



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

زمان چاپ: ۱۴۰۳/۰۱/۲۵

شماره مجوز مجله: ۸۰۴۰۰

## بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تمایز یافتگی، سبک های هویتی و تغییر نگرش به خوردن در دختران مبتلا به بی اشتهایی عصبی

مرتضی روستایی<sup>۱</sup>، مریم نصری<sup>۲</sup>، فریده نظرزاده<sup>۳</sup>، امید گل محمدی<sup>۴</sup>، فاطمه معینی<sup>۵</sup>، نوید حسینی آراین<sup>۶</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی واحد بیرجند

۲- استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

۳- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی واحد بیرجند

۴- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده موسسه حکمت رضوی مشهد

۵- دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی آجا

۶- دانشجوی دکتری روانشناسی تربت جام

Nazarzadeh1986@gmail.com

### چکیده:

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تمایز یافتگی، سبک های هویتی و تغییر نگرش به خوردن در دختران مبتلا به بی اشتهایی عصبی بود. روش کار: به منظور انجام این پژوهش از بین بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، روان درمانی بالینی و مراکز درمانی چاقی و لاغری شهر مشهد که بین ۱۸ تا ۲۳ سال سن داشتند و داوطلب شرکت در این پژوهش بوده اند، ۱۸ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و به پرسشنامه سبک های هویتی، فرم تجدید نظر شده ی تمایز یافتگی خود و آزمون نگرش به خوردن در پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ده جلسه تحت طرحواره درمانی گروهی قرار گرفته و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. یافته ها: برای تحلیل رابطه بین متغیرها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که میانگین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش به طور معناداری با گروه کنترل متفاوت است ( $P < 0/01$ ). نتیجه گیری: یافته های این پژوهش نشان دهنده ی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود سبک های هویتی بیماران به سمت هویت پخته تر، تمایز یافتگی بیشتر و تغییر نگرش به خوردن در شرکت کنندگان در گروه آزمایش بود، بنابراین این درمان می تواند در تعیین مداخلات بالینی و برنامه های درمانی در این زمینه مفید باشد.

**کلمات کلیدی:** طرحواره درمانی گروهی، تمایز یافتگی، سبک های هویتی، نگرش به خوردن، بی اشتهایی عصبی.



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

## ۱- مقدمه :

در سالهای اخیر میزان شیوع اختلالات خوردن به ویژه در دختران نوجوان به طور چشمگیری افزایش داشته است. بی‌اشتهایی عصبی از انواع مهم اختلالات خوردن است. معیارهای تشخیصی بی‌اشتهایی عصبی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ویرایش پنجم، شامل خودداری از حفظ وزن طبیعی متناسب با سن و قد، وحشت از افزایش وزن وقتی وزن پایینتر از حد طبیعی باشد، اختلال در تصویر بدن در ارزیابی فرد از خود یا انکار وخامت وزن پایین فعلی میباشد. همچنین این اختلال با حالت مرضی و مرگ و میرقابل توجه، اغلب در اواخر کودکی و نوجوانی شروع و بعدها به صورت مزمن درمی آید [۱]. متوسط سن شروع این اختلال ۱۳ تا ۱۶ سال میباشد و شیوع آن در دختران نسبتبه 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 [۲]. این اختلال با دو نوع فرعی، نوع محدودکننده و نوع پرخوری/پاکسازی مشخص میشود [۳].

در سبب شناسی بی‌اشتهایی عصبی عوامل متعددی مانند عوامل زیست شناختی [۴]، فرهنگی اجتماعی و اختلالهای شخصیت [۵] مطرح شده اند. همچنین نظریه پردازان روابط شی علت بی‌اشتهایی عصبی را اشکال در فرایند جدایی-فردیت، مشکلاتی در کسب استقلال و رسیدن به بزرگسالی در زنان جوان میدانند و بیان میکنند که اگر فرایند جدایی-فردیت در فرایند رشدی رخ ندهد، زنان جوان برای متفاوت بودن و کسب حس فردیت به بی‌اشتهایی عصبی پناه میبرند [۶]. با این وجود رابطه ی والد کودک و رفتار مراقبتی ناسالم، به عنوان عامل مهم در سبب شناسی بی‌اشتهایی عصبی مورد پذیرش واقع شده است [۷].

یانگ در مورد اختلالات مربوط به غذاخوردن، بیان میدارد که تجارب زود هنگام منفی و آسیبزا منجر به تشکیل الگوهای ناسازگارانه میشود که اغلب با مقاومت در برابر تغییر گره خورده اند. به عبارتی رفتارهای ناسازگارانه و نامناسب فردی که دچار اختلال است در پاسخ به طرحوارههای ناسازگار اولیه اش به وجود آمده. طرحوارههای ناسازگار اولیه و راههای ناکارآمدی که بیماران از طریق آنها یاد میگیرند با دیگران کنار بیایند و روابط اجتماعی خود را به اصطلاح مدیریت کنند، اغلب زیربنای نشانه های مزمنی مثل اختلالات اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیت و روان تنی به شمار میرود [۸]. در واقع عملکرد مختل خانواده با آسیب شناسی روانی اختلالهای خوردن ارتباط دارد و طرحوارهها به عنوان میانجی رابطه ی ناکارآمدی خانواده و آسیب شناسی خوردن میباشد. پژوهش ماسن و همکاران نیز نشان داده است، سطوح بالای ناکارآمدی خانواده (مراقبت کم و حمایت مفرط) با آسیب شناسی خوردن همراه است و در این رابطه طرحواره ی شرم نقش میانجی را ایفا میکند. بنابراین یکی از درمانهای کمک کننده به درمان اختلالات خوردن طرحواره درمانی است [۹].

گزارشهای بالینی نشان میدهند که این اختلال از مشکل ترین آسیبهای روانشناختی و مقاوم به درمان است. بر طبق شواهد درونماییه ی غالب طرحوارههای افراد مبتلا به اختلالهای خوردن، تصور خود به عنوان فردی بی ارزش، ناقص یا بی کفایت است. احساس شرم در زنان با اشتغال ذهنی بیشتر با لاغری و نارضایتی از بدن رابطه دارد [۱۰]. طرحوارهها و باورهای منفی درباره ی خود میتواند افراد مبتلا به اختلالهای خوردن را از افراد سالم متمایز نماید. میزان بالاتر خود سرزنشی، دغدغه های مرتبط با تصویر بدنی، طرحوارههای شرم/نقص، انزوا طلبی اجتماعی و احساس گناه در این افراد مورد تایید قرار گرفته است. به طور کلی زنان دارای اختلالات خوردن نسبت به زنان در گروه کنترل، طرحواره های ناسازگارتری درباره ی خود، دنیا و دیگران و خود طرحواره های کمتر مثبت و بیشتر منفی دارند [۱۱].



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

هدف طرحواره درمانی کمک به بیماران برای برآورده کردن نیازهای هیجانی اساسی شان از طریق یادگیری است. درمان کردن طرحواره از طریق کاهش دادن شدت خاطرات هیجانی به وجود آورندهی طرحواره و کاهش دادن شدت حساسیت بدنی و فیزیکی و تغییر الگوهای شناختی مرتبط با طرحواره و همچنین جایگزین کردن سبکهای مقابله‌ای ناسازگار با الگوهای رفتار سازگاران از تکنیکهای مورد استفاده در طرحواره درمانی است [۱۲]. در این درمان تمرکز اصلی بر برقراری ارتباط بین رفتارهای خوردن با طرحوارهها است، تا جایی که بیماران بتوانند دربارهی خاستگاهها و عملکردهای مقابله ای مرتبط با الگوی نشانگان اختلال خوردن در خودشان آگاهی و کنترل هشیارانه ی بیشتری به دست آورند [۱۳]. بررسی ادبیات پژوهشی نیز نشان دهنده ی اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلالات خوردن است. شریفی و اعتمادی [۱۴] در بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر باورهای اختلال خوردن و احساس شرم در دختران مبتلا دریافتند که این درمان در کاهش باورهای غلط و احساس شرم تاثیر معناداری داشته است. همچنین محمودیان و همکاران [۱۵] در بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحوارههای ناسازگار اولیه در این افراد دریافتند که این درمان در بهبود بیماران موثر بوده است. انصاری و همکاران [۹] نیز در بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بیماران مبتلا به بی اشتهاهی عصبی دریافتند که این درمان در بهبود علائم اختلال در گروه آزمایش موثر بوده است.

با توجه به اینکه تا کنون پژوهشهای اندکی در رابطه با اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلالات خوردن در ایران انجام شده، این مطالعه با هدف پاسخگویی به این سوال طراحی شده است که آیا طرحواره درمانی گروهی بر تمایز یافتگی، سبکهای هویتی و تغییر نگرش به خوردن در دختران جوان مبتلا به بی اشتهاهی عصبی موثر است؟

## روش کار:

روش پژوهش حاضر به صورت آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. در این طرح پیش از مداخله پیش‌آزمون برای آزمودنیها اجرا گردید و طرحوارههای ناسازگار بیمارانشخص شد. سپس مداخله انجام شد و پس از پایان جلسات درمانی پس‌آزمون اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، روان درمانی بالینی و مراکز درمانی چاقی و لاغری شهر مشهد بود که از نظر سنی بین ۱۸ تا ۲۳ سال داشتند. روش نمونه گیری به صورت هدفمند بود، به این صورت که با مراجعه به مراکز درمانی و روانپزشکی و دریافت پرونده بیماران، افرادی که دارای اختلال بیاشتهایی عصبی بوده و با توجه به تشخیص روانپزشک بر حسب ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، علائم اختلال در آنها مشخص شده و مایل به شرکت در گروه بودند، به عنوان افراد نمونه انتخاب شدند.

## ابزار پژوهش:

برای جمع آوری داده‌ها از پرسش‌نامه های زیر استفاده شده است:

پرسشنامه سبکهای هویتی بروزنسکی: پرسشنامه هویت بروزنسکی سبک هویت فرد را مورد سنجش قرار میدهد، ۶ گویه خرده مقیاسهای اطلاعاتی، هنجاری، سردرگمی اجتنابی را شامل میشود. پاسخها برحسب مقیاس لیکرت ۵ درجه ای و شامل کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵ میباشد. بروزنسکی [۱۶] ضریب آلفای کرونباخ را برای سبکهای اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم/اجتنابی به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۶۶ و ۰/۷۳ گزارش کرد. در مطالعات داخلی غضنفری [۱۷] در



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

بررسی روایی باآزمون سلامت عمومی گلدبرگ روایی همزمان را ۰/۷۰ محاسبه کرد وهمسانی درونی، آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس های بالابه ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۲، ۰/۸۲ محاسبه کرد. درپژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۶ به دست آمده است.

فرم کوتاه پرسشنامه تمایزیافتگی خود (DSI-SH): این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است که با مقیاس لیکرت در یک طیف شش گزینه ای از "اصلا شبیه خصوصیات من نیست" تا "کاملا شبیه خصوصیات من است" درجه بندی شده و دارای چهار خرده مقیاس است: واکنش پذیری هیجانی، جایگاه من، برش هیجانی و هم آمیختگی با دیگران. نمره ی هر خرده مقیاس میانگین گویه های آن است. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده ی سطح تمایز بالاتر است. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شده است [۱۸]. در ایران نیز فخاری و همکاران [۱۹] ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای کل پرسشنامه را برابر با ۰/۷۶ به دست آوردند. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ کل برابر با ۰/۸۷ محاسبه شده است.

آزمون نگرش به خوردن (EAT): این آزمون را گارنر و گارفینکل در سال ۱۹۷۹ ساخته اند که ۲۶ ماده و سه خرده مقیاس دارد و بر اساس تحلیل عامل نسخه ی ۴۰ سوالی ساخته شده است [۲۰]. نمره ی برش ۲۰ و بالاتر احتمال وجود اختلالهای خوردن را نشان میدهد، هر سوال در یک مقیاس ۶ درجه ای لیکرت پاسخ داده میشود. دامنه نمرات این آزمون بین ۰ تا ۷۸ است [۲۱]. آلفای کرونباخ کل آزمون معادل ۰/۸۴ و ۰/۹۳ گزارش شده است [۲۲ و ۲۳]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کل برابر با ۰/۸۵ محاسبه شد.

پس از اجرای پیش آزمون، آزمودنیهای گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (طرحواره درمانی) قرار گرفتند، اما در گروه کنترل مداخله های اعمال نشد. در پایان اجرای طرح، مجدداً از آزمودنیهای هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد.

**محتوای جلسات:** طرح درمان مطابق با کتاب راهنمای بالینی طرح واره درمانی [۲۴] تدوین شد. افراد گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ی ۱/۵ ساعته ی طرح واره درمانی گروهی شرکت کردند. محتوای جلسات آموزشی به اختصار در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات طرح واره درمانی

جلسات	محتوا
۱	مفهوم پردازی مشکل بیمار شامل اخذ یک مصاحبه تشخیصی کامل و اطلاعات مربوط به مشکلات بیمار و جستجوی رابطه ی بیمار با والدین مراقبین و برقراری پیوند بازوالدینی با بیمار
۲	ترسیم خطوط کلی اهداف درمان و هدف گزینی درمان براساس گفته های بیمار، ارزیابی چهار عامل زمینه ساز در محیط اولیه دوران کودکی بیمار شامل بد رفتاری و ناامنی، رهاشدگی و محرومیت هیجانی، اطاعت از نیازها و احساسات و تنبیه گری یا طردشدن
۳	نقد و بررسی پرسشنامه های فرزندپروری یانگ و سرگذشت چند وجهی زندگی توسط درمانگر و بیمار، استفاده از پرسشنامه ها به عنوان نقطه آغاز بحث پیرامون ریشه های تحولی طرحواره ها



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

۴	آموزش ذهنیت ها به بیمار (درمانگر ذهنیت های طرحواره‌های را به بیمار توضیح می دهد) و ارزیابی سبک های مقابله ای افراد
۵	درمان ذهنیت کودک رها شده: ایجاد محیط حمایت گرانه، تاکید بر رابطه درمانی، استفاده از تصویرسازی ذهنی و مراقبت از کودک رها شده توسط درمانگر، آموزش نیازهای طبیعی انسان و آموزش جراتمندی با استفاده از ایفای نقش و دادن تکلیف خانگی به بیمار
۶	درمان ذهنیت محافظ بی تفاوت: ایجاد فضایی امن برای بیمار به منظور تجربه کردن احساسات بیمار، نام گذاری ذهنیت محافظ بی تفاوت و شناسایی عوامل برانگیزاننده ی این ذهنیت، تصویرسازی و کنار گذاشتن این ذهنیت، تجربه کردن هیجانها و درد دل با افراد نزدیک به عنوان تکلیف خانگی
۷	درمان ذهنیت والد تنبیه گر: جنگیدن با والد تنبیه گر با استفاده از تصویرسازی ذهنی و شناسایی والد تنبیه گر واقعی، تصویرسازی و محدودیت گزینی برای والد تنبیه گر، ابراز نیازها و احساسات بیمار به عنوان تکلیف خانگی
۸	درمان ذهنیت کودک عصبانی: استفاده از تصویرسازی ذهنی و تخلیه خشم بیمار به افراد آسیب رسان، آموزش بیمار درباره ارزش خشم
۹	جایگزینی مهارت های جسارت مندی به جای حالت های پرخاشگرانه، استفاده از تکنیک های جسارت آموزی و تدبیراندیشی برای خشم به وسیله ایفای نقش و تکلیف خانگی
۱۰	جمع بندی درمان و تاکید بر جایگزینی ذهنیت والد بزرگسال بر سایر ذهنیت ها

## یافته ها

دامنه ی سنی افراد شرکت کننده در این پژوهش بین ۱۸ تا ۲۳ سال بود و دامنه تحصیلات بین سیکل تا لیسانس متغیر بود. همچنین برای کنترل اثر متغیر جنسیت، تمامی شرکت کنندگان از زنان داوطلب مبتلا به این اختلال انتخاب شدند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرها

گروه کنترل (n=۹) میانگین (انحراف معیار)	گروه آزمایش (n=۹) میانگین (انحراف معیار)	متغیر / زمان	
		پیش آزمون	پس آزمون
۴۱/۴۴ (۸/۶۱)	۴۱/۱۱ (۸/۰۳)	تمایز یافتگی	
		پس آزمون	
۲۰/۳۳ (۶/۹۲)	۱۹/۸۸ (۶/۴۸)	اطلاعاتی	
		پس آزمون	
۲۲/۴۴ (۲/۰۶)	۲۱/۳۳ (۱/۲۲)	سبک های هویتی	
		پس آزمون	
۲۲/۷۷ (۱/۶۴)	۲۶/۸۸ (۱/۶۹)	هنجاری	
		پس آزمون	
۲۹/۳۳ (۴/۳۵)	۳۱/۳۳ (۷/۷۹)	سردرگم	
		پس آزمون	
۲۸/۴۴ (۴/۴۱)	۲۱ (۶/۷۴)	نگرش به خوردن	
		پس آزمون	
۵۱ (۷/۰۳)	۵۴/۱۱ (۵/۳۰)		
		پس آزمون	
۵۲/۶۶ (۵/۹۷)	۳۷/۲۲ (۴/۶۰)		
		پس آزمون	



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس به بررسی پیشفرض های اجرای تحلیل کوواریانس میپردازیم. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان میدهد که توزیع نمره تمایز یافتگی، سبک های هویتی و نگرش به خوردن ( $P > 0/05$ ) نرمال میباشد. به منظور آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در این تحلیل گروه (آزمایش و کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات آزمودنیها در متغیرهای تمایز یافتگی، سبک های هویتی و نگرش به خوردن در مرحله ی پیش آزمون به عنوان متغیرهای کنترل و نمرات پس آزمون آزمودنیها در این متغیرها به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند.

جدول ۳. آزمون مفروضه ی برقراری همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس

نام آزمون	Df <sub>۱</sub>	Df <sub>۲</sub>	f	مقدار معناداری
ام باکس	۱۵	۱۰۳۰/۷۳۷	۰/۹۳۳	۰/۵۲۶

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که نتایج آزمون باکس به لحاظ بالینی معنادار نبود ( $p > 0/05$ ) و این به معنای برقراری مفروضه ی همگنی ماتریسهای واریانس-کوواریانس میباشد. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت مقایسه تمایز یافتگی، سبک های هویتی و نگرش به خوردن در دو گروه

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	مقدار f	مقدار معناداری
اثر پیلایی	۰/۸۳۲	۵	۱۲	۳۲/۶۶۷	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۶۸	۵	۱۲	۳۲/۶۶۷	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۱۳/۶۱۱	۵	۱۲	۳۲/۶۶۷	۰/۰۰۰
بزرگ ترین ریشه ی روی	۱۳/۶۱۱	۵	۱۲	۳۲/۶۶۷	۰/۰۰۰

نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر وابسته ی ترکیبی، به عنوان متغیر وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد، (اثر پیلایی = ۰/۸۳،  $p < 0/001$ )،  $F(5,12) = 32.66$ .

جدول ۵. نتایج آزمون های اثرات بین آزمودنی ها جهت مقایسه تمایز یافتگی، سبک های هویتی و نگرش به خوردن در دو گروه

شاخص آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار معناداری
تمایز یافتگی	۱۱۲۰/۲۲۲	۱	۱۱۲۰/۲۲۲	۱۷/۴۰۵	۰/۰۰۱
سبک هویت اطلاعاتی	۷۶/۰۵۶	۱	۷۶/۰۵۶	۲۷/۳۸۰	۰/۰۰۰
سبک هویت هنجاری	۳۲۰/۸۸۹	۱	۳۲۰/۸۸۹	۶/۱۵۵	۰/۰۲۵
سبک هویت سردرگم	۲۴۹/۳۸۹	۱	۲۴۹/۳۸۹	۱۰/۶۷۰	۰/۰۰۱
نگرش به خوردن	۸۵۴/۲۲۲	۱	۸۵۴/۲۲۲	۳۰/۰۰۲	۰/۰۰۰



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

به منظور مقایسه ی دو گروه آزمایش و کنترل از جهت کنترل تک تک متغیرها، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنیها در جدول ۵ نشان می دهد که بین آزمودنیهای دو گروه در متغیرهای تمایزیافتگی، سبک های هویت اطلاعاتی و سردرگم و نگرش به خوردن تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/001$ ). با توجه به شاخصهای توصیفی موجود در جدول ۲ این تفاوت به گونه ای است که در متغیرهای تمایزیافتگی و سبک هویت اطلاعاتی میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین گروه کنترل بیشتر و در متغیرهای سبک هویت سردرگم و نگرش به خوردن میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین گروه کنترل کمتر میباشد. در میانگین نمرات سبک هویت هنجاری نیز در سطح ( $p < 0/01$ ) تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت.

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تمایزیافتگی، سبک های هویتی و تغییر نگرش به خوردن در دختران مبتلا به بی اشتهایی عصبی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که این روش درمانی به طور معناداری بر افزایش تمایزیافتگی، سبک هویت اطلاعاتی (هویت موفق) و کاهش هویت سردرگم (اجتنابی) و تغییر نگرش به خوردن در شرکت کنندگان موثر بوده است.

بر اساس رویکرد طرحواره محور، بیماران مبتلا به اختلال خوردن از همان دوران کودکی مجموعه ای از پاسخ ها و راهبردهای مقابله ای ناسازگار را به منظور سازگار شدن با طرحواره های خود می آموزند تا بدین وسیله از تجربه نمودن هیجانات شدید و افراطی ناشی از طرحواره های ناسازگار اولیه اجتناب نمایند [۲۵ و ۸]. اجتناب اولیه از هیجان در بی اشتهایی عصبی، اصولاً برای کنترل بر خود و محیط اجتماعی به منظور اجتناب از پیامدهای نامطلوب به کار می رود و در واقع کنترل بر بدن روشی برای به دست آوردن حس کنترل بر زندگی است. سیمپسون و همکاران [۲۶] نشان دادند که استفاده از راهبردهای ویژه ی طرحواره محور با تمرکز بر حس بدنی ادراک شده، تصویر بدنی و مهارت های تنظیم هیجانی، کاهش معناداری را در شدت کلی طرحواره های ناسازگار اولیه، احساس شرم، سطح اضطراب، شدت اختلال و همچنین بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال خوردن در مراحل پس از درمان و پیگیری به دنبال داشته است.

در طرحواره درمانی درمانگر در نقش یک والدخوب عمل میکند. هدف این است که با مدل سازی از درمانگر، ذهنیت بزرگسال سالم بیمار رشد کند و توانبخشیشود، زیرا این ذهنیت از کودک رها شده مراقبت میکند، به پاسدار بیتفاوت آرامش داده و جای آن را می گیرد، والدتنبیه گر را مغلوب کرده و آن را از میدان به در کرده و به کودک برآشفته شیوه های سالم و مناسب بیان هیجان و نیاز را آموزش میدهد. کودک رها شده بخشی از وجود بیمار است که طبق فرض نظریه طرحواره درمانی در خاستگاه خانوادهاصلی مورد سوءاستفاده، ترک و رها شدن، بی بهرگی هیجانی، فرمانبرداری و گوش مالی سخت و بیرحمانه قرار گرفته است. به طور کلی، رویکرد طرحواره درمانی با آمیزه چهار روش شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه ای، افزون بر زیر سوال بردن طرحواره های ناسازگار که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تهی سازی عواطف و هیجان منفی مدفون شده مانند خشم ناشی از برآورده نشدن نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران طی سالهای کودکی میشود [۲۴ و ۲۷].



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

از آنجا که آسیب در حوزه عملکرد مختل میتواند، به برآورده نشدن نیاز به هویت و آسیب در حوزه بریدگی و طرد می تواند، 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 فعال سازی طرحوارههای دوران کودکی خود به کار میگیرند. در این خصوص، سیمپسون [۲۶] معتقد است در این بیماران اختلالهای خوردن همراه با حالتی مواجعه با طرحواره ی رشد نیافته است و حالت محافظ بی تفاوت باعث اختلال در خوردن برای اجتناب از طرحوارههای اولیه (خاطرات و هیجانات منفی) میشود. 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. با توجه به اثربخشی بالای طرحواره درمانی در تعدیل طرحوارههای ناسازگار اولیه اینگونه استنباط می شود، طرحواره درمانی بر ریشههای تحولی طرحواره ها، تمرکز بیشتری دارد و علاوه بر تکنیکهای شناختی رفتاری در تغییر باورهای بیماران از سایر تکنیکها نظیر تکنیکهای تجربی و الگوشکنی 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 [۱۳ و ۲۸].

تکنیکهای شناختی با محک زدن اعتبار طرحواره ها و استفاده از فن هایی مانند تعریف جدید شواهد تأییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارتهای آموزشی و... آگاهی عقلانی بیماران را افزایش داده و آنان را بهاین نتیجه رسانده که طرحواره غلط است یا سخت اغراق آمیز. از موارد دیگر میتوان به فنهای تجربی اشاره کرد که بیماران از طریق این فن موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند. استفاده از فنهای تجربی، یکی از ویژگیهای کلیدی طرحواره درمانی است، چراکه سیستمهای شناختی- عقلانی مبتنی بر زبان از سامانه های مرتبط با هیجان مستقل هستند. فن های تجربی، بر تجربه و ابراز هیجانهایی تمرکز میکنند که مرتبط با موقعیتهای گذشته هستند که بهنوبه خود، منجر به توسعه یا حفظ طرحواره و ذهنیتها میشوند. از دیگر عوامل مؤثر بر کاهش نشانه ها میتوان به الگو شکنی رفتاری اشاره نمود که طولانی ترین و حساس ترین بخش طرحواره درمانی است. در این قسمت به مراجع کمک شد تا با جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر، به جای پاسخهای مقابله ای ناکارآمد، رفتارهای انطباقی تری را جایگزین کنند [۲۴ و ۸].

در انتها لازم به یادآوری است که پژوهش حاضر با محدودیتهایی مواجه بود که بر تعمیم پذیری نتایج اثر میگذارد. عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنیها، نگرش آزمودنیها به آزمون مورد استفاده، میزان همکاری آنها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه آنها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج است و می تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد.

تشکر و قدردانی

دست اندرکاران این پژوهش بر خود لازم میدانند تا از شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آورند. در پژوهش حاضر کلیه موازین اخلاقی رعایت شده و گزارش این پژوهش در آذر ۱۴۰۰ مورد تأیید دانشگاه علوم پزشکی مشهد واقع شده است و به شماره ی IR.IAU.K.REG-۱۴۰۰/۶۶ قابل پیگیری میباشد.





## منابع:

۱. Chew CS, Kelly S, Tay EE, Baeg A, Khaider KB, Oh JY, Rajasegaran K, Saffari SE, Davis C. Implementation of family-based treatment for Asian adolescents with anorexia nervosa: A consecutive cohort examination of outcomes. *International Journal of Eating Disorders*. ۲۰۲۱ Jan;۵۴(۱):۱۰۷-۱۶.
۲. Ganji M. Psychopathology based on DSM<sup>o</sup> (Volume ۱), Savalan Publications, ۲۰۲۲. [Persian]
۳. Boland R, Verduin M. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; ۲۰۲۱ Dec ۲۲.
۴. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders <sup>o</sup>: A quick glance. *Indian journal of psychiatry*. ۲۰۱۳ Jul ۱;۵۵(۳):۲۲۰-۳.
۵. Murphy CM, Stojek MK, MacKillop J. Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index. *Appetite*. ۲۰۱۴ Feb ۱;۷۳:۴۵-۵۰.
۶. Minuchin S, Rosman BL, Baker L, Minuchin S. Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Harvard University Press; ۲۰۰۹ Jun ۳۰.
۷. Tetley A, Moghaddam NG, Dawson DL, Rennoldson M. Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating behaviors*. ۲۰۱۴ Jan ۱;۱۵(۱):۴۹-۵۹.
۸. Rafaeli E. Schema therapy. In *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* ۲۰۲۰ Apr ۲۲ (pp. ۴۵۵۹-۴۵۶۴). Cham: Springer International Publishing.
۹. Ansari S, Asgari P, Makvandi B, Heidari A, SerajKhorrami N. Effectiveness of schema therapy in psychological distress, body image, and eating disorder beliefs in patients with anorexia nervosa. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*. ۲۰۲۰ Aug ۱۰;۷(۳):۱۸۴-۹.
۱۰. Damiano SR, Reece J, Reid S, Atkins L, Patton G. Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eating behaviors*. ۲۰۱۵ Jan ۱;۱۶:۶۴-۷۱.
۱۱. Jones C, Leung N, Harris G. Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. ۲۰۰۷ Jul ۱;۲۱(۲):۱۵۶.
۱۲. Fassbinder E, Arntz A. Schema therapy. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches*. ۲۰۲۱ (pp. ۴۹۳-۵۳۷). American Psychological Association.
۱۳. Calvert F, Smith E, Brockman R, Simpson S. Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Journal of eating disorders*. ۲۰۱۸ Dec;۶(۱):۱-۷.
۱۴. Sharifi M, Edemi E. The effect of group schema therapy on eating disorder beliefs and feelings of shame in adolescent girls with anorexia nervosa in Isfahan city. *New Psychological Research Quarterly*, ۲۰۱۲, ۷:(۲۷):۸۱-۹۸. [Persian]
۱۵. MahmoudianDastanai T, Neshat Dost H, Amiri SH, Manshai GH. Comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive and behavioral therapy on modulating primary maladaptive schemas in anorexia nervosa patients with regard to parental attachment. *Quarterly Journal of Applied Psychological Research*. ۲۰۱۵, ۷:(۳):۱۴۷-۱۶۳. [Persian]
۱۶. Berzonsky MD. Identity style: Conceptualization and measurement. *Journal of adolescent research*. ۱۹۸۹ Jul;۴(۳):۲۶۸-۸۲.
۱۷. Ghazanfari A. Validation and standardization of identity style questionnaire (ISI<sup>IG</sup>). *Basics of Education Research*, ۲۰۰۴, ۵ (۱), ۲۵-۳۸. [Persian]
۱۸. Drake JR. Differentiation of self inventory-short form: creation and initial evidence of construct validity (Doctoral dissertation, University of Missouri--Kansas City).
۱۹. Fakhkhari N, Latifian M, Etemad J. Examining the psychometric properties of the short form of self-differentiation questionnaire in Iranian students. *Educational Measurement Quarterly*, ۲۰۱۴, ۴:(۱۵):۳۵-۵۸. [Persian]
۲۰. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. ۱۹۷۹ May;۹(۲):۲۷۳-۹.



۲۱. Al-Subaie A, Al-Shammari S, Bamgboye E, Al-Sabhan K, Al-Shehri S, Bannah AR. Validity of the Arabic version of the Eating Attitude Test. *International Journal of Eating Disorders*. ۱۹۹۶ Nov;۲۰(۳):۳۲۱-۴.
۲۲. Yoon E, Funk R. The psychometric properties of the Eating Attitudes Test-۲۶. In ۱۲th Annual Conference of the Society for Social Work and Research, Washington, DC, January ۲۰۰۸ (pp. ۱۷-۲۰).
۲۳. Babaei S, Khodapanahi M, SalehSadekpour B. Relationship between beliefs and symptoms of eating disorders. *Evolutionary Psychologists: Iranian Psychologists*, ۲۰۰۷, ۴:(۱۳):۱۲-۳. [Persian]
۲۴. Farrell J, Reiss N, Shaw A. Schema therapy clinical guide, translated by MaryamHedayati and Adele Samimi, Tehran: Arjmand Publications, ۲۰۲۰. [Persian]
۲۵. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner' s guide: New York: Guilford Publication.
۲۶. Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in psychology*. ۲۰۱۰ Nov ۱۶;۱:۱۸۲.
۲۷. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. ۲۰۱۴ Jun ۱;۴۵(۲):۲۴۲-۵۱.
۲۸. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*. ۲۰۱۵ Jul ۱;۳۹:۳۰-۴۱.