



محمودیان دستنایی، طاهره؛ امیری، شعله؛ حمید طاهر، نشاط دوست؛ منشئی، غلامرضا (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران بی اشتهای عصبی با پیوند ضعیف مادری. پژوهش های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۸(۱)، ۱۴۱-۱۲۴.  
DOI: 10.22067/ijap.v8i1.58359

## مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران بی اشتهای عصبی با پیوند ضعیف مادری

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

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۲ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۹

### چکیده

**هدف:** مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران بی اشتهای عصبی با توجه به پیوند ضعیف مادری  
**روش:** روش آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون، پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی و کلینیک های روان درمانی شهر تهران در رده سنی ۱۶ تا ۲۳ سال می باشد. روش نمونه گیری به صورت هدفمند بوده است. در غربالگری صورت گرفته ۲۱ بیمار بی اشتهای عصبی دارای پیوند ضعیف مادری تشخیص داده شد، سپس بیماران در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل همتا سازی شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک های تشخیص اختلال خوردن و تشخیص روان پزشکی است. از دو پرسشنامه ۱- پیوند والدینی ۲- طرحواره های یانگ استفاده شد.

**یافته ها:** بیماران در حوزه بریدگی و طرد، خود گردانی و عملکرد مختل و سپس گوش به زنگی دارای بیشترین مشکل بوده اند. اما در حوزه دیگر جهت مندی و محدودیت های مختل آسیب پذیری کمتری داشتند. همچنین نتایج بیانگر این بود که درمان طرحواره نسبت به درمان شناختی رفتاری در بهبود طرحواره های ناسازگار بیماران دارای اثربخشی و ماندگاری بیشتری بوده است.

**واژه های کلیدی:** طرحواره درمانی، درمان شناختی رفتاری، بی اشتهایی عصبی، پیوند ضعیف مادری.

۱. گروه روانشناسی، واحد بهشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بهشهر، ایران. (نویسنده مسئول)، mahmodian.mina@yahoo.com

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. shole\_amiri@yahoo.com

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

## مقدمه

بی‌اشتهایی عصبی خودداری از حفظ کمترین وزن بهنجار بدن، ترس شدید از افزایش وزن و اختلال قابل ملاحظه در درک تصویر یا اندازه بدن است (Mehler, & Brown, 2015). این اختلال در دختران دارای شیوع بیشتری است و متوسط سن شروع آن ۱۳ تا ۱۶ سال است؛ ویژگی اصلی آن مقاومت در برابر حفظ حداقل وزن، ترس مرضی از چاق شدن، باور غلط درباره اندام، که حتی در لاغری مفرط فرد فکر می‌کند چاق است (Ganji, 2012). اختلال دارای دو نوع فرعی، نوع محدود کننده و نوع پرخوری/پاکسازی است (Colman, 2015). شیوع ۱۲ ماهه بی‌اشتهایی عصبی در زنان جوان تقریباً ۰/۴ درصد و در مردان نامشخص است (DSM-5, 2013). بر طبق مطالعات جدید مرگ و میر بیماران بی‌اشتهایی عصبی، بسیار بیشتر از بیماران پراشتهای عصبی است؛ برای بیماران بی‌اشتهای عصبی ۵/۳۵ و برای پراشتهای عصبی ۱/۴۹ گزارش شده است (Fichter, & Quadflieg, 2016). همچنین در سال‌های اخیر شیوع بی‌اشتهایی عصبی در نوجوانان، به طور شگرفی افزایش داشته است (Sadock, & Sadock, 2008; Watson, & Bulik, 2013). 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 و این مواجهه ممکن است مشکلات رفتاری خوردن را ایجاد کند (Chamay-Weber, Narring, & Michaud, 2005; Grilo, & Mitchell, 2011). در سبب شناسی اختلال خوردن عوامل متعددی مانند عوامل زیست‌شناختی (Grilo, & Mitchell, 2011; Sadock, & Sadock, 2008)، فرهنگی اجتماعی (Stice, Presnell & Spangler, 2002) رگه<sup>۱</sup> و اختلال‌های شخصیت (Murphy, stojek, & Young, Klosko, & Weishaar, 2014)، طرحواره‌های شناختی<sup>۲</sup> و باورهای هسته‌ای<sup>۳</sup> (Mackillop, 2014) و متغیرهای پویایی شناسی خانواده<sup>۴</sup> (Agres, & et al., 2014; Tumer & Cooper, 2005) مطرح شده‌اند. با این وجود، رابطه ی والد-کودک و رفتار مراقبتی ناسالم به عنوان عامل مهم در مدل چند عاملی سبب شناسی اختلال خوردن مورد پذیرش واقع شده است (Haris, Leung, & Jone, 2005). در تبیین رابطه کودک و مادر و استفاده از راهکارهای ناسازگار بوسیله کودک (مانند اختلال خوردن) یانگ (۱۹۹۰) یک سازه سودمند تحت عنوان طرحواره‌های ناسازگار اولیه مطرح کرده است. او بیان داشت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، نتیجه تجارب بین فردی منفی نخستین سال‌های زندگی در درون و بیرون خانواده است (Young, & et al., 2003).

- 1 . Biological
- 2 . Trait
- 3 . Cognitive Schemas
- 4 . Core beliefs
- 5 . Family Dynamic

بر طبق مطالعات انجام شده بیش از یک سوم بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اظهار داشته‌اند که کژکاری خانواده عاملی بوده که در ایجاد اختلال خوردن آنها مشارکت داشته است (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer & Bachar, 2008). مشارکت موثر یا میزان علاقه اعضای خانواده به ارزش بخشیدن به فعالیت‌ها و نگرانی‌های یکدیگر نیز با اختلال در غذاخوردن مرتبط است، افرادی که که دچار اختلال در غذا خوردن هستند، گزارش داده‌اند که خانواده‌هایشان در مشارکت موثر مشکل بیشتری دارند. آنها دارای مشارکت بیش از حد (افراطی) هستند که الزامات نشان دهنده شکل مثبت صمیمیت نیست (Brockmeyer, & et al., 2013). به علاوه، بسیاری از والدین بیماران مبتلا به اختلالات خوردن در رابطه با مطلوب بودن لاغری، رژیم گرفتن و ظاهر جسمانی خوب، دل‌مشغولی دیرینه داشته و مانند فرزندان خود گرایش‌های کمال‌گرایانه دارند (Kaplan, 2012). در واقع عملکرد مختل خانواده با آسیب‌شناسی روانی اختلالات خوردن ارتباط دارد و در این رابطه، باورهایی که روان‌بناها را فعال می‌کند به عنوان میانجی مطرح می‌شوند.

ناکارآمدی خانواده به عنوان یک عامل اثرگذار بر تحول و مسیر آسیب‌شناسی روانی اختلال خوردن می‌باشد. خصوصاً یافته‌های بدست آمده از نمونه‌های بالینی و غیربالینی، بر این نکته دلالت دارد که زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی رابطه‌ی والدینشان را بصورت مراقبت ناکافی و حمایت مفرط والدینی (Rommel, Nandrin, 2014; Antoine, & Dodin, 2013; Tetley, Moghaddam, Dawson, & Rennoldson, 2014) توصیف می‌کنند. در این بین، یکی از روان‌بناهایی که نقش میانجی را در رابطه‌ی ناکارآمدی والدین و آسیب‌شناسی خوردن ایفا می‌کند، روان‌بنا شرم است که ممکن است ناشی از خود معیوب یا حس بی‌ارزشی و طرد از سوی دیگران باشد (Goss, & Allan, 2009). ماسن و همکارانش (۱۹۸۶) پیشنهاد می‌دهد که این شرم درونی شده ممکن است ناشی از بروز شرم در ارتباط با محیط خانواده باشد، سطوح بالای ناکارآمدی خانواده (مراقبت کم و حمایت مفرط) با آسیب‌شناسی خوردن همراه است و در این رابطه روان‌بنا شرم نقش میانجی را ایفا می‌کند. وقتی روابط پیوند والدینی با نشانه‌های اختلال خوردن مورد بررسی قرار می‌گیرد، باورها ناسازگار هسته‌ای هستند که نقش میانجی را در این رابطه ایفا می‌کنند و جهت بررسی و اثر روابط والدی بر اختلالات خوردن باید باورهای هسته‌ای مورد بررسی قرار گیرد (Cooper, Rose, & Tumer, 2005; Gillings, 2004; Jones, Leung, & Hariss, 2006). درمان اختلالات خوردن یک چالش قابل توجه و کار با این جمعیت بسیار دشوار است، در بررسی ادبیات درمانی پیشنهاد شده است، درمان شناختی رفتاری برای بیماران دارای اختلال خوردن امیدوارکننده بوده است (Wilson, & et al., 2015; Agras, & Kraem, 2002).

اما در دراز مدت نیاز به پی‌گیری دارد. این مسئله نشان می‌دهد که درمانگر باید به شناسایی متغیرهای

زمینه ای که منجر به بازگشت رفتارهای جبرانی، مانند محدودیت غذایی و پاکسازیست بپردازد. با توجه به نقش شناخت در اختلالات خوردن (Brockmeyer, & et al., 2013; Lock, & Grange, 2015) شناسایی باور های هسته ای و طرحواره های شناختی می تواند از مفاهیم قابل بحث باشد.

بر همین اساس با توجه به مطالعات انجام شده و نظریه های مطرح شده در این پژوهش، اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود، طرحواره های ناسازگار اولیه مورد توجه قرار گرفته است. لذا پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا بکارگیری روش طرحواره درمانی در بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه شکل گرفته توسط پیوند ضعیف مادری در این گروه از بیماران اثربخش است؟ درمان شناختی رفتاری چگونه؟ آیا بین درمان شناختی رفتاری با طرحواره درمانی در بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت وجود دارد؟

با توجه به شیوع قابل توجه این اختلال در جوامع، به خصوص جوامع توسعه یافته، مقاوم به درمان بودن این اختلال، وجود نظریه های که ارتباط بین روابط والد-فرزند را در توسعه اختلال خوردن، تحکیم می کند و فقدان پژوهش هایی که اثربخشی مداخلات روانشناختی بر اختلال بی اشتها بی عصبی، با توجه به نقش مادر و فرزند را بررسی کند، پژوهشگر در این پژوهش به اثربخشی روش طرحواره درمانی که یک روش، درمانی نوین و یکپارچه است و عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده است و مبانی آن تلفیقی از مکتب شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده گرایی و روانکاوی در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند است و این شیوه ی درمان، سیستم جدیدی از روان درمانی را برای بیماران مبتلا به اختلالات مزمن و مقاوم که تا کنون یک مسئله بغرنج در درمان به شمار می روند (Young, & et al., 2003) در مقایسه با روش درمانی شناختی رفتاری کلاسیک در بهبود طرحواره های ناسازگار بیماران بی اشتها بی عصبی که دارای پیوند ضعیف مادری هستند، مورد مطالعه و بررسی قرار می دهد.

بر همین اساس فرضیه های زیر تدوین گردید:

- ۱- روش طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره های ناسازگار بیماران بی اشتها بی عصبی با توجه به پیوند ضعیف مادری اثربخش است.
- ۲- روش شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره های ناسازگار بیماران با توجه به پیوند ضعیف مادری اثربخش است.
- ۳- بین درمان شناختی رفتاری با طرحواره درمانی در بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه بیماران با توجه به پیوند ضعیف مادری تفاوت وجود دارد.

## روش

روش پژوهش به صورت آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل است. در این طرح قبل از مداخله پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا گردید و طرحواره‌های ناسازگار بیماران مشخص شد، سپس برای گروههای آزمایش ۱۲ جلسه درمانی ۴۵ دقیقه‌ای، مداخله انجام شد و پس از پایان جلسات درمانی، پس‌آزمون اجرا شد. در نهایت پس از گذشت ۳ ماه از پایان درمان پیگیری (اجرای مجدد آزمون) انجام گردید. لازم به ذکر است برای گروه کنترل به دلیل رعایت اصول اخلاقی یک جلسه ۲ ساعته آموزش "خودآگاهی" ارائه شد اما در روند پژوهش این آموزش مد نظر قرار نگرفت.

بعد از استخراج پرسشنامه‌های مربوط به طرحواره‌های ناسازگار اولیه، با توجه به برقرار بودن شرط آزمون‌های پارامتریک از آماره طرح اندازه‌گیری مکرر (تحلیل کوواریانس عاملی) با استفاده از نرم افزار spss فرضیه‌ها مورد آزمون قرار گرفت.

### جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و نمونه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی و کلینیک‌های روان‌درمانی شهر تهران در رده سنی ۱۶ تا ۲۳ سال می‌باشد.

روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند است، 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 شده است به عنوان افراد نمونه انتخاب شدند. 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 پر کردند و آزمودنی‌هایی که دارای پیوند ضعیف والدینی (مراقبت کم / بیش حمایت‌گری بودند، انتخاب شدند. از ۷۲ بیمار ۲۴ بیمار بی‌اشتهای عصبی بود که از این تعداد تقریباً ۹۰٪ (۲۱ بیمار) دارای پیوند ضعیف مادری و ۱۰٪ دارای پیوند ضعیف پدری و مادری بودند. در نهایت بیماران بی‌اشتهای عصبی دارای پیوند ضعیف مادری در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل هم‌تا سازی شده‌اند (هر گروه ۷ بیمار). لازم به ذکر است، سه گروه از نظر معیارهای ورودی (بیماران بی‌اشتهای عصبی با شاخص توده بدنی  $BMI \geq 17 \text{kg/m}^2$ ) دارای پیوند ضعیف مادری / محدوده ۲۳-۱۶ سال / جنسیت دختر) و معیار خروجی مطالعه شامل بیمارانی بوده است که (دارای سایر اختلالات روانپزشکی همراه با بی‌اشتهایی عصبی داشته‌اند / از نظر شدت در رده متوسط، شدید و یا خیلی شدید / سن بالاتر از ۲۳ سال و کمتر از ۱۶ سال / جنسیت پسر) بوده‌اند. در گروه آزمایش اول مداخله طرحواره درمانی، در گروه آزمایش دوم

مداخله درمان شناختی رفتاری صورت گرفت. در گروه کنترل مداخله درمانی صورت نگرفت اما به دلیل رعایت اصول اخلاقی یک جلسه ۲ ساعته برای آنها آموزش خودآگاهی داده شد. شاخص توده بدنی بر حسب تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر قد بر حسب متر به دو به دست آمده است.

با توجه به ملاک های تشخیص و طبقه بندی اختلالات روانی ویراست پنجم بیماران بی اشتباهی عصبی از نظر شاخص توده بدنی در چهار گروه، خفیف ( $BMI > 17 \text{kg/m}^2$ )، متوسط ( $BMI > 16$ )، شدید ( $16/99 \text{kg/m}^2$ )، شدید ( $BMI > 15-15/99 \text{kg/m}^2$ ) و خیلی شدید ( $BMI > 15 \text{kg/m}^2$ ) طبقه بندی می شوند (DSM-5, 1013). این مطالعه با توجه به تشخیص روانپزشک و ملاک های تشخیصی طبقه بندی اختلالات روانی ویراست پنجم، بیماران مورد مطالعه با شاخص توده بدنی ( $BMI \geq 17 \text{kg/m}^2$ ) در نظر گرفته شد، در واقع همه افراد نمونه از نظر شدت در این اختلال در رده خفیف قرار داشتند.

### ابزارها

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک های تشخیص اختلال بی اشتباهی عصبی مبتنی بر (DSM-5) و تشخیص روان پزشک می باشد. در این پژوهش از دو پرسشنامه استفاده گردید:

**ابزار پیوند والدینی<sup>۱</sup> (PBI):** این ابزار، که پارکر، توپلینگ و براون<sup>۲</sup> (۱۹۷۹) ساختند، سبک های پیوند والدینی را در فرم جداگانه مربوط به مادر و پدر می سنجد. این مقیاس، ابزاری گذشته نگر است و برای نوجوانان بالای ۱۶ سال کاربرد دارد. برای استفاده از این ابزار که دارای ۲۵ سوال چهارگزینه ای و سه زیرمقیاس مراقبت، حمایت کنندگی بیش از حد و تشویق آزادی رفتاری است (Meyer, & Gilling 2004) آزمودنی باید سبک پیوند والدینی را در طی ۱۶ سال اول زندگی اش به خاطر آورد. نمرات بالا در مقیاس مراقبت، بازتاب والدینی گرم، مهربان و همدل می باشد. نمرات پایین در مقیاس مراقبت، نشانگر والدینی سرد و طردکننده و بی توجه است. نمرات بالا در مقیاس حمایت کنندگی بیش از حد، بیانگر والدین کنترل کننده و مزاحم است که تمایل دارند کودک شان همیشه بچه بماند.

از سوی دیگر، نمرات پایین در مقیاس حمایت کنندگی بیش از حد، منعکس کننده ی والدینی است که به کودک آزادی می دهند و اسباب استقلال آنها را فراهم می آورند (Canetti, et al. 2008). بررسی های اولیه ی پایایی آزمون به وسیله ی پارکر از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت ۰/۶۳ تا ۰/۶۲، و برای مقیاس حمایت کنندگی بیش از حد ۰/۸۷ تا ۰/۶۶ به دست آمد (Wilhelm, Niven, Parker, Hadzi-)

1 . Parental Bonding Instrument

2 .Parker G, Tupling H, Brown LB

(Pavlovic & 2005). نمرات بالا در بعد حمایت‌کنندگی بیش از حد و نمرات پایین در بعد مراقبت به پیوند مشکل‌دار اشاره دارند (Meyer, & Gilling, 2004). لوئیس پایایی آزمون را از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس حمایت‌کنندگی بیش از حد ۰/۸۷ به دست آورد (Lewis, 2005).

**فرم کوتاه پرسشنامه‌ی طرحواره‌های یانگ:** این پرسشنامه 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 (۱۹۸۸) به وسیله‌ی یانگ ساخته شده است (Ahi, 2006). 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 استفاده بیشتر فرد از باورها و طرحواره‌های ناسازگار می‌باشد.

در این پرسشنامه پانزده طرحواره ناسازگار اولیه سنجیده می‌شود که یانگ آنها را در ۵ حوزه طبقه‌بندی کرده است. حوزه بریدگی و طرد که شامل (طرحواره رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم)، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل که شامل (وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری، گرفتار/ خویش‌نمون تحول‌نیافته و شکست)، حوزه محدودیت‌های مختل که شامل (استحقاق/ بزرگمنشی، خویش‌نمون دارای/ خودانضباطی ناکافی)، حوزه دیگر جهت‌مندی که شامل (اطاعت، ایثار، پذیرش/ جلب توجه) و حوزه گوش‌بزرگی بیش از حد و بازداری که شامل طرحواره (بازداری هیجانی و معیارهای سخت‌گیرانه) می‌باشد (Young, & et al., 2003).

ضریب آلفای پرسشنامه از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ برای هر طرحواره ناسازگار اولیه و ضریب آزمون-بازآزمون<sup>۲</sup> در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمده است (Shayeghian, vafae, Rasolzade, & Tabatabaee, 2011). در این پژوهش، پایایی پرسشنامه محاسبه گردید نتایج نشان داد ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۹۲ و برای هر طرحواره ناسازگار اولیه بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ بدست آمد.

## یافته‌های پژوهش

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش ابتدا مفروضات آزمون انجام گردید. نتایج حاکی از برقرار بودن مفروضات و تشخیص شاخص‌های آماری بوده است. همگنی ماتریس کوواریانس با استفاده از M باکس

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

2. Test-Retest Reliability

بررسی شد. نتایج آزمون نشان داد که ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته (حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت مندی و حوزه گوش بزنگی و بازداری) در گروه‌ها مساوی است. در نتیجه در انجام آزمون، شاخص لامبدای ویلکز<sup>۱</sup> 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 می‌باشد. در زیر ابتدا جدول مربوط به توصیف طرحواره‌ها در سه گروه با توجه به نوع پیوند نمایش داده شده است و سپس جداول مربوط به آزمون کواریانس عاملی آورده شده است.

جدول ۱. توصیف آماری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با توجه به پیوند ضعف مادری

حوزه	پیوند ضعیف مادری	زمان	آزمایش (۱) (شناختی- رفتاری)	آزمایش (۲) (طرحواره درمانی)	گروه کنترل
بریدگی و طرد	مراقبت کم	قبل مداخله	۲۱/۶۸	۲۱/۲۰	۲۱/۶۸
		بعداز مداخله	۱۹/۳۶	۱۷/۳۲	۲۱/۶۴
		پیگیری	۱۹/۵۶	۱۷/۴۰	۲۱/۵۶
	بیش حمایت‌گری	قبل مداخله	۲۲/۰۰	۲۲/۰۰	۲۲/۰۰
		بعداز مداخله	۱۹/۷۰	۱۷/۸۰	۲۱/۹۰
		پیگیری	۱۹/۰۰	۱۶/۷۰	۲۱/۷۰
خودگردانی و عملکرد مختل	مراقبت کم	قبل مداخله	۱۸/۰۵	۱۸/۱۰	۱۸/۱۰
		بعداز مداخله	۱۶/۳۰	۱۴/۷۵	۱۸/۰۵
		پیگیری	۱۶/۷۰	۱۵/۱۰	۱۸/۱۰
	بیش حمایت‌گری	قبل مداخله	۱۷/۸۷	۱۷/۸۷	۱۷/۸۷
		بعداز مداخله	۱۵/۸۷	۱۴/۷۵	۱۷/۸۷
		پیگیری	۱۴/۸۷	۱۳/۶۲	۱۷/۸۷
محدودیت‌های مختل	مراقبت کم	قبل مداخله	۱۳/۳۰	۱۳/۳۰	۱۳/۳۰
		بعداز مداخله	۱۲/۵۰	۱۱/۳۰	۱۳/۳۰
		پیگیری	۱۲/۳۰	۱۱/۲۰	۱۳/۳۰
	بیش حمایت‌گری	قبل مداخله	۱۲/۲۵	۱۲/۲۵	۱۲/۲۵
		بعداز مداخله	۱۱/۵۰	۱۱/۵۰	۱۲/۲۵
		پیگیری	۱۱/۵۰	۱۰/۲۵	۱۲/۲۵

1. Wilks' Lambda



۱۵/۱۰	۱۵/۱۰	۱۵/۲۰	قبل مداخله	مراقبت کم	دیگر
۱۵/۱۰	۱۲/۹۰	۱۴/۳۰	بعد از مداخله		
۱۵/۱۰	۱۲/۵۰	۱۳/۹۰	پیگیری		
۱۴/۵۰	۱۴/۵۰	۱۴/۵۰	قبل مداخله	بیش حمایت‌گری	مندی
۱۴/۵۰	۱۱/۷۵	۱۲/۲۵	بعد از مداخله		
۱۴/۵۰	۱۱/۷۵	۱۳/۰۰	پیگیری		
۱۶/۷۰	۱۶/۷۰	۱۶/۶۰	قبل مداخله	مراقبت کم	گروه نرسنگی پیش از حد و بازدارندگی
۱۶/۷۰	۱۳/۹۰	۱۵/۱۰	بعد از مداخله		
۱۶/۷۰	۱۳/۵۰	۱۵/۳۰	پیگیری		
۱۵/۷۵	۱۵/۷۵	۱۵/۷۵	قبل مداخله	بیش حمایت‌گری	
۱۵/۷۵	۱۳/۲۵	۱۵/۰۰	بعد از مداخله		
۱۵/۷۵	۱۲/۲۵	۱۴/۲۵	پیگیری		

جدول ۱ مربوط به میانگین نمرات مربوط به طر حواره های ناسازگار بیماران، قبل از مداخله، بعد از مداخله و پیگیری می باشد. نتایج نشان می دهد بیشترین میزان میانگین مربوط به حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل است.

جدول ۲. خلاصه آزمون تحلیل کوواریانس عاملی جهت بررسی اثر بخشی درمان بر بهبود طر حواره های ناسازگار اولیه

حوزه طر حواره	منبع تغییرات	Value	F	درجه آزادی	سطح معناداری	میزان اثر
بریدگی و طرد	پس از مداخله، پیگیری* گروه	۰/۵۳۴	۱۲/۲۳	۱	۰/۰۰۴	۰/۴۶۶
	پس از مداخله، پیگیری* پیوند	۰/۸۹۴	۰/۸۳۰	۲	۰/۴۵۶	۰/۱۰۶
	پیوند* گروه* پس از مداخله، پیگیری	۰/۷۳۹	۲/۴۷	۲	۰/۱۲۰	۰/۲۶۱
خودگردانی و عملکرد مختل	پس آزمون، پیگیری* گروه	۰/۲۸۳	۵۳/۳۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۷
	پس از مداخله، پیگیری* پیوند	۰/۷۴۸	۲/۳۵	۲	۰/۱۳۱	۰/۲۵۲
	پیوند* گروه* پس از مداخله، پیگیری	۰/۴۶۶	۸/۰۱	۲	۰/۰۰۵	۰/۵۳۴
محدودیت های مختل	پس از مداخله، پیگیری* گروه	۰/۶۲۴	۳/۴۲	۱	۰/۰۶۲	۰/۲۷۳
	پس از مداخله، پیگیری* پیوند	۰/۶۷۹	۳/۳۱	۱	۰/۰۶۷	۰/۳۲۱
	پیوند* گروه* پس از مداخله، پیگیری	۰/۷۴۸	۲/۳۶	۲	۰/۱۳۱	۰/۲۵۲
دیگر جهت	پس آزمون، پیگیری* گروه	۰/۹۸۹	۰/۱۵۰	۱	۰/۷۰۴	۰/۰۱۱

۰/۰۶۶	۰/۶۱۹	۲	۰/۴۹۷	۰/۹۳۴	پس از مداخله، پیگیری* پیوند	مندی
۰/۰۳۱	۰/۸۰۰	۲	۰/۲۲۷	۰/۹۶۹	پیوند* گروه* پس از مداخله، پیگیری	
۰/۰۳۶	۰/۴۸۴	۱	۰/۵۱۶	۰/۹۶۴	پس از مداخله، پیگیری* گروه	گوش بزنگی و بازداری
۰/۱۸۷	۰/۲۳۴	۲	۱/۶۱	۰/۸۱۳	پس از مداخله، پیگیری* پیوند	
۰/۱۰۰	۰/۴۷۸	۲	۰/۷۷۹	۰/۹۰۰	پیوند* گروه* پس از مداخله، پیگیری	

چنانکه اطلاعات جدول ۲ نشان می دهد، شاخص لامبدای ویلکز در اثر تعاملی گروه در حوزه

بریدگی و طرد  $\eta^2 = ۰/۴۶۶$ ،  $f = ۱۲/۲۳$ ؛  $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ ، خودگردانی و عملکرد مختل  $\eta^2 = ۰/۷۱۷$ ،

معنی دار  $f = ۵۳/۳۹$ ؛  $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$  و محدودیت های مختل  $\eta^2 = ۰/۳۷۶$ ،  $f = ۸/۴۲$ ؛  $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$  معنی دار

است. به عبارتی بین گروهها در نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده می شود، همچنین اثر تعاملی با توجه گروهها و پیوند ضعیف مادری تنها در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل ( $۰/۵۳۴$ )

$\eta^2 = ۰/۰۵$ ،  $f = ۸/۰۱$ ؛  $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$  معنادار است و سایر حوزه ها معنادار نمی باشد.

### جدول ۳. آزمون کواریانس عاملی مربوط به اثر فاکتورهای بین گروهی در بهبود طرحواره ها

حوزه طرحواره	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان اثر
بردگی و طرد	پیش از مداخله	۲/۱۸	۱	۲/۱۸	۴/۶۴	۰/۰۴۹	۰/۲۴۹
	پیوند	۰/۳۹۵	۱	۰/۳۹۵	۰/۸۳۷	۰/۳۷۶	۰/۰۵۶
	گروهها	۱۰۱/۶	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	-	-	-
خودگردانی و عملکرد مختل	پیش از مداخله	۳۴/۶۱	۱	۳۴/۶۱	۳۴۳/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۶۱
	پیوند	۲/۱۴	۱	۲/۱۴	۲۱/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳
	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	-	-	-
محدودیت های مختل	پیش از مداخله	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

۰/۳۰۱	۰/۰۸۲	۳/۰۱	۰/۳۲۷	۲	۰/۶۵۴	گروه و پیوند	
-	-	-	۰/۲۵۱	۱۴	۳/۵۲	خطا	
۰/۰۸۸	۰/۲۶۴	۱/۳۵	۱/۲۳	۱	۱/۲۳	پیش از مداخله	دیگر جهت مندی
۰/۱۷۲	۰/۱۱۰	۲/۹۰	۲/۶۴	۱	۲/۶۴	پیوند	
۰/۷۴۹	۰/۰۰۱	۲۰/۸۶	۱۸/۹۷	۲	۳۷/۹۴	گروهها	
۰/۰۱۸	۰/۸۸۳	۰/۱۲۵	۰/۱۱۴	۲	۰/۲۲۸	گروه و پیوند	
-	-	-	۰/۹۰۹	۱۴	۱۲/۷۲	خطا	
۰/۶۹۳	۰/۰۰۱	۳۱/۶۶	۲۲/۶۱	۱	۲۲/۶۱	پیش از مداخله	
۰/۰۷۰	۰/۳۲۲	۱/۰۵	۰/۷۵۴	۱	۰/۷۵۴	پیوند	گوش بزنکی و بازداری
۰/۸۳۸	۰/۰۰۱	۳۶/۳۴	۲۵/۹۵	۲	۵۱/۹۱	گروهها	
۰/۰۱۱	۰/۹۲۴	۰/۰۸۰	۰/۰۵۷	۲	۰/۱۱۴	گروه و پیوند	
-	-	-	۰/۷۱۴	۱۴	۹/۹۹	خطا	

نتایج آزمون اثر فاکتورهای بین آزمودنی در جدول ۳ نشان می‌دهد، در همه حوزه‌ها به جزء دیگر جهت مندی متغیر تصادفی کمکی پیش از مداخله (پیش آزمون) معنادار است، یعنی نتایج پیش آزمون به طور معناداری با متغیر وابسته رابطه دارد. در ردیف سوم جدول برای همه حوزه‌ها اثر گروه نمایش داده شده است، پس از تعدیل نمرات پیش آزمودن، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی‌های گروه (تفاوت بین گروهها) وجود داشته است، بدین صورت که در بریدگی و طرد ( $\eta^2 = ۰/۹۳۹$ ؛  $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ )،  $\eta^2 = ۰/۹۳۹$ ؛  $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ ؛  $f = ۱۰۷/۸۰$ ؛ در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل ( $\eta^2 = ۰/۹۸۰$ ؛  $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ )،  $\eta^2 = ۰/۹۸۰$ ؛  $f = ۳۳۴/۶۶$ ؛ در حوزه محدودیت‌های مختل ( $\eta^2 = ۰/۹۱۸$ ؛  $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ )،  $\eta^2 = ۰/۹۱۸$ ؛  $f = ۷۸/۷۸$ ؛ و در حوزه گوش بزنکی و بازداری ( $\eta^2 = ۰/۸۳۸$ ؛  $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ )،  $\eta^2 = ۰/۸۳۸$ ؛  $f = ۳۶/۳۴$ ؛ اثر پیش آزمون معنادار می‌باشد اما در حوزه دیگر جهت مندی ( $\eta^2 = ۰/۷۴۹$ ؛  $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ )،  $\eta^2 = ۰/۷۴۹$ ؛  $f = ۲۰/۸۶$ ؛ اثر پیش آزمون با متغیر وابسته رابطه نداشته است. در خصوص اثر تعامل گروه و پیوند (درمان با توجه به پیوند ضعیف مادری) نشان داده شد، فقط در حوزه دیگر خودگردانی و عملکرد مختل ( $\eta^2 = ۰/۴۸۸$ ؛  $p: ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵$ )،  $\eta^2 = ۰/۴۸۸$ ؛  $f = ۶/۶۸$ ؛ میزان تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار است. با توجه به اینکه در همه حوزه‌ها، بین گروهها تفاوت وجود دارد لازم است از طریق آزمون‌های تعقیبی تفاوت گروهها سنجیده شود، در زیر از آزمون تعقیبی بنفرنی استفاده گردید.

جدول ۴. آزمون بنفرنی مربوط به مقایسه اثربخشی درمان بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه

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

جدول ۴ مربوط به آزمون تعقیبی بنفرنی می باشد، در این آزمون فرض صفر عدم اختلاف بین گروه کنترل و آزمایش را می گوید و فرض خلاف اختلاف بین گروه کنترل و آزمایش و اختلاف بین گروههای آزمایش با یکدیگر را می گوید،

همانطور که مشاهده می شود، در حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، هم درمان

شناختی رفتاری و هم طرحواره درمانی اثر بخش بوده است، در حوزه گوش به زنگی و دیگر جهت مندی تنها طرحواره درمانی اثر بخش بوده است و در حوزه محدودیت‌های مختل هیچ کدام از درمان‌ها اثر بخش نبوده است. همچنین در همه حوزه‌های طرحواره به جزء محدودیت‌های مختل طرحواره درمانی اثر بخش بالاتری داشته است.

**جدول ۵. آزمون مقایسه زوجی مربوط به ماندگاری اثر بخشی درمان با توجه به پیوند ضعیف مادری در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل**

حوزه طرحواره	گروهها	پیوند ضعیف مادری	زمان	میانگین	تفاوت میانگین
خودگردانی و عملکرد مختل	شناختی رفتاری	مراقبت کم	پس از مداخله پیگیری	۱۶/۲۷ ۱۶/۶۷	-۰/۴۱
		بیش حمایت‌گری	پس از مداخله پیگیری	۱۶/۰۰ ۱۵/۰۹	۰/۹۱
	طرحواره درمانی	مراقبت کم	پس از مداخله پیگیری	۱۴/۶۸ ۱۵/۰۳	-۰/۶۵
		بیش حمایت‌گری	پس از مداخله پیگیری	۱۴/۸۸ ۱۳/۰۷	۱/۶۸*

همانطور که در نتایج حاصل از جدول ۳ اشاره شد تعامل اثربخشی درمان و پیوند ضعیف مادری (اثر تعاملی) فقط در حوزه مربوط به خودگردانی و عملکرد مختل معنادار است و در سایر حوزه‌ها معنادار نبوده است. آزمون مقایسه زوجی حاصل از ماندگاری درمان نشان داد، در طرحواره درمانی تفاوت بین نمرات پس از مداخله و پیگیری در نوع پیوند بیش حمایت‌گری دارای اختلاف معناداری است اما در پیوند مراقبت کم اختلاف میانگین‌ها معنادار نمی‌باشد. در درمان شناختی رفتاری بین نمرات پیش از مداخله و پیگیری اختلاف میانگین‌ها معنادار نیست اما در پیوند بیش حمایت‌گر تا حدود زیادی نمرات پیگیری نسبت به پس از مداخله کاهش داشته است که این نکته بیانگر پیش‌آگهی بهتر بیماران دارای پیوند ضعیف مادری است.

### نتیجه

منطبق با نتایج استخراج شده بیماران بی‌اشتهای عصبی در طرحواره‌های شکل‌گرفته آغازین زندگی آسیب‌زایی دیده‌اند. در پرسشنامه سنجش طرحواره‌ها حداکثر امتیاز برای هر حوزه ۲۵ و حداقل امتیاز ۵ می‌باشد، نتایج حاصل از توصیف طرحواره‌های نشان‌داد، بیماران در حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل بیشترین

امتیاز را کسب کردند، در حوزه گوش بزنگی بیش از حد و دیگر جهت مندی نیز نمره آنها تا حدودی بالاتر از میانگین برآورد گردید. اما در حوزه محدودیت های مختل میانگین نمراتشان کمتر از میانگین (۱۵) بوده است. حوزه بریدگی و طرد شامل طرحواره های رهاشدگی / بی ثباتی، بی اعتمادی / بد رفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم است و حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل طرحواره های وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری، گرفتار/خویشترن تحول نیافته و شکست است. که بیماران در این حوزه ها آسیب بیشتری دارند. از پژوهش های همسو می توان به پژوهش لانگ و همکاران (Leung, et al., 1999) اشاره داشت. همچنین نتایج پژوهش رز، توماس و کوپر (Rose, Tumer & Cooper, 2005) نشان داد بیماران بی اشتهاهی عصبی سطح بسیار بالایی از باورهای هسته ای ناسالم دارند. پژوهش اونیکاف کزوبرا و سیمون (Unoka, Tölgyes, Czobor & Simon, 2010) بیانگر وجود طرحواره های حوزه اول (محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی اعتمادی) و در حوزه گوش به زنگی بیش از حد (طرحواره بازداری هیجانی) در این بیماران بوده است. با توجه به نتیجه پژوهش حاضر و نظریه های مطرح شده در این خصوص اینگونه استنباط می شود که بی اشتهاهی عصبی پاسخ مقابله ای برای طرحواره های ناسازگار اولیه است، فرد برای مقابله با این طرحواره دست به رفتاری های مقابله ای نظیر اجتناب و جبران می زند، در افرادی که بی اشتهاهی از نوع محدود کننده دارند از طریق رژیم گرفتن، روزه گرفتن و یا ورزش بیش از حد رفتارهای اجتنابی انجام می شود و در نوع پرخوری/پاکسازی فرد به رفتارهای جبران دست می زند.

بالا بودن نمره مربوط به طرحواره های حوزه عملکرد مختل نیز بیانگر عدم کسب استقلال در نوجوان بوده است. بر طبق نظریه یانگ حوزه عملکرد مختل مربوط به عدم شکل گیری هویت است. با توجه به نتایج بدست آمده و دیدگاه یانگ اینگونه برآورد می شود والدین این بیماران، برای رفاه و آسایش کودک، همه کار می کنند، در حالی که تامین رفاه و راحتی در حد متعادل برای رشد سالم کودک لازم است، در اثر این گونه تجارب در ذهن کودکان طرحواره های مربوط به حوزه خودگردانی و عملکرد مختل بوجود می آید در نتیجه نیازهای هیجانی کودک به دلیل درگیری بیش از حد والدین در مسائل کودک به خودگردانی و محدودیت های واقع بینانه ارضا نمی شود. در این خصوص می توان به پژوهش دشت بزرگی و همکاران (Brockmeyer, & et al. 2013) و پژوهش لاک و گرین (Lock, & Grange, 2015) اشاره داشت.

در غربالگری اولیه نشان داده شد، همه بیماران اختلال بی اشتهاهی عصبی، دارای پیوند ضعیف مادری می باشند که این نتیجه، نقش خانواده و به خصوص مادر را در سبب شناسی این اختلال قوت می بخشد. همچنین بر طبق نظریه یانگ افراد دارای آسیب در حوزه بریدگی و طرد در دوران کودکی دارای سبک دلبستگی ناایمن می باشند که طبق نتایج بدست آمده این دیدگاه برای این دسته از بیماران قابل تایید است و استنباط می شود بیماران بی اشتهاهی

عصبی دارای پیوند ضعیف مادری که در حوزه بریدگی و طرد مشکل دارند، نیاز به امنیت در آنها برآورده نشده است و آنها چیزی تحت عنوان ثبات هیجانی از جانب مادر دریافت نکرده‌اند در نتیجه این عدم دریافت امنیت باور ناکارآمدی را تحت عنوان بی‌اعتمادی، نقص و شرمف رها شدگی و بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی را شکل داد. هم‌راستا با نتیجه بدست آمده می‌توان اشاره داشت به پژوهش دشت بزرگی (Dashtbozorgi, 2013) اشاره داشت. همچنین در پژوهش تاسکا و بلفورم (Tasca, & Balfour, 2014) به این نتایج دست یافتند که بیماران بی‌اشتهای عصبی سطوح بالاتری از ناامنی دلبستگی و حالات ذهنی آشفته را نشان می‌دهند. در خصوص اثر بخشی درمان در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه نتایج بیانگر این بود در حوزه بریدگی و طرد و در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، هر دو درمان اثر بخش است اما در سایر حوزه‌ها تنها طرحواره درمانی اثربخش بوده است.

نتایج بدست آمده هم‌راستا با پژوهش پوگ (Pugh, 2015) و پژوهش ماکی و ساس (Maçik, & Sas, 2015) می‌باشد. در تعامل پیوند مادر و کودک تنها در حوزه عملکرد و محدودیت‌های مختل بیماران دارای پیوند بیش‌حمایت‌گر اثر بخشی و ماندگاری درمان در آنها بالاتر بوده است. در واقع نتایج حاصل از عود بیماری نشان داد در طرحواره درمانی تفاوت بین نمرات پس از مداخله و پیگیری در نوع پیوند بیش‌حمایت‌گر دارای اختلاف معناداری است اما در پیوند مراقبت کم اختلاف میانگین‌ها معنادار نمی‌باشد. در درمان شناختی رفتاری علاوه بر عدم معنادار بودن نمرات پس از مداخله و پیگیری، اما در پیوند بیش‌حمایت‌گر نسبت به مراقبت کم روند اثربخشی درمان، دارای سیر نزولی بوده است که این نکته بیانگر پیش‌آگهی بهتر بیماران دارای پیوند بیش‌حمایت‌گر است. با توجه به اثر بخشی بالاتر طرحواره درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه اینگونه استنباط می‌شود طرحواره درمانی به این دلیل که، تمرکز اصلی اش بر طرحواره‌ها و ریشه‌های تحولی است، علاوه بر تکنیک‌های شناختی رفتاری در تغییر باورهای بیماران از سایر تکنیک‌ها نظیر تکنیک‌های تجربی و الگو شکنی رفتاری نیز استفاده می‌کند و رابطه بین هیجان و شناخت را مورد بررسی قرار می‌دهد موثرتر عمل کرده است. این روش درمانی از طریق تکنیک‌های تجربی به برانگیختن هیجان‌های مربوط به طرحواره‌ها ناسازگار و بازوالدینی حد و مرز دار به منظور بهبود هیجان‌ها و ارضا نسبی نیاز ایمنی و استقلال که در دوران کودکی برآورده نشده است می‌پردازد. از سوی دیگر درمان شناختی رفتاری بیشتر مبتنی بر حالا است تا گذشته بیمار در نتیجه در این روش درمانی میزان عود و بازگشت بیماری به دلیل عدم بررسی ریشه‌های تحولی (اتفاقات مهم زندگی) بیشتری دارد. همچنین درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تکلیف است در حالی که بیماران دارای اختلال بی‌اشتهای عصبی اغلب از انجام تکلیف طفره می‌روند، اما طرحواره درمانی مبتنی بر تکلیف نیست در نتیجه این بیماران به طرحواره درمانی بهتر پاسخ می‌دهند. از سوی دیگر این بیماران سرخوردگی بیشتری در استقلال دارند و تلاش کمتری برای برقراری روابط صمیمی از خود

نشان می دهند. از سوی دیگر این بیماران از بعد دلبستگی آسیب دیده اند روابط درمانی برای آنها می تواند مهم باشد در حالی که در درمان شناختی رفتاری رابطه درمانگر و بیمار عنصری خشی است و گاهی اوقات مانعی در درمان است به همین دلیل کمتر از درمان طرحواره پاسخگوی این بیماران است، درمان طرحواره بیمار را بیشتر پذیرا است و اختلالات روانشناختی را پدیده ای طبیعی جلوه می دهد در نتیجه طرحواره درمانی جهت بهبود طرحواره های این بیماران که ریشه در حوادث ناگوار و هیجانات ناخوشایند کودکی دارد اثربخشی و ماندگاری بالاتری داشته است که این نتیجه با توجه به مبانی نظری مطرح شده قابل تایید است.

### پیشنهادها:

در انتها پیشنهادهایی به روانشناسان بالینی و درمانگران این بیماران ارائه می شود، با توجه به نقش بالای پیوند ضعیف مادری از نوع بیش حمایت گری، در علل و تداوم بی اشتها بی عصبی توصیه می شود به خانواده ها آموزش های لازم در خصوص تاثیر سبک تعامل با فرزندان، شیوه های فرزند پروری و روشهای تربیتی داده شود و درمانگران در متد درمان خود، از "مفاهیم بازوالدینی حدو مرزدار و رویارویی همدلانه" استفاده بیشتری نمایند و از آنجا که یکی از علل عود مجدد این بیماری می تواند استفاده زیاد این بیماران از سبک های مقابله ای ناکارآمد (تسلیم، جبران و اجتناب) باشد، برای این گروه از بیماران سبک های مقابله ای که پشت دیوار طرحواره هایشان پنهان شده است شکسته شود.

همچنین برای جلوگیری از عود بیماری توصیه می شود از برنامه های درمانی مبتنی بر تغییر و درمان های حمایتی و مراقبت های بعد از درمان استفاده شود. بر طبق پژوهش های انجام شده مراقبت های بعد از درمان می تواند هیجانات منفی و تعارضات درون فردی و برون فردی بیماران را کاهش دهد. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می شود برای درمان این بیماران، از رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره استفاده نمایند. به عنوان کلام پایانی لازم است به این نکته اشاره شود که هر پژوهشی دارای یکسری مشکلات و محدودیت های می باشد. از بزرگترین مشکلات این پژوهش کار با این گروه از بیماران بوده است. بیماری بی اشتها بی عصبی، بیماری مزمنی می باشد و تعداد مراجعه کنندگان آن به مراکز درمانی محدود است، در نتیجه برای دسترسی به این گروه از بیماران زمان زیادی صرف شد.

### References

- Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., ... & Woodside, B. (2014). Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA psychiatry*, 71(11), 1279-1286.
- Ahi, G. (2006). Standardization of the Young Schema Questionnaire short version. *master's Dissertation in Educational Psychology*, Allameh Tabatabaie University, Tehran,



- Iran. (In Persian)
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub.
- 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.
- 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. *Journal Eating Behaviors, 7*, 27-35.
- Dashtbozorgi, Z; Amiri, SH; Mazaheri, A; Talebi, H. (2013). Impact of intervention on attachment to overeating and obesity of girls. PhD. *Desertation in General Psychology*, University of Isfahan. Isfahan, Iran. (In Persian)
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders-results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders, 49*(4), 391-401.
- 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.
- 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. *Journal of Eating behaviors, 6*(4), 355-364.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *Journal of nervous and mental disease, 187*(12), 736-741.
- 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.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Publications.
- Maçik, D., & Sas, E. (2015). Therapy of anorexia and Young's early maladaptive schemas. Longitudinal study. *Current Issues in Personality Psychology, 3*(4), 203-213.
- Mehler, P. S., & Brown, C. (2015). Anorexia nervosa–medical complications. *Journal of eating disorders, 3*(1), 11.
- Meyer, C., & Gillings, K (2004). Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *International Journal of Eating Disorders, 35*(2), 229-233.

- Murphy, C. M., Stojek, M. K., & MacKillop, J. (2014). *Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index*. *Appetite*, 73, 45-50.
- Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychological medicine*, 35(3), 387-393.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.
- 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.
- Shayeqian, Z., Agilard Vafaii, M., and Rasoulzadeh Tabatabaei, S.K. (2011). Examining schemas and parental bonding among adolescent females with normal weight, obese females or those having symptoms of anorexia nervosa. *Research Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, (M SCI) 16(1)*, 30-38. (In Persian)
- Simpson, S. G., Morrow, E., & Reid, C. (2010). *Group schema therapy for eating disorders: a pilot study*. *Frontiers in psychology*, 1, 182.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Journal 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. *Journal Eating behaviors*, 15(1), 49-59.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The meditating role of core beliefs. *Journal Eating Behaviors*, 6(2), 113-118.
- Turner, H., Marshall, E., Stopa, L., & Waller, G. (2015). Cognitive-behavioural therapy for outpatients with eating disorders: Effectiveness for a transdiagnostic group in a routine clinical setting. *Journal Behaviour research and therapy*, 68, 70-75.
- Unoka, Z., Tölgyes, T., Czobor, P., & Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *Journal of nervous and mental disease*, 198(6), 425-431
- Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Journal of 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*. Guilford Press.