

بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال پراشتهایی روانی

رضا ایل بیگی قلعه‌نی^{۱*}، مریم رستمی^۲، عظیم امیدوار^۳

تاریخ وصول: ۹۳/۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: اختلالات خوردن، امروزه خطر مهمی برای سلامت جسمی و روانی نوجوانان و بویژه دختران به حساب می‌آید و درمان‌های متعددی برای بهبود افراد مبتلا به آن، مورد استفاده قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال پرخوری روانی می‌باشد.

روش بررسی: جامعه آماری این پژوهش را کلیه دختران و زنان مبتلا به اختلال پرخوری روانی که در سال ۱۳۹۳ ساکن شهرستان شیراز بودند، تشکیل می‌دهد. حجم نمونه پژوهش ۳۴ نفر است که به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند. ۲۰ جلسه درمانی به صورت گروهی، هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه برگزار شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین طرحواره‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، خود تحول-نیافته/گرفتار، خویش‌داری/خود انضباطی ناکافی، استحقاق/بزرگ‌منشی و نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه، تفاوت معنی داری به دست آمد ($p < 0/05$) که بیانگر اثربخشی طرحواره‌درمانی است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که طرحواره‌درمانی مداخله‌ای موثر جهت بهبود علائم بیماران مبتلا به اختلال پرخوری روانی می‌باشد.

واژگان کلیدی: طرحواره‌درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، پرخوری روانی.

مقدمه

اختلالات خوردن^۱ به آشفتگی و به هم خوردن رفتارهای متعادل مرتبط با تغذیه گفته می‌شود که در آن‌ها اختلالات بارزی در افکار و تصورات فرد، نسبت به غذاها و خویش‌تن بویژه و زن بدن به وجود می‌آید(۱). اختلالات تغذیه‌ای، تقریباً ۸ درصد از کل ناراحتی‌ها یا اختلالات تغذیه‌ای کلینیکی را به خود اختصاص داده‌اند و به دو دسته عمده بی‌اشتهایی^۲ و پراشتهایی روانی^۳

تقسیم می‌شوند(۲). نوبخت و دژکام طی یک بررسی در دانش-آموزان دختر دبیرستانی نشان دادند که ۰/۹ درصد مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی روانی، ۳/۲۳ درصد مبتلا به پراشتهایی روانی و ۶/۶۳ درصد از دانش‌آموزان، سندروم خفیف اختلال خوردن را گزارش نمودند(۳).

بی‌اشتهایی روانی اختلالی است که در آن شخص از حفظ حداقل وزن طبیعی امتناع می‌کند، شدت از بالا رفتن وزن خود می‌ترسد و به طور قابل ملاحظه‌ای در مورد بدن خود و شکل آن دچار سوء تعبیر است. پراشتهایی روانی، پرخوری دوره‌ای توأم با راه‌های نامتناسب پیشگیری از بالا رفتن وزن تعریف شده است. دوره پراشتهایی روانی که شایع‌تر از بی‌اشتهایی روانی است که با احساس از دست دادن کنترل توأم است. برخلاف مبتلایان به بی‌اشتهایی روانی، افراد مبتلا به پراشتهایی روانی ممکن است وزن طبیعی خود را حفظ کنند(۴). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بین ۱ تا ۶ درصد نوجوانان و بزرگسالان مونث جوان دارای

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

* (نویسنده مسؤول) Email: reza.ilbeygi@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اردبیل، اردبیل، ایران

آموزش آگاهی از اشتها^۴؛ که همگی بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته توام با موفقیت بوده است (۱۰).
 از جمله درمان‌های نوین و موثر برای درمان اختلال خوردن می‌توان به رویکرد طرحواره‌درمانی^۵ یانگ^۶ اشاره داشت. طرحواره‌درمانی شکل تعدیل شده و تلفیقی شناخت‌درمانی است. فرض بر این است که تجربیات مبتنی بر غفلت / یا سوء رفتار در دوران کودکی می‌تواند شکل‌گیری طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه را در پی داشته باشد. طبق نظر بک باید به طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۷ به عنوان پایه‌ای‌ترین و اساسی‌ترین سطوح شناختی توجه نمود (۱۱). بنا به نظر یانگ، طرحواره‌ها باورهای عمیق و مستحکم فرد در مورد خود و جهان هستند که حاصل آموزه‌های نخستین سال‌های زندگی می‌باشند. یانگ آن دسته از طرحواره‌ها را که منجر به شکل‌گیری مشکلات روانشناختی می‌گردند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامید که به الگوی خود تداوم بخشی از خاطرات، هیجانات، شناخت‌ها و ادراک اطلاق می‌شود که رفتار را هدایت می‌کنند (۱۲). بنا به نظر یانگ، آسیب روانی از شکل‌گیری و ثبات طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه ناشی می‌شود (۱۳).
 طرحواره‌درمانی بویژه برای فهم افسردگی و علائم آن پی‌ریزی نشد؛ بلکه هدف از ساخت آن، درمان اختلال‌های روانی مزمن و مقاوم بود. وجوه افتراق طرحواره درمانی با شناخت‌درمانی سنتی عبارتند از: تاکید بیشتر بر تجربه‌های آغازین کودکی، بهره‌گیری بیشتر از فنون هیجانی مانند خیال‌پردازی هدایت شده، به کار بردن روابط درمانی به عنوان وسیله‌ای برای تغییر و طولانی‌تر بودن دوره درمان به دلیل مقاومت طرحواره در برابر تغییر (۱۴).
 پژوهش‌های بسیاری به بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بروز اختلال پراشتهایی روانی و نقش طرحواره‌درمانی در بهبود علائم این اختلال پرداخته‌اند. به عنوان مثال بون، بریت، وندرایسن و کلس^۸ در پژوهشی نشان دادند که وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه از عواملی است که موجب می‌شود فرد در معرض ابتلا به اختلال خوردن قرار می‌گیرد (۱۵). مونتفرد، والر، واتسون و اسکرچ^۹ در پژوهشی نشان دادند که طرحواره‌درمانی موجب کاهش علائم اختلال پرخوری روانی و بویژه شاخص تصویر بدنی می‌شود (۱۶). سیمپسون، مارو، ریسجیک و رید^{۱۰} در پژوهشی نشان دادند که طرحواره‌درمانی گروهی موجب کاهش معنادار علائم بیماران مبتلا به اختلال خوردن نسبت به گروه کنترل می‌گردد و این نتایج را در پیگیری دو ماهه نیز همچنان معنادار گزارش کردند (۱۷). همچنین شریفی، پاداش و اعتمادی در پژوهشی نشان دادند که طرحواره درمانی گروهی

نشانگان کامل اختلال پراشتهایی روانی هستند (۵). این اختلال معمولاً چندین سال به صورت متناوب طول می‌کشد. اختلال پرخوری در خلال نوجوانی (بین ۱۵ تا ۱۹ سالگی) و اغلب در جریان یا بعد از یک دوره رژیم سخت غذایی بروز می‌کند. اختلال پرخوری می‌تواند در نتیجه وقوع یک رویداد، بروز افسردگی، گرسنگی یا دل‌مشغولی فرد نسبت به وزن یا هیکل آغاز شود. بحران پرخوری معمولاً با احساس تنش شدید آغاز می‌شود (۶). در خلال خوردن، بیمار احساس می‌کند که در متوقف کردن آن ناتوان است. اگرچه پرخوری به علت کاهش تنش شدیدی که در فرد وجود دارد، می‌تواند به خودی خود لذت‌بخش باشد؛ اما اغلب احساس ناراحتی عمیق، نازنده‌سازی خود، نفرت، شرمساری، گنهکاری، ترس از چاق شدن و بر ملا شدن رفتار را در پی دارد. معمولاً بیماران مبتلا به پرخوری نسبت به وزن خود توجه خاصی دارند و به همین دلیل پس از بحران پرخوری کوشش می‌کنند تا به جبران یا حذف آثار آن بپردازند، بنابراین نوسان‌های وزن که ناشی از تناوب بحران‌های پرخوری و نخوردن یا تخلیه غذاهای مصرف شده است، در آن‌ها مشاهده می‌شود. اگرچه استفراغ و انواع دیگر رفتارهای جبرانی می‌توانند به سرعت احساس پری معده و ناراحتی جسمانی را کاهش دهند و به کاهش احساسات وابسته به بحران پرخوری مانند اضطراب، تنفر از خود و ناتوانی در مهار خود منجر شوند؛ اما مکانیزم‌های گرسنگی را دچار اختلال می‌کنند. احساس گرسنگی در فرد تشدید می‌شود و فراوانی و شدت بحران‌های پرخوری افزایش می‌یابد. بدین ترتیب به تدریج فرد در دور باطلی گرفتار می‌شود که در آن تخلیه، پرخوری بیشتر را در پی دارد و پرخوری مستلزم تخلیه بیشتر است. چنین چرخه‌ای، احساس ناتوانی، بی‌فایده‌گی و تنفر از خود را افزایش می‌دهد (۷). زمانی که افراد پرخور با شرایط استرس‌زا مواجه می‌شوند، برای رهایی از اضطراب و پریشانی اقدام به پرخوری می‌کنند. این افراد به جای تمرکز بر اهداف دراز مدت کنترل وزن، بر ارضای کوتاه مدت غذا تمرکز کرده و با اینکه گرسنه نیستند، مقدار زیادی غذا می‌خورند و بعد برای اینکه پریشانی ناشی از پرخوری را کاهش دهند، اقدام به پاکسازی می‌کنند (۸).

امروزه پیشرفت‌هایی در زمینه درمان پرخوری صورت گرفته است. هدف از درمان روانشناختی اختلال پرخوری این است که بتوان به مراجعان به خوبی یاد داد که بین گرسنگی هیجانی و فیزیولوژیکی فرق بگذارند و به هیجانات و افکار منفی خود از طریق غذا خوردن پاسخ ندهند. به این طریق به آن‌ها یاد داده می‌شود که پاسخ خوردن را با پاسخ‌های مناسب‌تر دیگری جایگزین نمایند و مسائل عاطفی زیربنایی را مدنظر قرار دهند (۹). چهار شیوه درمانی برای درمان اختلال پرخوری مورد ارزیابی قرار گرفته است: درمان شناختی^۱، درمان رفتاری دیالکتیکی^۲، درمان میان‌فردی^۳ و

4. AAT

5. Schema therapy

6. Young

7. Early maladaptive schema

8. Boone, Braet, Vandereycken & Claes

9. Mountford, Waller, Watson & Scragg

10. Simpson, Morrow, Vreeswijk & Reid

1. Cognitive therapy

2. Dialectical behavior therapy

3. Interpersonal therapy

است. هدف جلسات پانزدهم تا بیستم ترغیب بیماران برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار مبتنی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تمرین رفتارهای کارآمد به منظور ارضای نیازهای هیجانی اساسی است. جلسات درمانی یک بار در هفته، به صورت گروهی و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه اجرا گردید و در نهایت داده‌های به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه نوزدهم و با استفاده از آزمون واریانس چندمتغیری MANOVA تجزیه و تحلیل آماری شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-SF) بود. این مقیاس ۷۵ سوالی توسط یانگ و براون در سال ۱۹۹۴ برای سنجش ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شد. هر سوال بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که طی آن نمره ۱ برای کاملاً نادرست و نمره ۶ برای کاملاً درست در نظر گرفته شد. در این پرسشنامه هر ۵ پرسش یک طرحواره را می‌سنجد. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است. ولبرن (۶) پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای همه طرحواره‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ به دست آوردند. همچنین همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ بوده است و در جمعیت مذکر ۰/۹۷ به دست آمد. یوسفی، اعتمادی، بهرامی، احمدی، بشلیده و فاتحی‌زاده روایی همزمان نمرات کل پرسشنامه با ابزارهای اندازه‌گیری درماندگی روانشناختی، عاطفه مثبت و منفی، اعتماد به نفس، آسیب‌پذیری شناختی برای افسردگی، علایم اختلال شخصیت و چک لیست ۹۰ سوالی بررسی کردند و همبستگی برای شش ملاک یاد شده را به ترتیب ۰/۳۷، ۰/۳۴، ۰/۴۰، ۰/۳۹، ۰/۳۵، ۰/۳۶ و ۰/۳۸ گزارش نمودند (۲۱). ۱۵ طرحواره این پرسش نامه در ۵ گروه بریدگی / طرد (محرومیت هیجانی، رها شدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بد رفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، نقص / شرم)، خودگردانی و عملکرد مختل (شکست، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به زیان و بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار)، محدودیت‌های مختل (استحقاق / بزرگ منشی، خویش‌نمندی / خود انضباطی ناکافی)، دیگر جهت‌مندی (اطاعت و از خود گذشتگی) و گروه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (بازداری هیجانی، معیارهای سختگیرانه / عیب‌جویی افراطی) سازمان یافته‌اند (۲۲).

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد ۶۵ درصد (۱۳ نفر) از افراد گروه آزمایش، مجرد و ۳۵ درصد (۷ نفر) متاهل، و در گروه کنترل ۳۵ درصد (۷ نفر) مجرد و ۶۵ درصد (۱۳ نفر) متاهل می‌باشند. ۳۰ درصد (۶ نفر) از افراد گروه آزمایش دیپلم، ۳۰ درصد (۶ نفر) فوق‌دیپلم، ۲۰ درصد (۴ نفر) لیسانس و ۱۰ درصد (۲ نفر)

موجب کاهش معنا دار علائم بیماران مبتلا به اختلال خوردن نسبت به گروه کنترل می‌گردد (۱۸). با این وجود در مورد اثر بخشی طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال پر خوری روانی اطلاعات اندکی در دست است و پژوهش‌های کمی صورت گرفته است، از این رو، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال اساسی است که آیا طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال پر خوری روانی موثر است؟

روش بررسی

این پژوهش از نوع آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروهی است. دی‌گرام طرح تحقیق حاضر به صورت زیر می‌باشد:

RE گروه آزمایش	T ₁	X ₁	T ₂
Rc گروه کنترل	T ₁	-	T ₂

منظور از T₁ پیش‌آزمون، T₂ پس‌آزمون و X₁ طرحواره درمانی است. در این پژوهش روش‌های درمانی در یک سطح طرحواره-درمانی و یک سطح عدم مداخله (گروه کنترل) به عنوان متغیر مستقل و طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دختران و زنان ۱۵ تا ۴۰ ساله‌ای است که در سال ۱۳۹۳ ساکن شهرستان شیراز می‌باشند و مبتلا به اختلال پر خوری روانی هستند. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده (۱۹)، اما با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها و افزایش اعتبار بیرونی، از افراد واجد شرایط ۳۴ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده خواهند شدند (۱۷ نفر برای گروه آزمایش و ۱۷ نفر برای گروه کنترل). ملاک‌های ورود پژوهش، شامل دامنه سنی ۱۵ تا ۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، فاقد تشخیص اختلالات سایکوتیک، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و رضایت بیمار بود. جلسات درمانی بر اساس طرح درمانی یانگ، کلاسکو و ویشار (۲۰) انجام گرفت که شرح مختصری از آن عبارت است از: هدف جلسات اول تا سوم، سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی طرحواره‌ها و فرمول‌بندی مشکل طبق رویکرد طرحواره درمانی است. هدف جلسات سوم تا هشتم شناسایی طرحواره‌ها و به کارگیری تکنیک‌های شناختی چالاش با طرحواره‌ها است و به آموزش تکنیک‌های شناختی، پرداخته می‌شود، مثل آزمون اعتبار طرحواره. هدف جلسات نهم تا چهاردهم به کارگیری تکنیک‌های هیجانی است تا بیماران بتوانند به ریشه‌های تحول طرحواره‌ها در سطح هیجانی پی ببرند، به عبارتی هدف این جلسات تسهیل پردازش هیجانی

فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای فوق در دو گروه تأیید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود، در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع است. همچنین برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست و پیش فرض تفاوت بین واریانس‌ها برقرار است ($F=1/340, p=0/087$)، $(BOX=69/546)$.

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شد، بین میانگین طرحواره‌های محرومیت هیجانی ($F=24/971$)، بی‌اعتمادی/بدرفتاری ($F=38/612$)، نقص/شرم ($F=18/405$)، خود تحول نیافته/گرفتار ($F=31/518$)، خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی ($F=18/446$)، استحقاق/بزرگ‌منشی ($F=20/945$) و نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($F=68/413$) در دو گروه تفاوت معنی‌داری به دست آمد ($p<0/05$) که بیانگر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر این نمرات در پس‌آزمون بود.

فوق‌لیسانس و بالاتر و در گروه کنترل، ۳۵ درصد (۷ نفر) و ۲۵ درصد (۵ نفر) فوق‌دبلیلم، ۲۵ درصد (۵ نفر) لیسانس و ۱۵ درصد (۳ نفر) فوق‌لیسانس و بالاتر می‌باشند. میانگین سنی افراد گروه آزمایش ۲۲/۸۷ و میانگین سنی افراد گروه کنترل ۲۹/۰۹ بود.

همچنین نتایج نشان داد میانگین (و انحراف معیار) طرحواره‌های ناسازگار اولیه گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون ۲۳۴/۰۴ (و انحراف معیار) ۲۶/۱۶ و در مرحله پس‌آزمون ۲۰۵/۴۰ (و انحراف معیار) ۲۵/۶۹ و میانگین (و انحراف معیار) طرحواره‌های ناسازگار اولیه گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون ۲۳۰/۴۴ (و انحراف معیار) ۲۴/۵۸ و در مرحله پس‌آزمون ۲۳۰/۲۰ (و انحراف معیار) ۲۴/۱۳ می‌باشد.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان داد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در میان گروه آزمایش و گواه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد آزمون لوین معنی‌دار نیست. بر اساس این نتایج پیش-

جدول (۱): نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	p
محرومیت هیجانی	۴۹۳/۸۶۷	۱	۳۴۶/۹۳۳	۱۴/۹۷۱	۰/۰۱۷
رهاشدگی / بی‌ثباتی	۷۲۰/۰۸۹	۱	۳۶۶/۰۴۴	۱۴/۱۷۵	۰/۰۶۰
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱۰۱۷/۴۸۹	۱	۵۰۸/۷۴۴	۳۸/۶۱۲	۰/۰۰۱
نقص/شرم	۲۶۸/۰۲۲	۱	۱۳۴/۰۱۷	۱۸/۴۰۵	۰/۰۳۶
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۰۱/۲۶۷	۱	۵۰/۶۳۳	۵/۵۰۴	۰/۱۰۶
وابستگی/بی‌کفایتی	۷۵۵/۲۶۷	۱	۳۹۵/۵۴۴	۱۳/۸۳۶	۰/۰۷۸
آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری	۵۹۱/۰۸۹	۱	۳۹۶/۸۴۴	۱۴/۵۰۰	۰/۰۵۹
خود تحول نیافته/گرفتار	۷۹۳/۶۸۹	۱	۱۴۵/۶۷۸	۳۱/۵۱۸	۰/۰۰۹
شکست	۲۹۱/۳۵۶	۱	۲۲۱/۵۴۴	۸/۹۰۲	۰/۰۹۸
استحقاق/بزرگ‌منشی	۴۴۳/۰۸۹	۱	۲۳۰/۷۴۴	۲۰/۹۴۵	۰/۰۲۷
خویشتن‌داری خودانضباطی ناکافی	۴۶۱/۴۸۹	۱	۳۴۵/۲۱۱	۱۸/۴۴۶	۰/۰۳۳
اطاعت	۶۹۰/۴۲۲	۱	۵۶/۱۷۸	۱۷/۱۲۱	۰/۰۵۱
ایثار	۱۸۲/۳۵۶	۱	۱۷۸/۷۱۱	۳/۶۲۵	۰/۱۵۲
بازداری هیجانی	۳۵۷/۴۲۲	۱	۱۵۲/۲۱۹	۹/۷۲۱	۰/۰۸۲
معیار سرسختانه/عیبجویی افراطی	۴۹۱/۲۶۷	۱	۳۴۵/۶۳۳	۸/۳۴۰	۰/۱۱۱
کل	۹۶۵۹۱/۲۶۷	۱	۴۸۰۹۷/۶۳۳	۶۸/۴۱۳	۰/۰۰۱

های ناسازگار اولیه کاهش داده است که نشان‌دهنده‌ی تأثیر این روش در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. این یافته با نتایج برخی از مطالعات همخوان است (۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸).

در زمینه بهبود نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توان چنین بیان کرد که طرحواره را به عنوان مؤلفه‌ای ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن انسان‌ها می‌توانند تجاربشان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند، در نظر می‌گیرند. این سازمان ساختاریافته اغلب سازگارانه است تا جایی که پردازش

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال پرخوری روانی بود. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بطور معناداری طرحواره‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، خود تحول نیافته/گرفتار، خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی، استحقاق/بزرگ‌منشی و نمره کل طرحواره-

در زمینه طرحواره‌هایی که در حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل (از قبیل خودتحوّل نیافته/ گرفتار) می‌باشند، می‌توان چنین تبیین کرد که این افراد والدینی داشتند که از همان اوان کودکی اعتماد به نفس کودک را کاهش می‌دهند، بیش از حد از کودک محافظت می‌کنند، نتوانسته‌اند کودک را در انجام کارهای بیرون از خانه تشویق کنند و یا او را هنگام شکست در شرایط و موقعیت‌های مختلف تقویت کنند. زیادی این طرحواره‌ها را می‌توان با این نتیجه که افراد مبتلا به این اختلال خودانگاره و تصویری از بد بودن خود و موقعیت‌های مختلف دارند که موجب می‌شود در مواجهه با افراد و شرایط مختلف مضطرب و بی‌قرار شده و به خوردن پناه ببرند.

همچنین در زمینه‌ی طرحواره‌های استحقاق/ بزرگ‌منشی و خویش‌ن‌داری/ خودانضباطی ناکافی که در حوزه‌ی محدودیت‌های مختل است می‌توان چنین گفت افرادی که این طرحواره را دارند اغلب خودخواه، لوس، بی‌مسئولیت و خودشیفته به نظر می‌رسند و در خانواده‌هایی بزرگ شده‌اند که بیش از حد مهربان یا پذیرا بوده‌اند. در نتیجه این افراد از قوانینی تبعیت نمی‌کرده‌اند و خویش‌ن‌دار نبوده‌اند. در نتیجه در بزرگسالی توانایی کنترل تکانه‌های خود را نداشته‌اند و در صدد ارضای زود هنگام تکانه‌هایی از قبیل از پرخوری می‌باشند.

این پژوهش همانند بسیاری از پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است. پژوهش حاضر فقط در شهرستان شیراز انجام شده است، لذا از لحاظ تعمیم به سایر مناطق محدودیت دارد و یافته‌ها فقط قابل به تعمیم به مراجعانی است که ملاک‌های ورود به این پژوهش را دارا بوده‌اند و برای افرادی که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و ملاک‌های شمول، متفاوت از آزمودنی‌های پژوهش حاضر هستند، قابلیت تعمیم ندارد. همچنین یکسان بودن درمانگر و ارزیاب و عدم وجود دوره پیگیری از جمله ضعف‌های پژوهش حاضر است. با توجه به ضعف‌ها و محدودیت‌های حاضر پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مناطق و استان‌های دیگر نیز اجرا شود و نتایج آن مورد مقایسه قرار گیرد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای بررسی پایداری روش درمان، مطالعات پیگیری انجام گیرد، پیشنهاد می‌شود برای افزایش اعتبار و قابلیت تعمیم پذیری، شیوه‌ی مداخله توسط متخصصین متفاوتی اعمال شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی بیماران و افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری فرمودند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

اطلاعات را تسهیل می‌کند و به منابع شناختی کنترل شده کمتری نیاز دارد. با این وجود، بازنمایی‌های درونی درست سازمان یافته اطلاعات، گاهی اوقات توأم با هزینه است، چرا که اطلاعات ممکن است به صورت انتخابی وارد، رمزگردانی و بازیابی شوند و تحت تاثیر بازیابی درونی فرد قرار گیرند (۲۳). از آنجا که تأکید تکنیک‌های طرحواره درمانی بر روی هیجانات است، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد. تکنیک‌های طرحواره‌درمانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، بررسی خودیادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. از سوی دیگر بیماران می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌ها به فرضیه‌آزمایی طرحواره‌ها بپردازد و با برانگیخته شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌شود. استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می‌گردد فرد طرحواره‌های اصلی را شناخته، ریشه‌های تحوّل آن را درک کرده و این ریشه‌ها را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این موجب ارتقاء درک بیمار و کمک به او در جهت حرکت از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی می‌شود. در تکنیک گفتگوی خیالی، بروز هیجانات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه هیجانی مهیا ساخته و باعث فاصله گرفتن از طرحواره‌ها می‌شود. تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی نیز باعث فاصله گرفتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی می‌گردد و از سویی با استفاده از تکنیک نوشتن نامه بیماران فرصتی برای بیان حقوق و شناخت احساساتشان می‌یابند. براساس دیدگاه یانگ و همکاران هدف طرحواره درمانی کمک به ارضای هیجانات ارضاء نشده بیمار است. زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا حدودی ارضاء می‌شود، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌سازد چرا که طرحواره‌های ناسازگار اولیه اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردد (۲۲).

در زمینه طرحواره‌هایی که در حوزه‌ی بریدگی و طرد (از قبیل محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، نقص/ شرم) می‌باشند، می‌توان چنین تبیین کرد که این افراد انتظار دارند که نیازهایشان برای امنیت، ثبات، محبت، همدلی، در میان گذاشتن احساسات، پذیرش و احترام به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی ارضاء نخواهند شد. طرحواره‌های این حوزه به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که بی‌عاطفه، سرد، مضایقه‌گر، منزوی، تندخو، غیرقابل پیش‌بینی یا بدرفتار هستند، شاید بتوان گفت که تعارض‌های انحلال نیافته‌ی پیشین موجب می‌شوند بیماران دارای اختلال پرخوری روانی اینگونه رفتار کنند و برای پناه بردن از احساس‌های ناخوشایند به جای خانواده به سمت خوردن گرایش پیدا کنند.

References

1. Klein DA, Walsh BT. Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. *Physiol Behavior*. 2004; 81 (2): 359- 74.
2. Collins A. Statistics on eating disorder. 2005. Available at <http://www.Annecollins.Com/eating-disorders/statistics>.
3. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord*. 2000; 28 (3): 265- 271. [Persian]
4. Sadock B, Sadock V. Summary of Psychiatry Volume II / IV ed. Translated by Pourafkari. Tehran, Shar e Aab Publication. 2003. [Persian]
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Translated by Nikkhoo & Avadians. Tehran, Sokhan Publication. 2000. [Persian]
6. Barazande H. Relationship between Communication skills and early maladaptive schemas with marital adjustment. Master's thesis in General Psychology, Ferdowsi Mashhad University, Mashhad, Iran. 2004. [Persian]
7. Golden NH. Eating disorders in adolescence and their sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2003; 17 (1): 57- 73.
8. Reichborn-Kjennerud T, Bulik C, Sullivan P, Tambs K, Harris J. Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obesity Res*. 2004; 12: 1445-1454
9. Derouchey SA. A treatment program for obese binge eaters. Dissertation of PhD in clinical psychology, California. 1988.
10. Gorin AA, Le Grange D, Stone AA. Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2003; 33(4): 421-433.
11. Beck AT, Freeman AM, Davis DD. Cognitive therapy of personality disorder. Second edition. Newyork; Guilford Press; 2003.
12. Saariaho T, Saariaho A, Karila I, Joukamaa M. The psychometric properties of the Finnish Young Schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical Sample. *Journal of behavior therapy and experimental*. 2009; 40: 158–168.
13. Stopa L, Waters A. The effect of mood on responses to the Young schema questionnaire. *Jr of psychology and psychotherapy research and practices*. 2005; 78: 45-57.
14. Rezaee F. Schema therapy in chronic depression. Abstract Tenth Consecutive Annual Meeting of the Iranian Psychiatric Association: 2010. [Persian]
15. Boone L, Braet C, Vandereycken W, Claes L. Are maladaptive schema domain and perfectionism related to body image concern in eating disorder patients. *Eur Eat Disord Rev*. 2013; 21(1): 45-51
15. Mountford V, Waller G, Watson D, Scragg P. An experimental analysis of the

- role of schema compensation in anorexia nervosa. *Eating Behaviours*. 2004; 5: 223-230.
16. Simpson SG, Morrow E, Vreeswijk MV, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Journal of Frontiers in Psychology*. 2010; 1(82): 18-29
17. Sharifi M, Padash Z, Etemadi O. The effect of schema focused group training in reducing the eating disorder psychological properties and beliefs in girl adolescents. *Journal of Contemporary Research in Busines*. 2012; 4(10): 881-893. [Persian]
18. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Tehran, Roshd Publication. 2010. [Persian]
19. Young J, Klosko Z, Weishar M. *Schema Therapy*. Translated by Hamidpour & Androoz, Tehran, Arjmand Publication. 2003.
20. Yousofi N, Etemadi A, Bahrami F, Ahmadi S, Bashlideh K, Fatehizade M. Psychometric Properties of the questionnaire early maladaptive schema. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 54: 182-204. [Persian]
21. Young JE, Beck AT, Weinberger F. *Clinical handbook of psychological disorders*. second edition. Newyork; Guilford Press. 2003.
22. Clark DA, Beck AT, Alford BA. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York John Wiley & Sons. 1999.