

## اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده در تصویربندی و سبک‌های هویت نوجوانان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی

مرضیه بابایی حیدرآبادی<sup>۱</sup>، محمد قمری<sup>۲\*</sup>، سیمین حسینیان<sup>۳</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی و تداوم اثر درمان مبتنی بر خانواده در تصویربندی و سبک‌های هویت نوجوانان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی انجام شد. طرح پژوهش، از نوع نیمه‌تجربی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری، نوجوانان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در سال تحصیلی ۹۹-۱۴۰۰ شهر کرج بودند. به‌منظور انجام پژوهش، ۳۰ نفر از دانش‌آموزان به همراه خانواده‌هایشان انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه، مداخله درمان مبتنی بر خانواده را دریافت نمودند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزارهای مورد استفاده، پرسشنامه نگرش‌های خوردن گارنر و گرفینگل، پرسشنامه سبک‌های هویت برزونسکی و پرسشنامه تصویربندی کش و پروزینسکی بود. داده‌ها با تحلیل کواریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس آمیخته بررسی شدند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر خانواده برای بی‌اشتهایی عصبی، منجر به پیدایش تصویربندی مثبت و کسب هویت متعهدانه در دانش‌آموزان می‌شود. همچنین پیگیری نشان داد که اثربخشی مداخله ماندگار است. با توجه به یافته‌ها، می‌توان نتیجه‌گرفت درمان مبتنی بر خانواده برای بی‌اشتهایی عصبی، منجر به پیدایش تصویربندی مثبت و سبک هویت متعهدانه در نوجوانان دختر می‌شود.

۱ دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

[marzieh.babee@yahoo.com](mailto:marzieh.babee@yahoo.com)

۲ نویسنده مسئول: دانشیار گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران [counselor\\_ghamari@yahoo.com](mailto:counselor_ghamari@yahoo.com)

۳ استاد تمام گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. [Hosseinian@alzahra.ac.ir](mailto:Hosseinian@alzahra.ac.ir)

بنابراین روانشناسان و مشاوران می‌توانند در مورد دانش‌آموزان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی از این درمان استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** بی‌اشتهایی عصبی، تصویربندی، درمان مبتنی بر خانواده، سبک‌های هویت

## مقدمه

بی‌اشتهایی عصبی<sup>۱</sup> از انواع مهم اختلالات خوردن<sup>۲</sup> است. معیارهای تشخیصی بی‌اشتهایی عصبی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ویرایش پنجم<sup>۳</sup>، 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 مرگ‌ومیر قابل توجه، اغلب در اواخر کودکی و نوجوانی شروع و بعدها به صورت مزمن درمی‌آید (چو، کلی، تای، باگ و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱) و به‌طور غالب در زنان و دختران دیده می‌شود.

ظاهر فیزیکی بخش اصلی تصویربندی<sup>۵</sup> بوده و در برقراری تعاملات اجتماعی تأثیر دارد (قاسمی و جبل‌عاملی، ۱۳۹۸) نگرانی در مورد تصویربندی با افزایش احساس عدم‌کفایت و کاهش حرمت‌خود همراه است که موجب تغییر عادات خوردن، دوره‌های افسردگی، رژیم‌غذایی و ورزش شدید می‌شود (شفیعی، بشرپور، ذبیحی‌نیاگرد و دباری و حیدری‌راد، ۱۳۹۷). به این ترتیب پژوهش‌ها اثربخشی روش‌های مختلف مانند طرح‌واره‌درمانی (انصاری، عسگری، مکوندی، حیدری و همکاران، ۲۰۲۰)، درمان

- 
1. Anorexia nervosa
  2. Eating disorders
  3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
  4. Chew, Kelly, Tay, Baeg, Khaider & Davis.
  5. Body image

پذیرش و تعهد (استادیان، حسنی، سپاه منصور و ارشدی، ۱۳۹۹) مداخلات تصویر بدن (دایدریچز، اتکینسون، گاربت و لکی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰) را تایید کردند.

تصویر بدنی بخشی از هویت فرد است (پالمرونی، لوییکس، ورشورن و کلاس<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). برزونسکی<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) مدلی فرایندی از تشکیل هویت ارایه داد و سه نوع سبک هویتی،<sup>۴</sup> اطلاعاتی<sup>۵</sup>، سبک هنجاری<sup>۶</sup> و سبک سردرگم<sup>۷</sup> را مشخص کرده است. اختلالات خوردن از اختلالات اساسی در هویت مثل تحریفات در تصویر بدنی و ناخشنودی بدنی (به عنوان تعریف خود)، ناشی شده است (استین، لی، کورت و استفان<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان داده که افراد با اختلال خوردن، کمتر در فرایندهای تحول هویت، موفق و متعهد هستند و مکانسیم‌های مقابله در هویت اجتنابی را به کار می‌گیرند (ورشون، لویک، کافمن، ونستینکس و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷). به علاوه اثربخشی درمان، در خودکارآمدی و سبک‌های هویت تایید شده است (نوروزپور، وکیلی و رضاخانی، ۲۰۲۰).

درمان اختلال‌های خوردن به یک رویکرد میان‌رشته‌ای همراه با خانواده درمانی منظم نیاز دارد. درمان مبتنی بر خانواده، به طور مستقیم از انواع روان‌درمانی مثل رفتاری، سیستم‌ها، استراتژیک، ساختاری، میلان و فمینیست مشتق شده است و در عمل قابلیت ادغام رویکردها را دارد. این رویکرد در بیمارستان مادرسی در انگلستان توسعه پیدا کرد. ابتدا اثربخشی آن در برابر درمان فردی برای جوانان و نوجوانان دارای

- 
1. Diedrichs, Atkinson, Garbett & Leckie.
  2. Palmeroni, Luyckx, Verschuere & Claes.
  3. Berzonsky
  4. Identity style
  5. Informational
  6. Normative style
  7. Diffuse- Avoidant style
  8. Stein, Lee, Corte & Steffen.
  9. Verschuere, Luyckx, Kaufman, Vansteenkiste, Moons, Sleuwaegen & Claes.

بی‌اشتهایی عصبی<sup>۱</sup> و پراشتهایی عصبی<sup>۲</sup> امتحان شد (لاک و لی کرانگ،<sup>۳</sup> ۲۰۱۳). این رویکرد نوجوان را در خانواده جا داده و مشارکت خانواده را ضروری می‌داند. فرض بر این است که با حفظ احترام و توجه به نظرات و تجربه‌های نوجوان والدین درگیر درمان شوند و به نوجوانان در انجام وظایف رشدی کمک کنند. ضمناً نوجوان به عنوان کسی که می‌تواند رفتار خود را کنترل کند در نظر گرفته نمی‌شود. هدف بهبود کنترل والدین بر روی رفتار خوردن نوجوانان است. تمرکز درمان بر تمایل شخص به اصلاح وزن است. خانواده فقط با بر ملا کردن پاتولوژی خانوادگی درمان نمی‌شود بلکه از والدین به عنوان یک منبع در راه‌حل‌های عملی استفاده می‌کند. همچنین دستور جلسه کاهش سرزنش و انتقاد از کودکان را هدف می‌گیرد. این درمان شامل سه مرحله است که برای کل خانواده ارائه می‌شود و شامل زیرمنظومه همشیره‌است که در هر جلسه حضور دارند. نقش والدین در فازهای درمان تغییر می‌کند. در حالیکه خواهران و برادران نقش حمایتی ثابت دارند. در فاز اول، درمانگر فقط روی غذا خوردن و افزایش وزن تمرکز می‌کند. مسئولیت خوردن به والدین محول می‌شود. باتأکید بر جنبه‌های مثبت، خانواده سرزنش نمی‌شود. هنگامی که فرد به ۹۰٪ وزن مورد نظر برسد، درمان وارد فاز دوم می‌شود. کنترل غذا خوردن با نظارت والدین، به تدریج به نوجوان منتقل می‌شود. در فاز سوم، مرزهای خانواده با افزایش استقلال نوجوان دوباره ترسیم می‌شود. بارسیدن به این هدف، فرایند درمان خاتمه می‌یابد (شوتلو و گورمز،<sup>۴</sup> ۲۰۲۰). پژوهشگران دیگر نیز درمان مبتنی بر خانواده را به عنوان اولین و بهترین درمان برای بی‌اشتهایی عصبی (ویور

- 
1. Anorexia nervosa (AN)
  2. Bulimia nervosa (BN)
  3. Le Grange, Lock
  4. Ögütlü & Görmez.

و تیمکو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸؛ شوتلو و گورمز، ۲۰۲۰) و اختلال‌های خوردن (گورل، لئوب و لیگرانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹) معرفی می‌کنند. اوبرین، سیم، نار، متکه و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۲۱) نتیجه گرفتند قرار دادن این درمان در مراقبت‌های اولیه باعث بهبود جوانان می‌شود. بوماس، زیدی، جولین سوورتز، کروت و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۲۱)، چو و همکاران (۲۰۲۰)، لی، بارنرت، هی، سوور و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۱۷) در بین مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی، به نتایج قابل قبولی دست یافتند.

نظر به اینکه نوجوانی یک دوره رشدی بحرانی و مهم شامل تشکیل هویت، رشد جنسی، اجتماعی، شناختی و فیزیکی و بالارفتن خودآگاهی است و با توجه به شیوع عوامل خطر ساز و زمینه ساز اختلال بی‌اشتهایی عصبی در بین نوجوانان و همچنین تأثیرات درمان مبتنی بر خانواده و فقدان پژوهش در زمینه این رویکرد در ایران، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده در تصویر بدنی و سبک‌های هویت نوجوانان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی است. از این رو فرضیه پژوهش به این صورت است: درمان مبتنی بر خانواده در تصویر بدنی و سبک‌های هویت نوجوانان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اثربخش و ماندگار است.

## روش

این طرح پژوهشی از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری را تمام دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه کرج سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ به همراه خانواده‌هایشان

- 
1. Weaver, Timko
  2. Gorrell, Loeb & Le Grange.
  3. O'Brien, Sim, Narr, Mattke, Billings, Jacobson, & Lebow.
  4. Baumas, Zebdi, Julien-Sweerts, Carrot, Godart, Minier & Rigal.
  5. Le, Barendregt, Hay, Sawyer, Hughes & Mihalopoulos.

تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری، هدفمند با واگذاری تصادفی بود. به این صورت که از بین نواحی چهارگانه، یک ناحیه به‌طور تصادفی انتخاب شد. جهت دریافت تعداد کافی از کسانی که نمرهٔ برش ۲۰ به بالا را دریافت نمایند تا ۹ مدرسه از این منطقه مورد بررسی قرار گرفت. غربال‌گری براساس اطلاعات نمودارهای طرح سراسری پایش وزن که از مدارس جمع‌آوری شده بود، انجام گرفت. دانش‌آموزان کم‌وزن با بردن عدد شاخص‌تودهٔ بدنی<sup>۱</sup> روی نمودار شناسایی شدند. با اجرای پرسشنامهٔ نگرش‌های خوردن، تعداد ۴۹ نفر نمرهٔ بالاتر از ۲۰ (نمره برش) را کسب کردند. بعد از ارزیابی به روش مصاحبه ۳۰ نفر از آنها به همراه خانواده‌هایشان به روش هدفمند به‌عنوان نمونهٔ پژوهش انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان شامل: تشخیص بی‌اشتهایی عصبی بر اساس ملاک راهنمای تشخیصی آماری اختلالات ویرایش پنجم، رضایت آگاهانه افراد و والدین برای شرکت در پژوهش، عدم مصرف داروهای روانپزشکی در طی فرایند تحقیق، عدم شرکت در جلسات مشاوره یا روان‌درمانی همزمان و ملاک خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه از درمان بود. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش عبارت بودند از:

**پرسشنامهٔ نگرش‌های خوردن<sup>۲</sup>:** ابزار غربال‌گری برای نگرش و رفتارهای بیمارگونه خوردن به‌کارمی‌رود (گارنر و گر‌فینکل<sup>۳</sup>، ۱۹۸۲). فرم ۲۶ گویه‌ای و دارای ۶ گزینه (همیشه-بیشتر اوقات-خیلی اوقات-گاهی-به‌ندرت-هرگز) با شاخص‌های پرخوری<sup>۴</sup>، نگرانی بیش از اندازه در مورد وزن و

- 
1. Body mass index
  2. Eating Attitudes test (EAT-26)
  3. Garner & Garfinkel
  4. Bulimia and preoccupatin

فرم بدن<sup>۱</sup>، رفتارهای کنترل وزن<sup>۲</sup> است. نمره<sup>۳</sup> برش بیش از ۲۰ احتمال وجود اختلال‌های خوردن را نشان می‌دهد. سازندگان در محاسبه همسانی درونی، ضریب آلفای ۰/۹۴ و روایی همزمان با پرسشنامه خوردن<sup>۳</sup>، ۰/۵۰ را ذکر کرده‌اند. در ایران پرسشنامه شناخت‌های بی‌اشتهایی عصبی گونه میز<sup>۴</sup> با این آزمون ۰/۶۴ همبسته بود(بابایی، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷، و ۰/۸۳ به دست آمد، از این ابزار تنها در جهت غربالگری استفاده شد. پرسشنامه هویت بروزونسکی<sup>۵</sup>: سه سبک هویت و میزان تعهد فرد را مورد سنجش قرار می‌دهد(برزونسکی، ۱۹۸۹، ۶). ۴۰ گویه و خرده مقیاس‌های اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم یا اجتنابی و تعهد را شامل می‌شود. پاسخ‌ها بر حسب مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای و شامل کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق= ۵ می‌باشد. برزونسکی(۱۹۸۹) ضریب آلفای کرونباخ را برای سبک‌های اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم/اجتنابی به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۶۶، ۰/۷۳ گزارش کرد. در مطالعات داخلی غضنفری(۱۳۸۳) در بررسی روایی با آزمون سلامت عمومی گلدبرگ<sup>۶</sup> روایی همزمان را ۰/۷۰ محاسبه کرد و همسانی درونی، آلفای کرونباخ را برای زیر مقیاس‌های بالا به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۶ گزارش کرد. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب بالا ۰/۸۶، ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۷۱ به دست آمده است.

- 
2. Oral control
  3. Dieting
  4. Eating Questionnaire( EQ-R )
  5. Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire
  6. Berzonsky Identity Styles Inventory( ISI)
  7. Berzonsky
  8. GHQ-28

۴۰ ..... اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده در تصویربردنی و سبک‌های هویت ...

پرسشنامه چند بعدی نگرش فرد در مورد تصویربردنی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه از ۶۹ گویه و خرده مقیاس‌های ارزیابی ظاهر<sup>۲</sup>، گرایش ظاهر<sup>۳</sup>، ارزیابی تناسب<sup>۴</sup>، گرایش تناسب<sup>۵</sup>، ارزیابی سلامت<sup>۶</sup>، گرایش سلامت<sup>۷</sup>، گرایش بیماری<sup>۸</sup>، رضایت بدنی<sup>۹</sup>، وزن ذهنی<sup>۱۰</sup> و دلمشغولی با وزن<sup>۱۱</sup> تشکیل شده است (کش و پروزینسکی، ۱۹۹۰<sup>۱۲</sup>). نمره‌گذاری به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از «خیلی ناراضیم» تا «خیلی راضیم» می‌باشد. حداقل نمره ۶۹ و حداکثر نمره ۳۴۵ است. تصویر ذهنی مناسب‌تر، نمرات بالاتری کسب می‌کنند. سازندگان روایی و پایایی مؤلفه‌ها را برای مردان از ۰/۷۷ تا ۰/۹۱ و برای زنان از ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ محاسبه کردند. همچنین روایی محتوایی نسخه فارسی ۰/۸۴ توسط شمشادی، شمس، صحاف، شمسی‌پور و همکاران (۱۳۹۹) تایید شد و همسانی درونی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است.

جدول ۱: درمان مبتنی بر خانواده (پروتکل درمانی کوتاه مدت ۱۰ جلسه ای؛ رینکه، ۲۰۱۷)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار	تکلیف
۱	برقراری رابطه درمانی، ارزیابی مشکلات نوجوان	وزن، آموزش ماهیت اختلال	کمک خانواده به فرزند در غذا خوردن	آوردن یک وعده غذایی در جلسه بعد، عادی سازی رفتارهای غذایی فرزند

1. Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)
2. Appearance evaluation
3. Appearance orientation
4. Fitness assessment
5. Fit orientation
6. Health assessment
7. Health orientation
8. Disease tendency
9. Physical satisfaction
10. Mental weight
11. Preoccupation with (excess) weight
12. Cash & Pruzinsky



۲	مشاهده خانواده، ارزیابی الگوهای متداول	خوردن یک وعده غذایی در مطب، دستورات درمانگر درمورد چگونگی خوردن و ارتباط خانواده	تعیین جزئیات فرآیند تغذیه در محیط خانه، وادار کردن به خوردن غذای اضافه تر و مراقبت از رفتارهای بعد خوردن اجباری
۳	توانمندکردن خانواده	بررسی مجدد وزن، گرفتن گزارشات، توضیحات درمانگر و ارایه دستورات	درخواست کمک از مدرسه، نظارت بر نوجوان ۱ ساعت قبل و بعد صبحانه و شام
۴	درمان با خانواده در مقابل درمان خانواده	اتحاد درمانی با نوجوان و خانواده	انجام تکالیف گذشته همسو شدن خانواده و نوجوان با درمان
۵	مدل کردن رویکردهای غیرانتقادی و تضادآمیز	آموزش خانواده و بازسازی مرزها و تعاملات	انجام تکالیف گذشته بهبود تعارضهای خانواده
۶	انتقال تدریجی کنترل از والدین به نوجوان	پایش وزن، مربیگری و کاوش مداوم در پویایی خانواده	توانایی نوجوان در خوردن آنچه ارایه می شود، افزایش مداوم وزن حدود ۱-۳ پوند در هفته
۷	کنترل داشتن نوجوان بر غذاخوردن	کاوش مداوم در پویایی خانواده	نظارت والدین و درک توجه والدین به نیازها و خواسته او، غذا خوردن مستقلانه
۸	کنترل رفتارهای خوردن توسط نوجوان	بررسی موانع مختل کننده حمایت خانواده از فرد	کاهش رفتارهای اختلال خوردن، بهبود غذا خوردن مستقلانه

قابل توجه در خلق و خوی بیمار	
ایجاد هویت سالم نوجوان	مروری بر رشد و نمو نوجوان
۹	ثابت ماندن وزن، کاهش رفتارهای اختلالی خوردن ، غذاخوردن به تنهایی
تثبیت هویت سالم	مشخص کردن چالش‌های رشدی پیش رو توسط خانواده و چگونگی کمک به نوجوان
۱۰	شناسایی و برطرف شدن نیازهای بهداشت روان و نیازهای موجود در اعضای خانواده

## روش اجرا

قبل از مداخله، پیش‌آزمون (تصویربندی و سبک‌های هویت) اجرا شد. سپس مداخله درمانی مبتنی بر خانواده با توجه به پروتکل درمانی (رینکه، ۲۰۱۷) مطابق با جدول ۱، در طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای یکبار، با شرکت اعضای خانواده دانش‌آموز در جلسات درمان، بر روی گروه آزمایش اجرا شد و برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد و در لیست انتظار قرار گرفت؛ برحسب ملاحظات اخلاقی بعد از اتمام مطالعه به‌طور فشرده ۵ جلسه درمان مبتنی بر خانواده برای گروه کنترل انجام شد. سپس پس‌آزمون و در نهایت بعد از گذشت سه ماه از پایان مداخله، پیگیری (اجرای مجدد آزمون‌ها) برای بررسی پایداری نتایج درمان انجام شد. به‌منظور تجزیه‌تخلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کواریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

## یافته‌ها

جدول ۲ مربوط به توصیف آماری تصویربندی و سبک‌های هویت است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تصویر بدنی	درمان	میانگین	۱/۸۷	۲/۹۳	۳/۱۷
		انحراف معیار	۱/۱۳	۱/۲۸	۱/۲۸
	کنترل	میانگین	۲/۴۰	۲/۳۲	۲/۵۷
		انحراف معیار	۰/۷۴	۰/۷۲	۰/۷۲
سبک اطلاعاتی	درمان	میانگین	۱/۹۳	۳/۱۳	۳/۸۳
		انحراف معیار	۱/۲۸	۱/۰۶	۱/۰۶
	کنترل	میانگین	۲/۰	۲/۱۳	۲/۳۷
		انحراف معیار	۰/۹۳	۱/۱۹	۱/۱۹
سبک هنجاری	درمان	میانگین	۲/۷۳	۴/۵۳	۴/۷۷
		انحراف معیار	۱/۹۴	۰/۷۴	۰/۷۴
	کنترل	میانگین	۲/۲۰	۲/۰۷	۲/۳۱
		انحراف معیار	۱/۱۵	۱/۳۹	۱/۳۹
سبک سردرگم	درمان	میانگین	۲/۸۰	۳/۹۳	۴/۱۷
		انحراف معیار	۱/۹۰	۱/۰۳	۱/۰۳
	کنترل	میانگین	۳/۲۰	۲/۸۰	۳/۰۴
		انحراف معیار	۱/۸۲	۱/۰۸	۱/۰۸
سبک تعهد	درمان	میانگین	۲/۱۳	۳/۹۳	۴/۱۷
		انحراف معیار	۱/۳۶	۰/۰۸	۰/۸۰
	کنترل	میانگین	۳/۰۰	۳/۱۳	۳/۳۷
		انحراف معیار	۱/۳۱	۰/۷۴	۰/۷۴

ابتدا مفروضات تحلیل واریانس آمیخته مورد آزمون قرار گرفت. پاسخ‌های آزمودنی‌ها به سوالات تحت تأثیر آزمودنی‌های دیگر نبود. با انجام آزمون شاپیرو (تصویر بدنی، سبک‌های اطلاعاتی،

۴۴ ..... اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده در تصویربردنی و سبک‌های هویت ...

هنجاری، سردرگم، تعهد به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۴، ۰/۶۳، ۰/۶۷، ۰/۶۲ و ۰/۰۵ ( $p > ۰/۰۵$ ) نرمال بودن داده‌ها و با آزمون لوین (تصویربردنی، سبک‌های اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم، تعهد به ترتیب ۰/۴۱، ۰/۳۳، ۰/۱۹، ۰/۹۹، ۰/۶۴ و ۰/۰۵ ( $p > ۰/۰۵$ ) همگنی واریانس‌ها در پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل تایید شد ( $p > ۰/۰۵$ ). فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس با ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس آزمون M باکس (۷۵/۳۳)  $F = ۱/۴۲$ ،  $p > ۰/۰۵$ ) تایید شد. با توجه به برقرار بودن شرط آزمون‌های پارامتریک، داده‌های این پژوهش قابلیت ورود به تحلیل واریانس مختلط را دارا بوده و تفاوت‌های بین گروهی در متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون فرضیه با استفاده از تحلیل کوواریانس، در جدول ۳ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد حداقل بین یکی از متغیرهای تصویربردنی و سبک‌های هویت دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی که تحت روش درمانی بوده‌اند، با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۳: آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمرات تصویربردنی و سبک‌های هویت

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	Sig.	ضریب ایتا
اثر پیلائی	۰/۴۶	۳/۱۹	۶	۲۳	۰/۰۲۰	۰/۴۵۵
لانداى ویلکس	۰/۵۵	۳/۱۹	۶	۲۳	۰/۰۲۰	۰/۴۵۵
اثر هتلینگ	۰/۸۳	۳/۱۹	۶	۲۳	۰/۰۲۰	۰/۴۵۵
بزرگترین ریشه روی	۰/۸۳	۳/۱۹	۶	۲۳	۰/۰۲۰	۰/۴۵۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای پژوهش تحت روش درمان مبتنی بر خانواده نسبت به گروه کنترل، تایید می‌گردد.

جدول ۴: آزمون اثرات بین گروهی

منبع	متغیر	مجموع مربعات نوع ۳	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
	تصویر بدنی	۲/۷۰	۱	۲/۷۰	۵/۵۰	۰/۰۲۵	۰/۰۸
	اطلاعاتی	۷/۵۰	۱	۷/۵۰	۵/۹۲	۰/۰۲۲	۰/۱۸
مدل تصحیح شده	هنجاری	۴۵/۶۳	۱	۴۵/۶۳	۳۶/۸۶	۰/۰۰۰	۰/۵۷
	سردرگم یا اجتنابی	۹/۶۳	۱	۹/۶۳	۸/۶۱	۰/۰۰۷	۰/۲۴
	تعهد	۴/۸۰	۱	۴/۸۰	۸/۰۶	۰/۰۰۸	۰/۲۲
	تصویر بدنی	۲۰۸/۰۳	۱	۲۰۸/۰۳	۱۹۲/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۸۷
	اطلاعاتی	۲۰۸/۰۳	۱	۲۰۸/۰۳	۱۶۴/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۸۵
عرض از مبدأ	هنجاری	۳۲۶/۷۰	۱	۳۲۶/۷۰	۲۶۳/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۹۰
	سردرگم یا اجتنابی	۳۴۰/۰۳	۱	۳۴۰/۰۳	۳۰۳/۸۶	۰/۰۰۰	۰/۹۲
	تعهد	۳۷۴/۵۳	۱	۳۷۴/۵۳	۶۲۹/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۹۶
	تصویر بدنی	۲/۷۰	۱	۲/۷۰	۵/۵۰	۰/۰۲۵	۰/۰۸
	اطلاعاتی	۷/۵۰	۱	۷/۵۰	۵/۹۲	۰/۰۲۲	۰/۱۸
	هنجاری	۴۵/۶۳	۱	۴۵/۶۳	۳۶/۸۶	۰/۰۰۰	۰/۵۷
گروه	سردرگم یا اجتنابی	۹/۶۳	۱	۹/۶۳	۸/۶۱	۰/۰۰۷	۰/۲۴
	تعهد	۴/۸۰	۱	۴/۸۰	۸/۰۶	۰/۰۰۸	۰/۲۲
	تصویر بدنی	۳۰/۲۷	۲۸	۱/۰۸			
خطا	اطلاعاتی	۳۵/۴۷	۲۸	۱/۲۷			
	هنجاری	۳۴/۶۷	۲۸	۱/۲۴			

۳۳/۳۱	۲۸	۱/۱۲	سردرگم یا اجتنابی
۱۶/۶۷	۲۸	۰/۰۶	تعهد
۲۴۱/۰۰	۳۰		تصویر بدنی
۲۵۱/۰۰	۳۰		اطلاعاتی
۴۰۷/۰۰	۳۰		هنجاری
۳۸۱/۰۰	۳۰		سردرگم یا اجتنابی
۳۹۶/۰۰	۳۰		تعهد
۳۲/۹۷	۲۹		تصویر بدنی
۴۲/۹۷	۲۹		اطلاعاتی
۸۰/۳۰	۲۹		هنجاری
۴۰/۹۷	۲۹		سردرگم یا اجتنابی
۲۱/۴۷	۲۹		تعهد

آزمون بونفرونی برای مقایسه‌های دوتایی مداخله‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرها استفاده شده‌است. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که در همه آنها، بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p < 0/01$ ).

جدول ۵: جدول مقایسه‌های دوتایی با اصلاح بونفرونی

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	میانگین تفاوت‌ها	انحراف استاندارد	Sig.
-------	----------	----------	------------------	------------------	------

۰/۰۱۹	۰/۲۱	*-۰/۵۸	پس آزمون	پیش آزمون	تصویر بدنی
۰/۰۰۰	۰/۲۱	*-۰/۸۲	پیگیری		
۰/۰۱۹	۰/۲۱	*۰/۵۸	پیش آزمون	پس آزمون	
۰/۷۵۷	۰/۲۱	-۰/۲۴	پیگیری		
۰/۰۰۰	۰/۲۱	*۰/۸۲	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۷۵۷	۰/۲۱	۰/۲۴	پس آزمون		
۰/۰۱۳	۰/۲۵	*-۰/۷۱	پس آزمون	پیش آزمون	سبک اطلاعاتی
۰/۰۰۱	۰/۲۵	*-۰/۹۵	پیگیری		
۰/۰۱۳	۰/۲۵	*۰/۷۱	پیش آزمون	پس آزمون	
۰/۹۸۸	۰/۲۵	-۰/۲۴	پیگیری		
۰/۰۰۱	۰/۲۵	*۰/۹۵	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۹۸۸	۰/۲۵	۰/۲۴	پس آزمون		
۰/۰۱۲	۰/۲۹	*-۰/۸۴	پس آزمون	پیش آزمون	سبک هنجاری
۰/۰۰۱	۰/۲۹	*-۱۰/۰۸	پیگیری		
۰/۰۱۲	۰/۲۹	*۰/۸۴	پیش آزمون	پس آزمون	
۱/۰۰۰	۰/۲۹	-۰/۲۴	پیگیری		
۰/۰۰۱	۰/۲۹	*۱۰/۰۸	پیش آزمون	پیگیری	
۱/۰۰۰	۰/۲۹	۰/۲۴	پس آزمون		
۰/۰۰۵	۰/۲۹	*-۰/۴۴	پس آزمون	پیش آزمون	سبک سردرگم
۰/۰۰۷	۰/۲۹	*-۰/۶۸	پیگیری		
۰/۰۰۵	۰/۲۹	*۰/۴۴	پیش آزمون	پس آزمون	
۱/۰۰۰	۰/۲۹	-۰/۲۴	پیگیری		
۰/۰۰۷	۰/۲۹	*۰/۶۸	پیش آزمون	پیگیری	
۱/۰۰۰	۰/۲۹	۰/۲۴	پس آزمون		
۰/۰۰۰	۰/۲۲	*-۰/۹۸	پس آزمون	پیش آزمون	

۰/۰۰۰	۰/۲۲	*-۱۰/۲۲	پیگیری	پس‌آزمون	سبک‌تعهد
۰/۰۰۰	۰/۲۲	*۰/۹۸	پیش‌آزمون		
۰/۸۱۴	۰/۲۲	-۰/۲۴	پیگیری	پیگیری	
۰/۰۰۰	۰/۲۲	*۱۰/۲۲	پیش‌آزمون		
۰/۸۱۴	۰/۲۲	۰/۲۴	پس‌آزمون		

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده، در تصویر بدنی و سبک‌های هویت نوجوانان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بود. یافته‌ها نشان دادند که روش درمان مبتنی بر خانواده باعث بهبود تصویر بدنی و سبک‌های هویت نوجوانان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. پژوهش حاضر در مورد اثربخشی درمان در تصویر بدنی افراد با پژوهش انصاری و همکاران (۲۰۲۰)، دایدریچز و همکاران (۲۰۲۰)، استادیان و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. همچنین در مورد اثربخشی درمان در تمامی سبک‌های هویت به‌جز خرده مقیاس سبک سردرگم با پژوهش نوروزپور و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در مورد اثربخشی درمان‌های مبتنی بر خانواده برای بی‌اشتهایی عصبی با پژوهش‌های چو و همکاران (۲۰۲۰)، اوبرین و همکاران (۲۰۲۱)، بوماس و همکاران (۲۰۲۰)، شوتلو و گورمز (۲۰۲۰)، استین و همکاران (۲۰۱۹)، ویور و ورتیمکو (۲۰۱۸)، لی و همکاران (۲۰۱۷) همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان در تصویر بدنی افراد می‌توان گفت از آنجاییکه اختلال تصویر بدنی در ارزیابی فرد از خود یا تحریف شناختی در نحوه‌ای که فرد وزن یا شکل بدنش را احساس می‌کند، یکی از معیارهای تشخیصی بی‌اشتهایی عصبی است و براساس نتایج مطالعات بهتر است به‌علت تجربیات دوران کودکی، بی‌فایده بودن ساختارهای شناختی اولیه افراد و آرایه یک تصویر مطلوب (مفهوم اشتباه عمومی) از سوی



جامعه در مورد بدن، ابتدا افراد پس از بررسی سیتماتیک در معرض تصاویر متعدد قرار گیرند و با دریافت اطلاعات در مورد بدنشان، نگرش خود را در مورد تصویر بدنی زیر سوال برند و از ناکارآمدی برنامه فعلی آگاه شوند. همچنین درک و سازمان‌دهی مجدد نگرش نسبت به تصویر بدنی با ارزیابی مجدد احساسات و تخلیه احساسات فرد که از تجربیات دوران کودکی و نوجوانی در رابطه با دیگران شکل گرفته است و توضیح رابطه فکر، احساس و رفتار، امکان‌پذیر می‌شود. افراد باید قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطره‌ها، احساسات و افکار ناخوشایند باشند. با تمرکز بر تحسین بدن با همه نقص‌ها، هدف درمان تغییر شیوه زندگی و انتخاب بهترین راهکار متناسب با ارزش‌های فرد در رابطه با دیگران است.

در تبیین اثربخشی درمان در سبک‌های هویت، نتایج را می‌توان براساس نظریه اریکسون تبیین کرد. کار بنیادی نوجوان به دست آوردن هویت (بخشی از تحول سالم روانی-اجتماعی) است. آسیب‌پذیری و اختلال‌های خوردن در این دوره تحول هویت اتفاق می‌افتد. آنهایی که احساس می‌کنند ظاهر نامناسبی دارند، خود اجتماعی را پرورش می‌دهند که بیش از حد بر عدم تناسب بدنشان متمرکز است و منجر به تمرکز در وزن بدنی به عنوان یک منبع مهم از تعریف خود، معنی شخصی و ارزش خود می‌شود. براساس نتایج مطالعات، درمان می‌تواند بر افزایش خودکارآمدی و حرمت خود، احساس انگیزه، اعتماد و ارزش فرد تأثیر داشته باشد. با جایگزین کردن کنترل درونی با کنترل بیرونی، به فرد کمک می‌شود تا رفتار خود را با مسئولیت‌پذیری برای اهدافش انتخاب کند و استقلال داشته باشد، با چالش‌های شخصی، تصمیم‌گیری تاملی و گزینه‌های مختلف و چالش‌انگیز آگاه شود، همچنین انتقال اطلاعات، ادراک تصمیم‌گیری، آزادی فکر، تفکر منطقی، یادگیری مشترک و توسعه مهارت‌های فردی همه در دستورکار قرار دارد. نیاز به دوست

داشتن و دوست داشته شدن، نیاز به احساس ارزشمندی، تخلیه روانی و توانایی مشارکت در چالش‌ها با همراهی درمانگر انجام می‌شود.

در تبیین جایگاه ویژه درمان مبتنی بر خانواده در تصویربندی و سبک‌های هویت برای افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی علاوه بر آنچه ذکر شد می‌توان گفت اکثر درمان‌های خانواده‌علایم یک اختلال را با در نظر گرفتن فرد و نیز نحوه جای گرفتن علایم در ساختار خانواده کژکار را به بهترین وجه درک می‌کنند. همچنین اختلال (خوردن) کودک نقش مهمی در کمک به خانواده برای اجتناب از تعارض‌های دیگر دارد. درمان مبتنی بر خانواده، برای اختلالات خوردن با ترکیب روش‌های خاصی در رویکردهای خانواده‌درمانی استفاده می‌شود. براساس نتایج مطالعات پیشین، والدین فرصت‌های اکتشاف و خودمختاری و گسترش را در آنها محدود می‌کنند که در نتیجه احساس‌های تهی بودن، عدم اطمینان و تمرکز بر وزن‌بندی و رفتارهای اختلالی را باعث می‌شود. نتیجه به دست آمده را می‌توان براساس فلسفه این درمان که نوجوان را در خانواده جا داده و مشارکت خانواده را ضروری می‌داند، تبیین کرد. در حقیقت والدین با حفظ احترام و توجه به نظرات و تجربه‌های نوجوان و عدم سرزنش و تحقیر نوجوان در کنار مشارکت مدرسه درگیر درمان می‌شوند. در نهایت تصویر بدنی مطلوب و هویتی سالم در نوجوان پدید می‌آید. در نتیجه درمان مبتنی بر خانواده با هدف قراردادن نگرش و خودآگاهی برای کسب تصویر مثبتی از خود، به جنبه‌های تحول روانی-اجتماعی که در آن بحران هویت نوجوان حل می‌شود، اهمیت داده و به نوجوان فرصت می‌دهد که روش‌های مختلف برای کسب هویت متعهدانه را پی‌ریزی کند. با به استقلال رسانیدن نوجوان از طریق بازسازی مرزهای خانوادگی، او را به کسب هویت متعهد رهنمون می‌کند. همچنین والدین را راهنمایی می‌کند که به نوجوانان برای انجام وظایف تحولی (کسب هویت و کسب تصویربندی مثبت)

کمک کنند. بنابراین به طور کلی می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر خانواده در تصویر بدنی و سبک های هویت نوجوانان دختر مبتلا به بی اشتهایی عصبی اثربخش است.

از محدودیت های پژوهش، در نظر نگرفتن وضع اقتصادی، فرهنگی، خانوادگی، تحصیلات والدین و همچنین جامعه مورد مطالعه (فقط دختران) را می توان نام برد. نتیجه پژوهش از بعد نظری اهمیت خانواده را در شکل گیری تصویر بدنی و سبک های هویت دانش آموز نشان می دهد و لزوم توجه خانواده ها در شیوه های فرزندپروری مثبت توصیه می شود و در بعد کاربردی باتوجه به اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده در تصویر بدنی و سبک های هویت پیشنهاد می شود متخصصان شاغل در حوزه نوجوانان از مداخلات این درمان در جهت بهبود در تصویر بدنی و سبک های هویت استفاده کنند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری مشاوره مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.072 می باشد. از تمامی کسانی که در انجام پژوهش همکاری نمودند، قدردانی می شود.

### منابع

- راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم (۱۳۹۶). ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان.
- شفیعی، معصومه، بشرپور، سجاد، ذبیحی نیاگرد و دباری، الهام و حیدری راد، حدیث (۱۳۹۷). نقش بازاری پاسخ، اضطراب منفی و نگرانی تصویر بدنی در پیش بینی علایم اختلال خوردن دختران دانشگاه علوم پزشکی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۴(۱)، ۹۱-۱۰۷.
- شمشادی، هاشم، شمس، امیر، صحاف، رباب، شمسی پور دهکردی، پروانه، زارعیان، حسین و مسلم، علیرضا (۱۳۹۹). ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی پرسش نامه چندبعدی نگرش فرد در مورد بدن خود (MBSRQ) در سالمندان ایرانی. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۵ (۳): ۲۹۸-۳۱۱.

قاسمی، لیلا و جبل‌عاملی، شیدا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی ماستکتومی. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۵(۴)، ۲۶۱-۲۵۵.

غضنفری، احمد (۱۳۸۳). اعتباریابی و هنجاریابی پرسشنامه سبک هویت (ISI-6G). *مطالعات تربیتی و روان شناسی*، ۵(۱)، ۸۱-۹۴.

استادیان خانی زهرا، حسنی فریبا، سپاه‌منصور مژگان، کشاورزی ارشدی فرناز (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری تصویر بدنی و کنترل عواطف در زنان مبتلا به اختلال پر خوری افراطی.

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۶ (۳): ۱۰۲-۹۴.

Ansari, S., Asgari, P., Makvandi, B., Heidari, A., & Seraj Khorrami, N. (2020). Effectiveness of schema therapy in psychological distress, body image, and eating disorder beliefs in patients with anorexia nervosa. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 7(3), 184-189.

Baumas, V., Zebdi, R., Julien-Sweerts, S., Carrot, B., Godart, N., Minier, L., & Rigal, N. (2021). Patients and parents' experience of multi-family therapy for anorexia nervosa: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 12, 85. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.584565>.

Berzonsky, M. D. (1989). Identity style: Conceptualization and measurement. *Journal of Adolescent Research*, 4(3), 268-282.

Cash, T. F., & Pruzinsky, T. E. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. Guilford Press.

Chew, C. S. E., Kelly, S., Tay, E. E., Baeg, A., Khaider, K. B., Oh, J. Y., ... & Davis, C. (2021). Implementation of family-based treatment for Asian adolescents with anorexia nervosa: A consecutive cohort examination of outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 54(1), 107-116.

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (2019). Translated by Seyed Mohammadi T Y. Ravan Press: Tehran. (Text in Persian)

Diedrichs, P. C., Atkinson, M. J., Garbett, K. M., & Leckie, G. (2021). Evaluating the "Dove Confident Me" five-session body image intervention delivered by teachers in schools: A cluster randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Adolescent Health*, 68(2), 331-341.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.

Ghasemi, L., Jabal Ameli, Sh (2019). The effectiveness of acceptance and commitment treatment on body image in women with breast cancer after mastectomy. *Journal of Health System Research*, 15 (4), 261-255. (Text in Persian)

- Ghazanfari, A. (2004). A study of the reliability and validity of identity style questionnaire (ISI - 6G). *Studies in Education & Psychology*, 5(1), 81-94. (Text in Persian)
- Gorrell, S., Loeb, K. L., & Le Grange, D. (2019). Family-based treatment of eating disorders: A narrative review. *Psychiatric Clinics*, 42(2), 193-204.
- Harlowe, J., Farrar, S., Stopa, L., & Turner, H. (2018). The impact of self-imagery on aspects of the self-concept in individuals with high levels of eating disorder cognitions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.05.002>
- Le Grange, D., Lock, L. (2007). *Treating Bulimia in Adolescents: A Family-Based Approach*. The Guilford Press: New York.
- Le, L. K. D., Barendregt, J. J., Hay, P., Sawyer, S. M., Hughes, E. K., & Mihalopoulos, C. (2017). The modeled cost-effectiveness of family-based and adolescent-focused treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50(12), 1356-1366.
- Lock, J., Couturier, J., & Agras, W. S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 666-672.
- Nowruzpoor, E., Vakili, P., Rezakhani, S. (2020). The effectiveness of reality therapy on self-efficacy and identity styles of female students in the second district of Tehran during the academic year 2018-19. *International Journal of Pediatrics*. [dio.org/10.22038/IJP.2020.50939.4044](https://doi.org/10.22038/IJP.2020.50939.4044),
- O'Brien, J. R. G., Sim, L., Narr, C., Mattke, A., Billings, M., Jacobson, R. M., & Lebow, J. (2021). Addressing disparities in adolescent eating disorders: A case report of Family-Based treatment in primary care. *Journal of Pediatric Health Care*, 35(3), 320-326.
- Öğütlü, H., & Görmez, V. (2020). Family based therapy for eating disorders in children and adolescents. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 9(3), 260-267.
- Ostadian Khani, Z., Hasani, F., Sepahmansour, M., & Keshavarzi Arshadi, F. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and affect control in women with binge eating disorder. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 6(3), 94-102. (Text in Persian)
- Palmeroni, N., Luyckx, K., Verschueren, M., & Claes, L. (2020). Body dissatisfaction as a mediator between identity formation and eating disorder symptomatology in adolescents and emerging adults. *Psychologica Belgica*, 60(1), 328. doi: 10.5334/pb.564

- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Rienecke, R. D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 8, 69. doi: 10.2147/AHMT.S115775
- Shafiee, M, Basharpour, S, Zabihi Niagard Rudbari, E, Heidari Rad, H. (2018). The role of response inhibition, negative urgency and body image concern in predicting the symptoms of eating disorders in girls of Medical University. *Psychological Studies*, 14 (1), 91-107. doi: 10.22051 / psy.2017.14162.1349. (Text in Persian)
- Shemshadi, H., Shams, A., Sahaf, R., Shamsipour Dehkordi, P., Zareian, H., Moslem, A R. (2020). Psychometric properties of persian version of the multidimensional body-self relations questionnaire (MBSRQ) among iranian elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 15 (3) :298-311. (Text in Persian)
- Stein, K. F., Lee, C. K., Corte, C., & Steffen, A. (2019). The influence of identity on the prevalence and persistence of disordered eating and weight control behaviors in Mexican American college women. *Appetite*, 140, 180-189.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.008>
- Verschuere, M., Luyckx, K., Kaufman, E. A., Vansteenkiste, M., Moons, P., Sleuwaegen, E., ... & Claes, L. (2017). Identity processes and statuses in patients with and without eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(1), 26-35. <https://doi.org/10.1002/erv.2487>
- Weaver, L., Timko, A. (2018). *Complex Disorders in Pediatric Psychiatry*. Chapter7 (Eating Disorders) *Complex Disorders in Pediatric Psychiatry*, (2018) 77-91. doi:10.1016/B978-0-323-51147-6.00007-7





## The Effectiveness of Family Based Therapy on Body Image and Identity Styles of Female Adolescent with Anorexia Nervosa

Marzieh Babae HeydarAbadi<sup>1</sup>; Mohammad Ghamari<sup>\*2</sup>; Simin Hossenian<sup>3</sup>

### Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness and continuity of family-based therapy (FBT) on body image and identity styles of female adolescents with anorexia nervosa. The research design was quasi-experimental, pre-test and post-test and quarterly follow-up with the control group. The statistical population of the study was teenage girls with anorexia nervosa in 2020-2021 in Karaj. 30 students with their Family were randomly assigned to experimental and control groups. In 10 treatment sessions, the experimental group received treatment, and the control group did not. These instruments were used: Eating Attitudes test (Garner & Garfinkel), Identity Style Inventory (Berzonsky) and Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (Cash & Pruzinsky). Data were analyzed by using multivariate analysis of covariance and mixed analysis of variance. The results showed that FBT leads to the positive body image and the acquisition of a committed identity in students. Also, the follow-up results showed that it's effectiveness is lasting. According to the findings, concluded that the method of family-based treatment for anorexia nervosa leads to the positive body image and committed identity style in female adolescent. Therefore, psychologists and counselors can use this treatment for female students with anorexia.

**Keywords:** Anorexia nervosa, Body image, Family based therapy, Identity styles

<sup>1</sup> PhD student, Department of Counseling, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. [marzieh.babee@yahoo.com](mailto:marzieh.babee@yahoo.com)

<sup>2</sup> \* Corresponding Author: Associate Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran. Email: [counselor\\_ghamari@yahoo.com](mailto:counselor_ghamari@yahoo.com)

<sup>3</sup> Full Professor of the Department of Counseling, Alzahra University, Tehran, Iran. [Hosseinian@alzahra.ac.ir](mailto:Hosseinian@alzahra.ac.ir)