لیهی و همکاران (۲۰۱۰) استفاده گردید. در واقع پروتکل درمانی اختلال خوردن شبیه به پروتکل درمانی بیماران

اضطرابی است (فایربون، کوپر و سفران و ویلسون، ۲۰۰۸). بعد از استخراج نتایج با توجه به برقرار بودن شرط آزمون‌های پارامتریک از آماره تحلیل واریانس عاملی با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و نمونه 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 است که از نظر سنی بین ۱۶ تا ۲۳ سال دارند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند می‌باشد، به این صورت که با مراجعه به مراکز درمانی و روانپزشکی و دریافت پرونده بیماران، افرادی که دارای اختلال بی‌اشتهایی عصبی بودند و با توجه به تشخیص روان‌پزشک بر حسب ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، علائم اختلال در آنها مشخص گردید، به عنوان افراد نمونه انتخاب شدند. لازم به ذکر است همه بیماران مورد مطالعه از داروهای آرام بخش و داروهای خانواده SSRI و SSRI برای کاهش علائم اختلال استفاده می‌کردند. همچنین با توجه به اینکه در پژوهش حاضر بیمارانی مد نظر بوده است که دارای پیوند ضعیف والدینی می‌باشند، ابتدا آزمودنی‌ها پس از اینکه تشخیصی اختلال بی‌اشتهایی عصبی در آنها تایید گردید، پرسشنامه پیوند والدینی را تکمیل کردند و آزمودنی‌هایی که دارای پیوند ضعیف والدین (مراقبت کم و کنترل کننده بیش از حد) بوده‌اند، انتخاب شدند. از ۷۲ بیمار ۲۴ بیمار بی‌اشتهایی عصبی بود که از این تعداد ۸۷/۵ درصد (۲۱ بیمار) دارای پیوند ضعیف مادری و ۱۲/۵ درصد (۳ بیمار) دارای پیوند ضعیف پدری و مادری بودند. به همین منظور، در پژوهش حاضر بیماران دارای پیوند ضعیف مادری می‌باشند. در نهایت بیماران انتخاب شده در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل هم‌تاسازی شده‌اند (هر گروه ۷ بیمار). لازم به ذکر است، سه گروه از نظر معیارهای ورودی (دارای اختلال خوردن با توجه به DSM-5 می‌باشند و محدوده سنی برای آنها ۱۶ الی ۲۳ سال است) و معیار خروجی مطالعه شامل بیمارانی بوده است که دارای سایر اختلالات روانپزشکی همراه با اختلال خوردن داشته‌اند و سن آنها بالاتر از ۲۳ سال بوده است). در گروه آزمایش اول مداخله طرحواره درمانی و در گروه آزمایش دوم مداخله درمان شناختی و رفتاری صورت گرفت. در گروه کنترل نیز هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. 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 ملاک‌های تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی ویراست پنجم بیماران بی‌اشتهایی عصبی از نظر شاخص توده بدنی در چهار گروه، خفیف ($BMI > 17 \text{kg/m}^2$)، متوسط ($BMI > 16 - 16/99 \text{kg/m}^2$)، شدید ($BMI > 15 - 15/99 \text{kg/m}^2$) و خیلی شدید ($BMI > 15 \text{kg/m}^2$) طبقه‌بندی می‌شوند. در این مطالعه، بیماران با شاخص توده بدنی ($BMI \geq 17 \text{kg/m}^2$) در نظر گرفته شدند. در واقع همه افراد نمونه از نظر شدت در این اختلال در رده خفیف قرار داشتند.

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های تشخیص اختلال بی‌اشتهایی عصبی مبتنی بر (DSM-5) و تشخیص روان‌پزشک می‌باشد. در این پژوهش از دو پرسشنامه استفاده گردید:

ابزار پیوند والدینی (PBI): این ابزار توسط پارکر، توپلینگ و براون^۱ در سال ۱۹۷۹ ساخته شده که 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 سوال چهارگزینه‌ای و سه زیرمقیاس مراقبت، حمایت‌کنندگی بیش از حد و تشویق آزادی رفتاری است (به نقل از مایر و گیلنگز، 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، 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، منعکس‌کننده والدینی است که به کودک آزادی می‌دهند و اسباب استقلال آنها را فراهم می‌آورند (کانتی، کاناس، 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 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 گیلنگز، 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).

فرم کوتاه پرسشنامه‌ی طرحواره‌های یانگ^۲: 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 وسیله یانگ برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحواره‌ی ناسازگار اولیه ساخته شد (آهی، ۱۳۸۵). این ابزار خودتوصیفی است و شامل ۷۵ سوال شش‌گزینه‌ای می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه از «یک» («درمورد من کاملاً نادرست است») تا شش («در مورد من کاملاً درست است») می‌باشد. نمرات بالا در هر یک از باورهای ذکر شده، بیانگر

^۱. Parker G, Tupling H, Brown LB

^۲. Young Schema Questionnaire-Short Form (YQ-S)

استفاده بیشتر فرد از باورها و طرحواره‌های ناسازگار می‌باشد (یانگ، ۱۳۸۶). ضریب آلفای پرسشنامه از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ برای هر طرحواره ناسازگار اولیه و ضریب آزمون- 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

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین و میانه) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس عاملی با طرح اندازه مکرر) استفاده شد. نتایج توصیف ویژگی‌های دموگرافی بیماران در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱. توصیف آماری متغیرهای دموگرافی (n AN=۲۱)

میانگین	میان	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
سن	۱۸/۸۷	۱/۶۹	۲۲	۱۶
توده‌ی بدنی	۱۷/۱۱	۰/۶۶	۱۹/۲۰	۱۷/۰۲

منطبق با جدول ۱ توصیف آماری سن و توده بدنی بیماران نمایش داده شده است. میانگین سن شان برابر با ۱۷/۸۷ و توده بدنی ۱۷/۱۱ است و حدود سن بیماران بین ۱۶ تا ۲۲ سال می‌باشد. همانطور که مشاهده می‌شود، شدت اختلال بیماران منطبق با DSM-5 در رده خفیف است. در بخش استنباط آماری از آزمون کوواریانس عاملی با طرح اندازه مکرر استفاده شد. برای اجرای این آزمون لازم است مفروضات آزمون گردد. نتایج حاکی از برقرار بودن مفروضات و تشخیص شاخص‌های آماری بوده است. همگنی ماتریس کوواریانس با استفاده از M باکس بررسی گردید. نتایج بیانگر مساوی بودن ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته (حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی و حوزه گوش بزنگی و بازداری) در گروه‌ها بوده است. در نتیجه در روند آزمون، شاخص لامبدای ویلکز^۲ در نظر گرفته شد. همچنین همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد احتمال آماره F در هر ۵ حوزه طرحواره‌ها بزرگتر از ۰/۰۵ است، به عبارتی تساوی واریانس خطای متغیر وابسته در همه مقیاس‌ها برقرار بوده است.

^۱ . test- retest reliability

^۲ . Wilks' Lambda

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی و رفتاری بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار ...

جدول ۲. آزمون کواریانس عاملی مربوط به اثر فاکتورهای بینگروهی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه

حوزه طرحواره	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
برداشت و طرد	پیش‌آزمون	۲/۱۸	۱	۲/۱۸	۴/۶۴	۰/۰۴۹	۰/۲۴۹
	پیوند	۰/۳۹۵	۱	۰/۳۹۵	۰/۸۳۷	۰/۳۷۶	۰/۰۵۶
	گروه‌ها	۱۰/۱/۶	۲	۵۰/۸۱	۱۰۷/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
	گروه و پیوند	۰/۴۰۶	۲	۰/۲۰۳	۰/۴۳۰	۰/۶۵۹	۰/۰۵۸
	خطا	۶/۵۹	۱۴	۰/۴۷۱	-	-	-
مؤثرگذاری و عملکرد مختل	پیش‌آزمون	۳۴/۶۱	۱	۳۴/۶۱	۳۴۲/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۶۱
	پیوند	۲/۱۴	۱	۲/۱۴	۲۱/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲
	گروه‌ها	۶۷/۵۰	۲	۳۳/۷۵	۳۳۴/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸۰
	گروه و پیوند	۱/۳۴	۲	۰/۶۷۴	۶/۶۸	۰/۰۰۹	۰/۴۸۸
	خطا	۱/۴۱	۱۴	۰/۱۰۱	-	-	-
محدودیت‌های مختل	پیش‌آزمون	۲/۸۹	۱	۲/۸۹	۲۶/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵۶
	پیوند	۰/۰۵۳	۱	۰/۰۵۳	۰/۴۸۸	۰/۴۹۶	۰/۰۳۴
	گروه‌ها	۱/۱۸	۲	۰/۵۹۰	۲/۳۵	۰/۱۳۸	۰/۱۴۲
	گروه و پیوند	۰/۶۵۴	۲	۰/۳۲۷	۳/۰۱	۰/۰۸۲	۰/۳۰۱
	خطا	۳/۵۲	۱۴	۰/۲۵۱	-	-	-
دیگر جهت‌های مختل	پیش‌آزمون	۱/۲۳	۱	۱/۲۳	۱/۳۵	۰/۲۶۴	۰/۰۸۸
	پیوند	۲/۶۴	۱	۲/۶۴	۲/۹۰	۰/۱۱۰	۰/۱۷۲
	گروه‌ها	۳۷/۹۴	۲	۱۸/۹۷	۲۰/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۹
	گروه و پیوند	۰/۲۲۸	۲	۰/۱۱۴	۰/۱۲۵	۰/۸۸۳	۰/۰۱۸
	خطا	۱۲/۷۲	۱۴	۰/۹۰۹	-	-	-
مؤثر بزرگی و یاداری	پیش‌آزمون	۳۲/۶۱	۱	۳۲/۶۱	۳۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۹۶۳
	پیوند	۰/۷۵۴	۱	۰/۷۵۴	۱/۰۵	۰/۳۲۲	۰/۰۷۰
	گروه‌ها	۵۱/۹۱	۲	۲۵/۹۵	۳۶/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳۸
	گروه و پیوند	۰/۱۱۴	۲	۰/۰۵۷	۰/۰۸۰	۰/۹۲۴	۰/۰۱۱
	خطا	۹/۹۹	۱۴	۰/۷۱۴	-	-	-

نتایج آزمون اثر فاکتورهای بین آزمودنی در جدول ۲ نشان داده شده است. در همه حوزه‌ها به جزء حوزه دیگر جهت‌مندی، متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) معنادار است، یعنی پیش‌آزمون به طور معناداری با متغیر وابسته رابطه دارد. در ردیف سوم جدول فوق برای همه حوزه‌ها، اثر گروه نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، عامل بین آزمودنی‌ها معنادار بوده است. بدین صورت که، در حوزه بریدگی و طرد ($\eta^2 = ۰/۹۳۹$ ، partial $\eta^2 = ۰/۹۳۹$ ؛ $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ ، $f = ۱۰۷/۸۰$)،

در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل ($\eta^2 = .۰/۹۸۰$ ، partial $\eta^2 = .۰/۹۸۰$ ؛ $p: .۰/۰۰۱ < .۰/۰۵$ ، $f = ۳۳۴/۶۶$)، در حوزه محدودیت‌های مختل ($\eta^2 = .۰/۹۱۸$ ، partial $\eta^2 = .۰/۹۱۸$ ؛ $p: .۰/۰۰۱ < .۰/۰۵$ ، $f = ۷۸/۷۸$) و در حوزه گوش بزنگی و بازداری ($\eta^2 = .۰/۸۳۸$ ، partial $\eta^2 = .۰/۸۳۸$ ؛ $p: .۰/۰۰۱ < .۰/۰۵$ ، $f = ۳۶/۳۴$) اثر گروه معنادار می‌باشد. همانطور که مشاهده می‌شود، در همه حوزه بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد و تفاوت بین گروه‌ها بیانگر تفاوت روش‌های درمانی است. در نتیجه از طریق آزمون تعقیبی بنفونی تفاوت روش‌های درمانی (جدول ۳) نشان داده شده است.

در خصوص اثر تعامل گروه و پیوند (درمان با توجه به پیوند والدینی) نشان داده شد، فقط در حوزه دیگر جهت‌مندی ($\eta^2 = .۰/۷۴۹$ ، partial $\eta^2 = .۰/۷۴۹$ ؛ $p: .۰/۰۰۱ < .۰/۰۵$ ، $f = ۲۰/۸۶$)، میزان تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار است.

جدول ۳. آزمون بنفونی مربوط به مقایسه اثربخشی درمان بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه

حوزه طرحواره	میانگین	گروه‌ها (درمان)		تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
		J	I		
بازداری و گوش بزنگی	۱۹/۳۱	شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی	۱/۹۸	۰/۰۰۱
		کنترل		-۲/۲۹	۰/۰۰۱
عملکرد مختل خودگردانی و محدودیت‌های مختل	۱۷/۳۳	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۱/۹۸	۰/۰۰۱
		کنترل		-۴/۲۸	۰/۰۰۱
محدودیت‌های مختل	۱۵/۹۹	شناختی-رفتاری	طرحواره	۱/۴۰	۰/۰۰۱
		کنترل		-۲/۰۱	۰/۰۰۱
دیگر جهت‌مندی	۱۴/۵۸	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۱/۴۰	۰/۰۰۱
		کنترل		-۳/۴۱	۰/۰۰۱
محدودیت‌های مختل	۱۲/۲۵	شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی	۱/۰۶	۰/۰۶۵
		کنترل		-۰/۶۵۰	۰/۱۰۷
دیگر جهت‌مندی	۱۱/۱۹	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۱/۰۶	۰/۰۶۵
		کنترل		-۱/۷۱	۰/۰۹۹
گوش بزنگی و بازداری	۱۳/۶۴	شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی	۱/۳۷	۰/۰۰۴
		کنترل		-۱/۲۰	۰/۰۹۲
گوش بزنگی و بازداری	۱۲/۲۷	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۱/۳۷	۰/۰۰۴
		کنترل		-۲/۵۷	۰/۰۰۱
گوش بزنگی و بازداری	۱۵/۲۱	شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی	۱/۷۳	۰/۰۰۱
		کنترل		-۱/۲۴	۰/۰۸۷
گوش بزنگی و بازداری	۱۳/۴۵	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۱/۷۵	۰/۰۰۱
		کنترل		-۳/۰۰	۰/۰۰۱

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی و رفتاری بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار ...

جدول ۳ مربوط به آزمون تعقیبی بنفورنی می‌باشد. در این آزمون، فرض صفر عدم اختلاف بین گروه کنترل و آزمایش، و فرض خلاف اختلاف بین گروه کنترل و آزمایش و اختلاف بین گروه‌های آزمایش با یکدیگر را می‌گوید. همانطور که مشاهده می‌شود، در حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل هم درمان شناختی و رفتاری و هم طرحواره درمانی اثربخش بوده است، در حوزه گوش به زنگی و دیگر جهت‌مندی تنها طرحواره درمانی اثربخش بوده است و در حوزه محدودیت‌های مختل هیچ‌کدام از درمان‌ها اثربخش نبوده است. همچنین در همه حوزه‌های طرحواره به جز محدودیت‌های مختل طرحواره درمانی موثرتر بوده است.

جدول ۴: آزمون مقایسه زوجی مربوط به ماندگاری اثربخشی درمان در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار با توجه به پیوند والدینی

متغیر	بریدگی و طرد		خودگردانی		محدودیت‌های مختل		دیگر جهت‌مندی		گوش به زنگی	
	بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری
درمان شناختی رفتاری	۱۹/۳۵	۱۹/۵۴	۱۶/۲۷	۱۶/۶۷	۱۲/۲۷	۱۲/۳۷	۱۴/۱۶	۱۴/۸۷	۱۴/۸۷	۱۵/۰۲
مراقبت کم	۱۸/۸۱	۱۶/۰۰	۱۵/۰۰	۱۲/۵۶	۱۲/۸۰	۱۳/۵۰	۱۳/۰۴	۱۳/۹۵	۱۳/۹۵	۱۵/۱۸
بیش حمایتگر	۱۹/۵۶	۱۶/۱۳	۱۵/۸۳	۱۲/۴۱	۱۲/۵۸	۱۳/۸۳	۱۲/۸۱	۱۲/۹۵	۱۲/۹۵	۱۵/۱۰
کل	۱۷/۵۰	۱۴/۶۸	۱۵/۰۳	۱۱/۳۰	۱۱/۲۰	۱۲/۸۱	۱۲/۴۸	۱۳/۵۵	۱۳/۵۵	۱۳/۰۷
مراقبت کم	۱۷/۶۶	۱۴/۸۸	۱۳/۷۵	۱۲/۰۶	۱۰/۵۵	۱۲/۰۰	۱۱/۷۹	۱۴/۰۲	۱۴/۰۲	۱۳/۱۸
بیش حمایتگر	۱۷/۵۸	۱۴/۷۸	۱۴/۳۹	۱۱/۶۸	۱۰/۸۷	۱۲/۴۱	۱۲/۱۴	۱۳/۷۸	۱۳/۷۸	۱۳/۱۲
کل	۱۸/۵۱	۱۵/۴۵	۱۵/۱۱	۱۲/۰۵	۱۱/۷۲	۱۳/۱۲	۱۳/۰۴	۱۳/۸۶	۱۳/۸۶	۱۴/۱۱
مجموع	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بعد از مداخله	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
پیگیری	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	۰/۳۲*	۰/۳۲*	۰/۲۲*	۰/۲۲*	۰/۱۸۶	۰/۱۸۶	۰/۲۴	۰/۲۶	۰/۲۶	۰/۲۶

** معنادار در سطح آلفای ۱ صدم، * معنادار در سطح آلفای ۵ صدم

جدول ۴ مربوط به آزمون بنفورنی در خصوص ماندگاری اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی در بیماران بی‌اشتهایی عصبی با توجه به پیوند والدینی است. نتایج نشان می‌دهد در حوزه بریدگی و طرد، بیماران دارای پیوند والدینی بیش حمایت‌گری، طرحواره درمانی دارای ماندگاری بیشتری بوده است. در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل هر دو درمان در بیماران، دارای پیوند والدینی بیش حمایت‌گری دارای ماندگاری بیشتری بوده است، در حوزه دیگر جهت‌مندی، گوش بزنگی طرحواره درمانی برای هر دو پیوند والدینی ماندگاری داشته است، اما درمان شناختی و رفتاری، فقط برای بیماران دارای پیوند بیش حمایت‌گری ماندگاری داشته است. نتایج کلی نشان داد، در حوزه بریدگی - طرد و خودگردانی نمرات پیگیری نسبت به پس‌آزمون (مداخله) دارای سیر نزولی بوده است و احتمال آماره مقایسه زوجی در این دو مولفه در سطح آلفای ۵ صدم معنادار است، اما در حوزه دیگر جهت‌مندی، محدودیت‌های مختل و گوش بزنگی میزان تفاوت در زمان (پس‌آزمون و پیگیری) معنادار نیست.

جدول ۵. مقایسه میانگین مربوط به اثربخشی درمان با توجه به پیوند والدینی

پیوند	بردگی و طرد	خودگردانی و عملکرد مختل	محدودیت های مختل	دیگر جهت مندی	گوش بزنگی و بازداری
میانگین	تفاوت میانگین	تفاوت میانگین	تفاوت میانگین	تفاوت میانگین	تفاوت میانگین
مراقبت کم	۱۹/۵۳	۱۶/۴۴	۱۲/۱۷	۱۳/۹۱	۱۴/۸۵
	۰/۲۳۶	۰/۵۰°	۰/۱۱	۰/۶۳۳	۰/۳۶۸
بیش حمایت گری	۱۹/۳۰	۱۵/۹۴	۱۲/۰۶	۱۳/۲۷	۱۵/۲۲
	-۰/۲۳۶	-۰/۵۰°	-۰/۱۱	-۰/۶۳۳	-۰/۳۶۸

جدول ۵ مقایسه میانگین اثربخشی درمان با توجه به پیوند والدینی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران بی‌اشتهایی عصبی را نشان می‌دهد. منطبق با نتایج بدست آمده تنها در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل بین دو پیوند والدینی اختلاف معناداری مشاهده می‌شود. در بیماران دارای پیوند بیش حمایت‌گر، اثربخشی درمان بالاتر بوده است، اما در سایر حوزه‌ها بین دو پیوند والدینی اختلاف معناداری مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد، اکثر بیماران دارای علائم اختلال بی‌اشتهایی روانی، دارای پیوند ضعیف والدینی بوده‌اند. با توجه به غربال‌گری اولیه از ۷۲ بیمار مورد مطالعه ۲۱ بیمار دارای اختلال بی‌اشتهایی عصبی دارای پیوند ضعیف مادری بودند که از این تعداد ۲۳/۶۹٪ در بعد بیش حمایت‌گری و ۷۶/۳۱٪ در بعد مراقبت کم قرار داشتند. منطبق با نتایج حاصل از این مطالعه نشان داده شد بیماران بی‌اشتهایی عصبی در حوزه بریدگی و طرد و حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، بیشترین آسیب و سپس در حوزه گوش بزنگی بیش از حد و دیگر جهت‌مندی دارای مشکل بوده‌اند، اما در حوزه محدودیت‌های مختل آسیب کمتری داشتند. از آنجا که آسیب در حوزه عملکرد مختل می‌تواند، به برآورده نشدن نیاز به هویت و آسیب در حوزه بریدگی و طرد می‌تواند، ناشی از سبک دلبستگی ناایمن در کودک باشد، می‌توان اینگونه استنباط کرد این بیماران، اجتناب از غذا و گرسنگی کشیدن را به عنوان مکانیسمی برای ابراز خود و کسب استقلال انتخاب می‌کنند و کنترل شدید خوردن را به عنوان حالتی برای مدیریت پریشانی حاصل از فعال‌سازی طرحواره‌های دوران کودکی خود به‌کار می‌گیرند. در این خصوص، سیمپسون (۲۰۱۲) معتقد است در این بیماران اختلال‌های خوردن همراه با حالت‌های مواجهه با طرحواره‌ی رشد نیافته است و حالت محافظ بی‌تفاوت باعث اختلال در خوردن برای اجتناب از طرحواره‌های اولیه (خاطرات و هیجان‌ات منفی) می‌شود. هم‌راستا با نتایج بدست آمده، می‌توان به پژوهش تاسکا و بالفور

(۲۰۱۴) اشاره داشت. نتایج پژوهش ایشان بیانگر سطح بالایی از دلبستگی ناایمن و حالات ذهنی آشفته در بیماران بی‌اشتهایی عصبی بوده است. بر طبق نتایج بدست آمده از پژوهش اینگونه استنباط می‌شود، والدین بیماران دارای اختلال خوردن که در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل مشکل دارند، در بررسی تعامل والد و کودک، این‌گونه برداشت می‌شود که والدین این بیماران برای رفاه و آسایش کودک به صورت افراطی در جهت رفع نیازهای کودک تلاش می‌کنند، در حالی که تامین رفاه و راحتی در حد متعادل برای رشد سالم کودک لازم است. در اثر این‌گونه تجارب در ذهن کودکان طرحواره‌های مربوط به حوزه خودگردانی و عملکرد مختل به‌وجود می‌آید. در نتیجه نیازهای هیجانی کودک به دلیل درگیری بیش از حد والدین در مسائل کودک به خودگردانی و محدودیت‌های واقع بینانه ارضا نمی‌شود.

در واقع نیاز به امنیت در بیمارانی که در حوزه بریدگی و طرد مشکل دارند، برآورده نشده است و آنها چیزی تحت عنوان ثبات هیجانی از جانب مادر دریافت نکرده‌اند. هم‌راستا با نتیجه بدست آمده، می‌توان به پژوهش دشت بزرگی (۱۳۹۲)، لانگ، توماس و والر (۱۹۹۹)، آنوکاف تاگلس و سیمون (۲۰۱۰)، ترنر، روز و کوپر (۲۰۰۵)، تامر و همکاران (۲۰۰۵) و بروک می و همکاران (۲۰۱۳) اشاره داشت.

در خصوص اثربخشی درمان نشان داده شد، در همه حوزه‌ها طرحواره درمانی اثربخش‌تر بوده است و با توجه به پیوند والدینی درمان برای بیمارانی که دارای پیوند بیش‌حمایت‌گر می‌باشند، اثربخشی بالاتری داشته است. اما درمان شناختی رفتاری فقط در حوزه بریدگی و طرد و خودگردانی و عملکرد مختل اثربخش بوده است و در سایر حوزه‌ها اثربخش نبوده است. با توجه به ماندگاری درمان نشان داده شد، عود برگشت بیماری در درمان شناختی رفتاری نسبت به طرحواره درمانی بالاتر بوده است، در حالی که طرحواره درمانی در بعضی حوزه‌ها به‌خصوص حوزه‌های دارای آسیب شدید ماندگاری بالایی داشته است. با توجه به اثربخشی بالاتر طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه این‌گونه استنباط می‌شود، طرحواره درمانی بر ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها، تمرکز بیشتری دارد و علاوه بر تکنیک‌های شناختی رفتاری در تغییر باورهای بیماران از سایر تکنیک‌ها نظیر تکنیک‌های تجربی و الگوسکنی رفتاری نیز استفاده می‌کند، و رابطه بین هیجان و شناخت را مورد بررسی قرار می‌دهد، در نتیجه موثرتر عمل می‌کند. این روش درمانی از طریق تکنیک‌های تجربی به برانگیختن هیجان‌های مربوط به طرحواره‌های ناسازگار و باز والدینی حد و مرزدار به منظور بهبود هیجان‌ها و ارضا نسبی نیاز ایمنی و استقلال که در دوران کودکی برآورده نشده است، می‌پردازد. اما درمان شناختی رفتاری بیشتر مبتنی بر اکنون است تا گذشته بیمار، در نتیجه احتمال میزان عود و بازگشت مجدد بیماری به دلیل عدم بررسی ریشه‌های تحولی (اتفاقات مهم زندگی) در روش درمانی شناختی رفتاری بیشتری است. همچنین درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تکلیف است و فرض را بر این قرار می‌دهد که بیماران برای کاهش علائم، مهارت آموزی و حل مشکلات زندگی فعلی‌شان انگیزه کافی دارند و با کمی ترغیب و تقویت مثبت،

روش‌ها و تکالیف درمانی را انجام می‌دهند، در حالی که بیماران بی‌اشتهای عصبی اغلب از انجام تکالیف طفره می‌روند. اما طرحواره درمانی مبتنی بر تکلیف نیست، در نتیجه طرحواره درمانی می‌تواند، اثربخشی و ماندگاری بالاتری برای این بیماران داشته است. همچنین این بیماران سرخوردگی بیشتری در استقلال داشتند و تلاش کمتری برای برقراری روابط صمیمی از خود نشان می‌دادند و از آنجا که در درمان شناختی رفتاری رابطه درمانگر و بیمار عنصری خنثی است و گاهی اوقات مانعی در درمان است، برای این بیماران پاسخگو نبوده است. اما طرحواره درمانی بیمار را بیشتر پذیرا است و اختلالات روان‌شناختی را پدیده‌ای طبیعی جلوه می‌دهد، در نتیجه طرحواره درمانی اثربخشی و ماندگاری بالاتری داشته است. در پایان به درمانگران توصیه می‌شود، برای این گروه از بیماران با توجه به مزمن بودن بیماری، پروسه درمانی را طولانی‌تر کنند و درمان را در طول یک الی دو سال ادامه دهند. با توجه به نقش بالای پیوند والدینی در علل و تداوم اختلال خوردن توصیه می‌شود به خانواده‌ها آموزش‌های لازم در خصوص تاثیر سبک تعامل با فرزندان، شیوه‌های فرزندپروری و روش‌های تربیتی داده شود. از نظر کاربردی، تاثیر مثبت پیوند والدینی در عدم ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و به طور غیرمستقیم در کاهش اختلال خوردن توصیه می‌شود، متخصصان بالینی در فرایند درمان، از رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره استفاده نمایند. همچنین به پژوهشگران بعدی توصیه می‌شود برای شناسایی سبک‌های مقابله‌ای بیماران پرسشنامه‌های مربوط به سبک‌های مقابله‌ای را نیز اجرا نمایند و پروتکل درمانی را با توجه به سبک‌های مقابله‌ای طراحی نمایند.

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. تهران: انتشارات روان.
- حکیم زاده، رضوان، مسعود لواسانی، غلامعلی، نوروزی، سوده (۱۳۹۳). *اثربخشی آموزش‌های شناختی-رفتاری بر کاهش همالکاری دانش آموزان*. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۸۱-۸۸، ۵(۴).
- خباز، محمود،، علیزاده، حمید؛ دلاور، علی، ابراهیمی قوام، صغری،، رستمی، رضا، بهجتی، زهرا، (۱۳۹۴). *تاثیر برنامه آموزش عالقه اجتماعی (مادر و کودک) بر ارضای نیازهای بنیادین روانشناختی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای*. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی. ۳۰-۱۵، ۴(۶).
- دشت بزرگی، زهرا، امیری، شعله، مظاهری، محمدعلی، طالبی، هوشنگ، (۱۳۹۲). *تاثیر مداخله منتنی بر دلبستگی بر پرخوری و چاقی دختران*. پایان نامه دکترای دانشگاه اصفهان.
- 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).

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی و رفتاری بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار ...

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 عصبی، مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۱۶(۱)، ۳۰-۳۸.

شایقیان، زینب؛ آگیلارد وفایی، ماریا؛ رسول زاده طباطبایی، سید. کاظم (۱۳۹۰). به بررسی طرح‌واره‌ها و پیوند والدینی در دختران نوجوان با وزن طبیعی، چاق و یا دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی، مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال شانزدهم، شماره ۱، پی در پی ۷۹، صفحات ۳۰-۳۸.

یانگ، جفری، کلسکو و ویشار. (۲۰۰۳). طرحواره درمانی مترجمان: حسن حمید پور، زهرا اندوز. (۱۳۸۶). تهران: انتشارات ارجمند.

- Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., ... & Woodside, B. (2014). *Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. JAMA psychiatry, 71(11), 1279-1286.*
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). *The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: a systematic review and testable model. Clinical Psychology Review, 33(1), 156-167.*
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). *Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. Archives of general psychiatry, 68(7), 724-731.*
- Baylan, G., Erol, A., & Kilicoglu, A. (2009). *Predictors of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls. KLINIK PSIKOFARMAKOLOJI BULTENI-BULLETIN OF CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY, 19(4), 407-413.*
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2013). *Interpersonal motives in anorexia nervosa: The fear of losing one's autonomy. Journal of clinical psychology, 69(3), 278-289.*
- 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.*
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). *Personality and eating disorders: a decade in review. Clinical psychology review, 25(7), 895-916.*
- 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.*
- Chamay-Weber, C., Narring, F., & Michaud, P. A. (2005). *Partial eating disorders among adolescents: A review. Journal of adolescent health, 37(5), 416-426.*
- Colman, A. M. (2015). *A dictionary of psychology.* Oxford University Press, USA.
- Cooper, M. J., Rose K. S., & Tumer, H. M. (2005). *Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms. Eating Behaviors, 7, 27-35.*
- Cooper, M., Cohen-Tovée, E., Todd, G., Wells, A., & Tovée, M. (1997). *The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. Behaviour Research and Therapy, 35(4), 381-388.*

- Dobmeyer, A. C., & Stein, D. M. (2003). *A prospective analysis of eating disorder risk factors: Drive for thinness, depressed mood, maladaptive cognitions, and ineffectiveness. Eating Behaviors, 4*(2), 135-147.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). *Eating disorders: A transdiagnostic protocol.*
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). *Mortality in eating disorders-results of a large prospective clinical longitudinal study. International Journal of Eating Disorders, 45*(6), 800-807.
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). *A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 170*(12), 3133-3140.
- Goss, K., & Allan, S. (2009). *Shame, pride and eating disorders. Clinical psychology & psychotherapy, 16*(4), 303-316.
- Grilo, C. M., & Mitchell, J. E. (Eds.). (2011). *The treatment of eating disorders: A clinical handbook.* Guilford Press.
- Halmi, K. A., Bellace, D., Berthod, S., Ghosh, S., Berrettini, W., Brandt, H. A., ... & Kaplan, A. (2012). *An examination of early childhood perfectionism across anorexia nervosa subtypes. International Journal of Eating Disorders, 45*(6), 800-807.
- 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.
- Jones, C. J., Leung, N., & Harris, G. (2006). *Father-daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. British Journal of Clinical Psychology, 45*(3), 319-330.
- Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). *Parental rearing behaviours and eating disorders: The moderating role of core beliefs. Eating behaviors, 6*(4), 355-364.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders.* Guilford press.
- 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.
- Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). *Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. Clinical psychology review, 26*(3), 299-320.
- 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.
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). *The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. BMJ open, 3*(5), e002646.
- Murphy, C. M., Stojek, M. K., & MacKillop, J. (2014). *Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index. Appetite, 73*, 45-50.

- 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.
- Parker, G. (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. Grune & Stratton.
- Rommel, D., Nandrino, J. L., Antoine, P., & Dodin, V. (2013). *Emotional differentiation and parental bonding in inpatients suffering from eating disorders*. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 215-229.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). *Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates*. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414.
- Sordelli, A., Fossati, A., Devoti, R. M., La Viola, S., & Maffei, C. (1996). *Perceived parental bonding in anorectic and bulimic patients*. *Psychopathology*, 29(1), 64-70.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). *Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation*. *Health Psychology*, 21(2), 131.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). *Attachment and eating disorders: A review of current research*. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). *Parental bonding and eating disorders: A systematic review*. *Eating behaviors*, 15(1), 49-59.
- Thomson, S., Marriott, M., Telford, K., Law, H., McLaughlin, J., & Sayal, K. (2014). *Adolescents with a diagnosis of anorexia nervosa: parents' experience of recognition and deciding to seek help*. *Clinical child psychology and psychiatry*, 19(1), 43-57.
- 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.
- Turner, H. M., Rose, K.S., & Cooper, M. J. (2006). *Schema and parental bonding in overweight and non overweight female adolescents*. *International Journal of Obesity*, 29, 381-387.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). *Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 137.
- Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2013). *Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions*. *Psychological medicine*, 43(12), 2477-2500.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). *Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 267.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. *Journal of psychosomatic research*, 57, 113-116.