

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال هفتم شماره ۲۷ پاییز ۱۳۹۱

## تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر باورهای اختلال خوردن و احساس شرم در دختران نوجوان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در شهر اصفهان

مرضیه شریفی<sup>۱</sup>

عذرا اعتمادی<sup>۲</sup>

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی در کاهش باورهای مرتبط با اختلال خوردن و احساس شرم در دختران نوجوان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بود.

این پژوهش به روش نیمه‌تجربی و با استفاده از گروه کنترل، اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام گرفت. نمونه آماری شامل ۴۰ دختر نوجوان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بود که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و مصاحبه تشخیصی از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی و مشاوره و روان‌درمانی انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌گیری شدند. سپس گروه آزمایش در ۱۲ جلسه طرحواره درمانی گروهی شرکت نمودند. هر دو گروه پرسشنامه‌های باور اختلال (کوپر و همکاران، ۱۹۹۷) و شرم درونی شده (کوک، ۱۹۹۱) را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل نمودند. در پایان نتایج بین دو گروه به وسیله تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد مقایسه قرار گرفت.

Email: msharifi.flj@gmail.com

۱- دانشجوی دکتری مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول)

۲- استادیار گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

نتایج به دست آمده نشان داد که میانگین نمرات پس از آزمون در گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین نمرات پیش‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل پایین‌تر است.

یافته‌های این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی گروهی در کاهش باورهای اختلال خوردن و احساس شرم در دختران نوجوان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی را مورد تأیید قرار داده و لذا می‌تواند در تعیین مداخلات بالینی و برنامه‌های درمانی در این زمینه مفید واقع شود.

**واژگان کلیدی:** اختلال خوردن، بی‌اشتهایی عصبی، طرحواره درمانی، باورهای مرکزی، شرم.

#### مقدمه

در سال‌های اخیر میزان شیوع اختلال‌های خوردن در نوجوانان افزایش چشمگیری داشته است. اختلال‌های خوردن از جمله اختلال‌های آسیب‌شناسی روانی هستند که تأثیر بسزایی بر عملکرد روانشناختی و جسمانی نوجوانان و جوانان داشته و امروزه به عنوان مشکلات جدی سلامت مورد توجه قرار گرفته‌اند (ترنر، روس و کوپر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). گزارش‌های سالیانه جهانی نیز افزایش رو به رشد تعداد مبتلایان به اختلالات خوردن را نشان می‌دهد (هوک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). از ویژگی‌های این اختلال، اشتغال ذهنی فزاینده با وزن، غذا، شکل با هدف رسیدن به لاغری مفرط می‌باشد (سادوک<sup>۳</sup> و سادوک، ۲۰۰۷). از پیامدهای اختلال خوردن می‌توان به افسردگی، خود سرزنشگری افراطی، عزت‌نفس پایین، نگرانی مداوم درباره شکل و اندازه بدن، افکار وسواسی درباره غذا و کنترل وزن، هراس از شکل بدن خود، ارتباطات اجتماعی محدود، انزوایلی، افکار خودکشی، از دست دادن زیاد وزن، مشکلات دارویی، به هم خوردن تعادل ترکیبات بدن بر اثر گرسنگی مفرط و نهایتاً بستری شدن در بیمارستان و حتی مرگ اشاره نمود (خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۷).

گزارش‌های بالینی نشان می‌دهند که این اختلال از مشکل‌ترین آسیب‌های روانشناختی

1- Turner, Rose & Cooper  
3- Sadock

2- Hoek

و مقاوم به درمان است (فایربرن و هاریسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). به نظر می‌رسد چندین عامل از جمله الگوهای فکری تثبیت شده درونی (مونتفورد و والر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶) و سطوح بالای احساس شرم (گاس و گیلبرت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲) در مقاومت بیماران نسبت به درمان دخیل هستند. شرم، احساسی ناشی از خود ارزشیابی منفی و فقدان تحمل قرار گرفتن در معرض دید خود یا دیگران است که باعث می‌شود خودانگاره و هویت فرد زیر سؤال برود (بدفورد و هوانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). برطبق شواهد، درونمایه غالب طرحواره‌های افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن، تصور خود به عنوان افرادی بی‌ارزش، ناقص یا بی‌کفایت است (ویتوسی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶)؛ به عقیده فایربرن و همکاران (۲۰۰۹) عامل نگهدارنده کلیدی در این اختلال، قضاوت فرد درباره «ارزش خود» برحسب وزن و شکل است که باعث می‌شود وعده‌های غذایی خود را برای رسیدن به شکل یا وزن مطلوب، محدود کند. احساس شرم در زنان با اشتغال ذهنی بیش‌تر با لاغری و نارضایتی از بدن رابطه دارد (کوک<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱) چنانچه نتایج پژوهش کوپر، روس و ترنر (۲۰۰۵) نیز نشان داد که طرحواره‌ها و باورهای منفی درباره خود، می‌تواند افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن را افراد سالم متمایز سازد. میزان بالاتر خودسرزنی، دغدغه‌های مرتبط با تصویر بدنی، طرحواره‌های شرم/نقص، انزوای اجتماعی و احساس گناه در این افراد مورد تأیید قرار گرفته است (والر، شاه، اوهانیان و الیوت<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱؛ فرانک<sup>۸</sup>، ۱۹۹۱). به طور کلی زنان دارای اختلال خوردن، نسبت به زنان در گروه کنترل، طرحواره‌های ناسازگارتری درباره خود، دنیا و دیگران (کوپر و ترنر، ۲۰۰۰؛ والر، دیکسون<sup>۹</sup> و اوهانیان، ۲۰۰۲؛ جونز، هریس و لیونگ<sup>۱۰</sup>) و خود-طرحواره‌های<sup>۱۱</sup> کمتر مثبت و بیشتر منفی دارند (استین و کورتی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷). بویژه پایین‌تر بودن نمرات طرحواره استحقاق/بزرگ منشی<sup>۱۳</sup> در زنان مبتلا به بی‌اشتهایی ۲۰۰۵ عصبی در مقایسه با زنان مبتلا به پرخوری عصبی و گروه کنترل گزارش شده است

1- Fairburn &amp; Harrison

3- Goss &amp; Gilbert

5- Vitousek

7- Waller, Shah, Ohanian &amp; Elliott

9- Dickson

11- self-schema

13- Entitlement/Grandiosity

2- Mountford &amp; Waller

4- Bedford &amp; Hwang

6- Cook

8- Frank

10- Jones, Harris &amp; Leung

12- Stein &amp; Cortey

(لیونگ، والر و توماس<sup>۱</sup> ۱۹۹۹).

براساس این قبیل شواهد درحمایت از نقش زیربنایی طرحواره‌های ناکارآمد در اختلال‌های خوردن، طرحواره درمانی گروهی اختلال خوردن<sup>۲</sup> به منظور کار بر روی باورهای سطح طرحواره و دیگر شناخت‌ها و رفتارهای همبند با اختلال خوردن تدوین گردیده که بر موضوعات زیر متمرکز است:

- کمک در تعیین خواستگاه‌های تصویر بدنی منفی و مرتبط ساختن آن با ایجاد ذهنیت‌های خاص؛
- چالش با شناختارهای فاجعه‌آمیز درباره وزن؛
- تغییر در ادراک و حس بدنی با ایجاد ذهنیت بزرگسال سالم<sup>۳</sup> و مهربان که نسبت به بدن پذیرنده و پرورش‌دهنده است؛
- خودکنترلی الگوهای خوردن و مرتبط ساختن آن‌ها با راه‌اندازهای هیجانی؛
- آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان سازگاران؛
- وارد کردن تدریجی وعده‌های غذایی منظم و میان‌وعده‌ها به برنامه غذایی؛
- به تأخیر انداختن استفراغ یا پرخوری (والر، کینرلی<sup>۴</sup> و اوهانیان، ۲۰۰۷).

در این درمان، تمرکز اصلی بر برقراری ارتباط بین رفتارهای خوردن با طرحواره‌ها است؛ تا جایی که بیماران بتوانند درباره خواستگاه‌ها و عملکردهای مقابله‌ای مرتبط با الگوی نشانگان اختلال خوردن در خودشان آگاهی و کنترل هشیارانه بیشتری بدست آورند (سیمپسون، مارو، وریسیک و رید<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). لاک، والر، مایر، اوشر و لاسی<sup>۶</sup> (۲۰۰۵) پیشنهاد می‌کنند که درمان‌های شناختی-رفتاری با تمرکز بر فرایندهای طرحواره‌ای بهتر می‌توانند در تغییر رفتار افرادی که از این اختلال رنج می‌برند، مؤثر باشند. هوگیس، هامیل، گیرکو، لاکوود<sup>۷</sup> و والر (۲۰۰۶) نیز ضمن تأکید بر اهمیت لحاظ نمودن درونمایه‌ها

1- Thomas

3- Healthy Adult Mode

5- Simpson, Morrow, Vreesijk & Reid

7- Hughes, Hamill, Gerko, Lockwood

2- Schema Therapy Eating Disorder Group-ST-E-G

4- Kennerley

6- Luck, Meyer, Ussher & Lacey

و فرایندهای طرحواره‌ای در درمان اختلال خوردن، ایجاد تغییرات رفتاری در این اختلال را منوط به اصلاح شناخت‌ها و باورهای مرکزی مرتبط با این اختلال دانسته و استفاده از درمان متمرکز بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به جای درمان‌های متعارف شناختی-رفتاری توصیه نموده‌اند. با این وجود، بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش‌های تجربی معدودی به منظور تعیین اثربخشی درمان‌های طرحواره محور در کاهش نشانگان آسیب‌شناسی اختلال‌های خوردن انجام گرفته است (برای مثال سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ سیمپسون و اسلوی، ۲۰۱۱؛ لیونگ، والر، کینرلی و اوهانیان، ۲۰۰۷؛ جورج، ثورنتون، تویز، والر و بیومونت، ۲۰۰۴).

بنابراین با توجه به شیوع روزافزون نشانگان این اختلال در بین نوجوانان و جوانان جامعه و همچنین فقدان پژوهش داخلی در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثر بخشی درمان طرحواره محور گروهی در کاهش باورهای ناسازگار مرتبط با اختلال خوردن و احساس شرم در دختران نوجوان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی انجام گرفته است. فرضیه‌های این پژوهش عبارتند از:

- ۱- طرحواره درمانی گروهی بر خودباوری‌های منفی دختران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی تأثیر دارد.
- ۲- طرحواره درمانی گروهی بر باورهای مرتبط با شکل و وزن مورد پذیرش خود در دختران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی تأثیر دارد.
- ۳- طرحواره درمانی گروهی بر باورهای مرتبط با شکل و وزن مورد پذیرش دیگران در دختران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی تأثیر دارد.
- ۴- طرحواره درمانی گروهی بر باورهای مرتبط با کنترل پرخوری در دختران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی تأثیر دارد.
- ۵- طرحواره درمانی گروهی بر احساس شرم در دختران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی تأثیر دارد.

1- Slowey

2- George, Thornton, Touyz, Waller, Beumont

## روش پژوهش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه‌تجربی و از نوع گسترش یافته چندگروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل) بود. انتخاب شرکت‌کنندگان در پژوهش از طریق نمونه‌گیری هدفمند، به وسیله نصب اطلاعیه در مراکز بهداشتی و مشاوره و روان‌درمانی، انجام مصاحبه تشخیصی توسط متخصص و تعیین تناسب افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی برای شرکت در جلسات طرحواره درمانی انجام پذیرفت. از جمله ملاک‌های ورود به نمونه عبارت بود از:

- قراردادن در محدوده سنی ۱۶-۱۹ سال؛

- نداشتن سابقه بستری شدن در بیمارستان به دلیل اختلالات خوردن؛

- نداشتن اختلالات روانشناختی همبود (افسردگی اساسی، وسواس) و سایر بیماری‌ها و اختلالات جسمی و روانشناختی تأثیرگذار بر روند درمان.

پس از انتخاب نهایی ۴۰ بیمار و اخذ رضایت نامه کتبی از والدین، افراد به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگیری شدند (هرگروه ۲۰ نفر). میانگین سنی اعضای گروه آزمایش ۱۸/۱۲ (انحراف استاندارد ۲/۰۳) و گروه کنترل ۱۷/۷۸ (انحراف استاندارد ۲/۷۰) بود.

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه باور اختلال خوردن<sup>۱</sup>: این پرسشنامه به وسیله کوپر و همکاران (۱۹۹۷) به عنوان یک ابزار خودسنجی برای ارزیابی تصورات و باورهای مرتبط با اختلال خوردن ساخته شده است. فرم انگلیسی این ابزار ۳۲ پرسش و ۴ زیرمقیاس دارد که عبارتند از:

۱- خودباوری‌های منفی (۱۱ پرسش)، ۲- وزن و شکل مقبول دیگران / پذیرش دیگران

1- The Eating Disorder Belief Questionnaire- EDBQ

(۹ پرسش) ۳- وزن و شکل مقبول خود/خودپذیری (۶ پرسش)، ۴- کنترل پرخوری (۶ پرسش). تحلیل عوامل سوالات با چرخش واریماکس در نمونه ایرانی نیز همین چهار عامل اصلی را نشان داده است (شایقیان و وفایی، ۱۳۸۸). در این پرسشنامه جایگاه فرد در هر پرسش برطبق یک مقیاس ۱۰۰ نقطه‌ای، از صفر (کاملاً درباره من نادرست است) الی ۱۰۰ (کاملاً درباره من درست است) مشخص می‌شود. این پرسشنامه از همسانی درونی بالایی برخوردار است و همبستگی زیرمقیاس‌های آن با یکدیگر و با کل مقیاس (بین ۰/۴۷ تا ۰/۷۱) نشان‌دهنده روایی مناسب آن است. اعتبار این آزمون، ضریب آلفای کرونباخ برای هر عامل از ۰/۹۴-۰/۸۶ ذکر شده است (روس، کوپر و ترنر، ۲۰۰۶؛ به نقل از شایقیان و وفایی، ۱۳۸۸). شایقیان و وفایی (۱۳۸۸) پایایی این پرسشنامه را با روش تصنیف برای کل آزمون و نیمه اول و دوم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و با روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۵ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آورده‌اند؛ عوامل این پرسشنامه همبستگی‌های معناداری با طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان داده‌اند (خودباوری‌های منفی ۰/۵۵، کنترل پرخوری ۰/۲۹، خودپذیری ۰/۲۵، پذیرش دیگران ۰/۳۴، کل مقیاس ۰/۴۸؛  $P < ۰/۰۱$ ) (همان). در پژوهش حاضر از روش نمره‌گذاری از صفر (کاملاً درباره من نادرست است) تا ۱۰ (کاملاً درباره من درست است) استفاده گردید.

**مقیاس شرم درونی شده<sup>۱</sup>:** این مقیاس برای اندازه‌گیری میزانی که افراد سطوح دردناکی از شرم را درون‌سازی کرده‌اند، به کار می‌رود (کوک، ۱۹۹۱). نمره‌گذاری این پرسشنامه ۳۰ ماده‌ای در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) تنظیم گردیده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده احساس شرم بیشتر است. نسخه اصلی این مقیاس شامل دو خرده‌مقیاس شرم (۲۴ ماده) و عزت‌نفس (۶ ماده) است. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۶ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۹ هفته‌ای آن ۰/۸۴ گزارش شده است. همچنین این مقیاس با ابزارهای اندازه‌گیری عزت‌نفس و خودپنداره همبستگی معناداری نشان داده

---

1- Internalized Shame Scale

است (کوک، ۱۹۹۱). در پژوهش حاضر فقط از خرده‌مقیاس شرم استفاده شد که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ به دست آمد.

روشن اجرا: پس از تشکیل گروه‌ها در جلسه‌ای مقدماتی، اهداف، محتوا و چارچوب برنامه و نیز قواعد و هنجارهای گروهی مخصوصاً اصل رازداری، بازخورد مسئولانه و مشارکت فعال در گروه، برای اعضای گروه آزمایش تشریح و قراردادی جهت رعایت هنجارها و قواعد و انجام تکالیف خانگی بین درمانگر و اعضای گروه منعقد گردید. سپس گروه آزمایش در ۱۲ جلسه هفتگی طرحواره درمانی (با محوریت اختلال خوردن) شرکت نمودند. محتوای جلسات بر اساس دستورگام به گام درمان طرحواره‌ها (صلواتی و یکه یزدان‌دوست، ۱۳۸۹) درمان طرحواره محور در وضعیت گروهی (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۰) و برنامه گروهی طرحواره محور برای اختلالات خوردن (والر، کینرلی و اوهانیان، ۲۰۰۷) تنظیم گردید که به طور خلاصه در قالب دو بخش کلی ارائه می‌گردد:

### بخش اول: مرحله ارزیابی و آموزش

این مرحله شامل مفهوم‌سازی مشکل مراجعان و آموزش مدل طرحواره محور می‌باشد و تمرکز بر راهبردهای رفتاری-شناختی با محوریت طرحواره‌ها است که به اعضا کمک می‌کند تا الگوهای ناکارآمد و مختل زندگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی را شناسایی و به مشکلات جاری (نشانگان اختلال خوردن) ارتباط دهند. همچنین راهبردهای مقابله‌ای و ذهنیت‌های طرحواره‌ای اعضا مشخص می‌گردد. هر شرکت‌کننده با استفاده از کارت‌های آموزشی و فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ<sup>۱</sup> (به نقل از صاحبی و حمیدپور، ۱۳۸۹) سه طرحواره اصلی خود را تعیین و سپس مشکلات خود را با استفاده از چارچوب طرحواره درمانی مفهوم‌سازی می‌نماید؛ از اعضا خواسته می‌شود تا هر هفته شدت این طرحواره‌ها را تعیین کنند.



### بخش دوم: مرحله تغییر

در این مرحله به طور خاص بر تغییرات رفتاری با استفاده از تکنیک‌های متنوع (کارت‌های یادآور و کاربرگ‌های یادداشت روزانه طرحواره، تحلیل سود/هزینه، بازی نقش، گفتگوی بین ذهنیت‌ها، تصویرسازی ذهنی، نامه به پدر و مادر و غیره) تمرکز می‌شود. در مرحله تغییر، از راهبردهای شناختی (چالش و تجزیه و تحلیل منطقی طرحواره‌ها و ذهنیت‌های ناکارآمد به منظور تغییر دیدگاه تحریف شده فرد درباره خود و دیگران)، راهبردهای تجربه‌گرایانه (شکستن چرخه تداوم طرحواره در سطح هیجانی و تغییر راهبردهای مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی) و الگوشکنی رفتاری (جایگزین نمودن راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تر به جای الگوهای رفتاری خود-ویرانگر) استفاده می‌گردد. در این رویکرد مشارکت فعال درمانجو و انجام تکالیف خانگی بسیار ضروری است و اعضای گروه مؤظفند همزمان با افزایش آگاهی از راه‌اندازهای شناختی رفتارهای مشکل‌ساز خوردن و چالش با طرحواره‌ها و ذهنیت‌های ناسازگار، بر روی تغییرات رفتاری در داخل و بیرون گروه کار کنند.

ابزارهای پژوهش توسط اعضای هردو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماه بعد) تکمیل و داده‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است که برنامه درمانی پس از جلسه پیگیری برای اعضای گروه کنترل نیز اجرا گردید.

### نتایج

در جدول ۱ یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات شرکت‌کنندگان هر دو گروه آورده شده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های دو گروه در متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودباوری	آزمایش	۲۰	۵۰/۹۵	۲/۳۶	۳۸/۲۰	۲/۱۶	۳۷/۳۰	۳/۷۱
منفی	کنترل	۲۰	۵۱/۸۳	۴/۳۳	۸۷/۵۵	۶/۴۴	۸۷/۹۵	۶/۲۵
شکل و وزن	آزمایش	۲۰	۳۰/۳۱	۴/۰۹	۲۱	۴/۱۶	۲۰/۷۰	۴/۰۶
مورد پذیرش خود	کنترل	۲۰	۳۱/۵۴	۳/۶۵	۴۳/۳۰	۳/۵۷	۴۳/۶۵	۳/۸۲
شکل و وزن	آزمایش	۲۰	۵۴/۰۴	۵/۸۵	۳۶/۹۵	۷/۶۸	۳۶/۷۰	۷/۷۰
مورد پذیرش دیگران	کنترل	۲۰	۵۳	۵/۰۳	۷۷/۶۳	۶/۱۱	۷۷/۶۸	۶/۱۲
کنترل	آزمایش	۲۰	۲۸/۲۶	۳/۶۰	۲۶/۳۵	۵/۰۲	۲۶/۱۰	۵/۲۶
پر خوری	کنترل	۲۰	۲۹/۵۰	۳/۲۰	۳۹/۷۰	۳/۹۰	۴۰/۰۵	۳/۹۰
احساس شرم	آزمایش	۲۰	۲۴/۳۴	۳/۰۳	۳۹/۷۰	۳/۷۰	۳۹/۶۰	۳/۶۷
کنترل	کنترل	۲۰	۳۳/۶۶	۱/۸۳	۹۳/۲۰	۳/۹۱	۹۳/۱۵	۳/۸۶

نتایج توصیفی (میانگین‌ها) در جدول ۱ نشان می‌دهد که در تمامی متغیرهای مورد بررسی، در گروه آزمایش میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته، اما در گروه کنترل، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود. به منظور بررسی معناداری تفاوت‌ها بین دو گروه از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید که نتایج در جدول ۲ آمده است. لازم به ذکر است که پیش از انجام تحلیل کوواریانس نرمال بودن توزیع داده‌ها و برابری واریانس‌ها مورد تأیید قرار گرفت، لذا استفاده از تحلیل کوواریانس در داده‌های پژوهش بلامانع بود.

جدول (۲) نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری از لحاظ نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی آماری	میزان تأثیر آماری
آزمون اثر پیلایی <sup>۱</sup>	۱۹۹/۳۰	۱۰	۲۴	۰/۹۸	۰/۰۰۰
آزمون لامبدای ویلکز <sup>۲</sup>	۱۹۹/۳۰	۱۰	۲۴	۰/۹۸	۰/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۱۹۹/۳۰	۱۰	۲۴	۰/۹۸	۰/۰۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی <sup>۴</sup>	۱۹۹/۳۰	۱۰	۲۴	۰/۹۸	۰/۰۰۰

همانگونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنی‌دار هستند. بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای مورد مقایسه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشند. به عبارت دیگر طرحواره درمانی گروهی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر داشته ( $P < 0/005$ ) که میزان این تأثیر برابر با ۹۸ درصد است. یعنی ۹۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات متغیرهای وابسته مربوط به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری برابر با یک نیز بیانگر کفایت حجم نمونه است. به منظور مقایسه گروه‌ها از لحاظ تک‌تک متغیرها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آورده شده است.

جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	مرحله	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	میزان تأثیر
پس‌آزمون	۵۴۵۹/۷۲	۱	۵۴۵۹/۷۲	۲۹۷/۵۴	۰/۹۰	۰/۰۰۰	
پیگیری	۲۱۸۶/۱۶	۱	۲۱۸۶/۱۶	۲۲۷/۳۵	۰/۸۷	۰/۰۰۰	

1- Pillai' s Trace  
3- Hotelling Trace

2- Wilk's Lambda  
4- Roy' s Largest Root

۰/۸۸	۰/۰۰۰	۲۳۵/۵۲	۲۱۱۵/۹۲	۱	۲۱۱۵/۹۲	شکل و وزن مورد پس‌آزمون
۰/۸۷	۰/۰۰۰	۲۲۷/۳۶	۲۱۸۶/۱۶	۱	۲۱۸۶/۱۶	پذیرش خود پیگیری
۰/۷۸	۰/۰۰۰	۱۱۹/۱۴	۴۱۸۸/۹۳	۱	۴۱۸۸/۹۳	شکل و وزن مورد پس‌آزمون
۰/۷۸	۰/۰۰۰	۱۱۷/۳۲	۴۲۰۷/۵۰	۱	۴۲۰۷/۵۰	پذیرش دیگران پیگیری
۰/۳۶	۰/۰۰۰	۱۸/۶۵	۲۶۰/۵	۱	۲۶۰/۵	پس‌آزمون کنترل پرخوری
۰/۳۶	۰/۰۰۰	۱۸/۷۹	۲۷۲/۵۷	۱	۲۷۲/۵۷	پیگیری
۰/۹۴	۰/۰۰۰	۵۳۶/۳۶	۵۹۵۴/۳۷	۱	۵۹۵۴/۳۷	پس‌آزمون احساس شرم
۰/۹۴	۰/۰۰۰	۵۳۶/۳۶	۵۷۲۹/۵۲	۱	۵۷۲۹/۵۲	پیگیری

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون بر متغیرهای وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت‌های معناداری وجود دارد ( $P < 0/0005$ ). لذا فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی بر کاهش باورهای اختلال خوردن و احساس شرم در دختران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی تأثیر معنی‌داری داشته ( $P < 0/0005$ ) که میزان این تأثیر بین ۰/۳۶ تا ۰/۹۴ می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر بررسی میزان اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش باورهای اختلال خوردن و احساس شرم در دختران نوجوان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بود و یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، کاهش معنی‌داری در شدت باورهای اختلال خوردن و احساس شرم گزارش نموده‌اند ( $P < 0/0005$ ). این درمان همچنین ماندگاری اثر مطلوبی در مرحله پیگیری (سه ماهه) نشان داده است. این نتایج یافته‌های متعدد حاکی از نقش باورهای مرکزی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سبب‌شناسی و تداوم اختلال خوردن را مورد تأیید قرار می‌دهد (والر، مایر و اوهانیان، ۲۰۰۱؛ کوپر، روس و ترنر، ۲۰۰۵؛ والر، شاه،

اوهانیان و الیوت، ۲۰۰۱؛ کوپر و ترنر، ۲۰۰۰؛ والر، دیکسون و اوهانیان، ۲۰۰۲؛ جونز، هاریس و لیونگ، ۲۰۰۵).

بر اساس رویکرد طرحواره محور، بیماران مبتلا به اختلال خوردن از همان دوران کودکی مجموعه‌ای از پاسخ‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار را به منظور سازگار شدن با طرحواره‌های خود می‌آموزند تا بدین وسیله از تجربه نمودن هیجانات شدید و افراطی ناشی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه اجتناب نمایند (یانگ، الوسکو، ویشار، ۲۰۰۳). اجتناب اولیه از هیجان در بی‌اشتهایی عصبی، اصولاً برای کنترل بر خود و محیط اجتماعی به منظور اجتناب از پیامدهای نامطلوب به کار می‌رود و در واقع کنترل بر بدن روشی برای به دست آوردن حس کنترل بر زندگی است (لاک و همکاران، ۲۰۰۵).

پژوهش حاضر همچنین با پژوهش‌های دیگر در زمینه اثربخشی درمان‌های طرحواره محور در کاهش ابعاد مختلف آسیب‌شناسی اختلال خوردن همسو می‌باشد (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ سیمپسون و اسلوی، ۲۰۱۱؛ لیونگ، والر، کینرلی و اوهانیان، ۲۰۰۷؛ جورج، ثورنتون، تویز، والر و بیومونت، ۲۰۰۴). مطالعه مقدماتی<sup>۴</sup> سیمپسون و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که استفاده از راهبردهای ویژه طرحواره محور با تمرکز بر حس بدنی ادراک شده، تصویر بدنی و مهارت‌های تنظیم هیجانی، کاهش معناداری را در شدت کلی طرحواره‌های 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. استفاده از رویکرد طرحواره محور انفرادی بر روی یک بیمار مبتلا به پرخوری عصبی نیز تأثیرات معنی‌داری بر تغییر سطوح افسردگی و عزت‌نفس بیمار در مراحل پس از درمان و پیگیری داشته است. در این مطالعه با استفاده از روش ویدئو درمانی<sup>۵</sup>، مدل ذهنیت طرحواره‌ای برای چالش با سیستم باورهای مرتبط با وزن و شکل بدن به همراه مجموعه‌ای از تکنیک‌های رفتاری - شناختی و تجربی به کار گرفته شده

1- Klosko, Weishaar

2- Slowey

3- George, Thornton, Touyz, Waller, Beumont

4- Pilot study

5- Video Therapy

است (سیمپسون و اسلووی، ۲۰۱۱).

شواهد متعدد نشان می‌دهد که اگرچه طرحواره درمانی در اصل به صورت فردی تنظیم شده، لیکن وجود عوامل گروهی، فعال‌سازی تکنیک‌های طرحواره درمانی را تسهیل نموده و آثار جبرانی مهمی بر طرحواره‌های مرکزی از قبیل طرد و بریدگی، انزوای اجتماعی، بی‌اعتمادی و محرومیت هیجانی دارد (فارل، شاو و وبر، ۲۰۰۹). در واقع به دلیل ایجاد پیوندها و تعاملات نزدیک بین اعضای گروه امکان مواجهه واقعی و مرتبط ساختن تجارب اولیه با فرایندهای طرحواره‌ای اینجا و اکنون در یک محیط حمایت‌گرانه نیز افزایش یافته و از طرف دیگر با افزایش فرصت‌های یادگیری جانشینی، حس خودکارآمدی و خطرپذیری اعضا برای انجام رفتارهای جدید نیز تقویت می‌شود؛ همچنین اعضای گروه یاد می‌گیرند که به جای کناره‌گیری از هیجانات خود با پناه بردن به رفتارهای خوردن مشکل‌ساز به ابراز همدلی و برآورده ساختن نیازهای عاطفی خود در گروه بپردازند (سیمپسون و همکاران، ۲۰۱۰).

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش باورهای اختلال خوردن و احساس شرم در نوجوانان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی را مورد تأیید قرار می‌دهد. لذا پیشنهاد می‌شود متخصصان و درمانگران در کار با گروه‌های در معرض خطر اختلال خوردن و نیز تدوین برنامه‌های درمانی برای افراد مبتلا به اختلال خوردن رویکرد مذکور را مورد توجه قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تأثیر این روش درمانی بر سایر متغیرهای مرتبط با اختلال خوردن (مانند افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی) و همچنین در دیگر انواع اختلال خوردن (مانند پرخوری عصبی) و گروه‌های سنی بالاتر مورد بررسی قرار گیرد.

### تقدیر و تشکر

از همه بزرگوارانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، به ویژه سرکار خانم زینب شایقیان به دلیل مساعدت در ارسال پرسشنامه اختلال خوردن صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۰/۱۲/۰۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۱/۰۴/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۱/۰۷/۱۸



## References

## منابع

- خدایاری فرد، م.، عابدینی، ی. (۱۳۸۷). مشکلات سلامتی نوجوانان و جوانان. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- شایقیان، ز.؛ وفايي، م. (۱۳۸۸). بررسی شاخص‌های روانسنجی پرسشنامه باورهای اختلال خوردن، تازه‌های علوم شناختی، ۱۱(۲)، ۳۸-۴۶.
- صلواتی، م.؛ یکه‌یزدان‌دوست، ر. (۱۳۸۹). طرحواره درمانی: راهنمای ویژه متخصصان روانشناسی بالینی، چاپ اول، تهران: دانژه.
- یانگ، ج. (۱۳۸۹). شناخت درمانی اختلالات شخصیت (رویکرد طرحواره درمانی)، ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور، چاپ دوم، تهران: ارجمند.
- Bedford, O., & Hwang, K. (2003). Guilt and Shame in Chinese Culture: A Cross-cultural Framework from the Perspective of Morality and Identity, *Journal for the Theory of Social Behavior*, 33, 127-144.
- Cook, D.R. (1991). *Internalized Shame Scale*, Menomonie, Wisconsin.
- Cooper, M., Turner, H. (2009). Underlying Assumptions and Core Beliefs in Anorexia Nervosa and Dieting, *British Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 215-218.
- Cooper, M. J., Cohen-Tovee, E., Todd, G., Wells, A., Tovee, M. (1997). The Eating Disorder Belief Questionnaire: Preliminary Development, *Behaviour Research and Therapy*, 35, 381-388.
- Cooper, M.J, Rose, K.S., Turner, H. (2005). Core Beliefs and the Presence or Absence of Eating Disorder Symptoms and Depressive Symptoms in Adolescent Girl, *International Journal of Eating Disorder*, 38,1 60-64 .
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M.E., Kristin Bohn, B.A., Hawker, D.M., et al. (2009). Transdiagnostic Cognitive-behavioral Therapy for Patients with Eating Disorders: A Two-site Trial with 60-Week Follow-up, *American Journal of Psychiatry*, 166: 311-319.
- Fairburn, C.G., Harrison, P.J. (2003). Eating Disorders, *Lancet*, 361, 407-416.
- Farrell, J.M., Shaw, I. A, Webber, M.A. (2009). Schema-focused Approach to Group Psychotherapy for Outpatients with Borderline Personality



- 
- Disorder: A Randomized Controlled Trial, *Journal of Behavior Therapy Experience Psychiatry*, 40, 317-328.
- Frank, E.S. (1991). Shame and Guilt in Eating Disorders, *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 303-306.
- George, L., Thornton, C., Touyz, S.W., Waller, G., Beumont, P.J. (2004). Motivational Enhancement and Schema-focused Cognitive Behaviour Therapy in the Treatment of Chronic Eating Disorders, *Journal of Clinical Psychology*, 8(2), 81-85.
- Goss, K., Gilbert, P. (2002). Eating Disorders, Shame and Pride: A Cognitive-behavioural Functional Analysis, In: *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment*, eds P. Hove and New York: Brunner-Routledge, 219-255.
- Hoek, H.W.(2002). Distribution of Eating Disorders, In: Fairburn C.G, Brownell K.D. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, 2 th. ed.NewYork:Guilford , 233-237.
- Hughes, M.L., Hamill, M., Gerko, K.V., Lockwood, R., Waller, G. (2006). The Relationship between Different Levels of Cognition and Behavioural Symptoms in the Eating Disorders, *Eating Behaviors*, 7, 125-133.
- Jones, C, Harris, G, Leung, N. (2005). Core Beliefs and Eating Disorder Recovery, *European Eating Disorders Review*, 13, 237-44.
- Leung, N. (2007). Core Beliefs in Dieters and Eating Disordered Women, *Eating Behaviors*, 8, 65-72.
- Leung, N., Waller, G., Thomas, G.V.(1999). Core Beliefs in Anorexic and Bulimic Women. [\*The Journal of Nervous and Mental Disease\*](#) , 187,736-741.
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., Lacey, H. (2005). The Role of Schema Processes in the Eating Disorders, *Cognitive Therapy and Research*, 29, 717-732.
- Mountford, V., Waller, G. (2006). Using Imagery in Cognitive-behavioral Treatment for Eating Disorders: Tackling the Restrictive Mode, *International Journal of Eating Disorder*, 39, 533-543.
- Sadock, B.J., Sadock, A.V. (2007). *Synopsis of Psychiatry*, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, G12-21.
-

- 
- Simpson, S.G., Morrow, M., Vreesijk, M.V., Reid, C. (2010). Group Schema Therapy for Eating Disorders: A Pilot Study, *Fronti Psychology* [serial online] 2010 Nov,1(1),[1-10].Available at:URL:www.frontiersin.org[cited oct 20 2011].
- Simpson, S.G., Slowey, L. (2011). Video Therapy for Atypical Eating Disorder and Obesity: A Case Study, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7, 38-43.
- Stein, K.F., Cortey, C. (2007). Identity Impairment and the Eating Disorders: Content and Organization of the Self-Concept in Women with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *European Eating Disorders Review*, 15, 58-69.
- Turner, H.M., & Rose, K.S., & Cooper, M.J. (2005). Parental Bonding and Eating Disorder Symptoms in Adolescents: The Meditating Role of Core Beliefs, *Eating Behaviors*, 6, 113-118.
- Vitousek, K. (1996) .The Current Status of Cognitive-Behavioural Models of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, In: Salkovskis PM (ed) *Frontiers of Cognitive Therapy*, New York: Guilford Press, 383-418.
- Waller, G., Dickson, C., Ohanian, V. (2002).Cognitive Content in Bulimic Disorders: Core Beliefs and Eating Attitudes. *Eating Behavior*, 3, 171-178.
- Waller, G., Kennerley, H., Ohanian, V. (2007). Schema-Focused Cognitive-behavioural Therapy for Eating Disorders, In: Riso LP, Stein DJ, Young JE. *Cognitive Schemas and Core beliefs in Psychological Problems: A Scientist-practitioner Guide*, 1<sup>th</sup> ed. Washington: A PA Press.
- Waller, G., Shah, R., Ohanian, V., & Elliott, P. (2001). Core Beliefs in Bulimia Nervosa and Depression: The Discriminant Validity of Young's Schema Questionnaire, *Behaviour Therapy*, 32, 139-153.
- Young, J.E., Klosko, J., Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioners Guide*, New York: Guilford, 38-68.