Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 6/ No. 2/ 2019
Page: 1-15

Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT On modifying maladaptive schemas in patients16 to 23 years Bulimia nervosa considering the parental bonding

Tahereh Mahmoudiyandastnaee[1], Sholeh Amiri[2], Hamidtaher Neshatdoost[3], Gholamreza Manshaei[4]

1-Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Behshahr Branch, Behshahr, Iran (Corresponding Author). ORCID: 0000-0002-6833-6462 E-mail: Mahmodian.mina@yahoo.com
2- Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. ORCID: 0000-0002-9906-5802
3- Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. ORCID: 0000-0001-6368-0769
4- Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University,Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. ORCID: 0000-0002-9486-9713

Received: 14/11/2018 **Accepted:** 20/02/2019

Abstract

Introduction: According to the World Health Organization eating disorder is one of the most challenging diseases of adolescents with a developing prevalence.

Aim: The present study was aimed at comparing the effect of schema therapy and CBT on modifying early maladaptive schemas in patients with bulimia nervosa considering parental bonding.

Method: The study had an experimental method was used in this study with pretest-posttest design and followed-up with control group. The study population included all patients from 16 to 23 years of age with eating disorders who had referred to psychiatry centers of in Tehran. Purposive sampling was used in this study in which, by performing psychological screening, 39 patients were diagnosed to have Bulimia nervosa. Finally, the selected patients were matched in two experimental groups and one control group. The data was collected through two questionnaires (Parental Bonding Questionnaire and Young Schema) and diagnostic interviews based on diagnostic criteria for eating disorders and psychiatric diagnosis.

Results: The main problems of the patients included having cuts, being rejected, autonomy, and impaired performance. However, they were less vulnerable in other areas including orientation and violating restrictions.

Conclusion: The findings of this study can be helpful in the etiology of bulimia nervosa disorder based on the systematic approach and pave the way for further research in this area.

Keywords: Schema therapy, CBT, Bulimia nervosa, Early maladaptive schemas, Parental bonding

How to cite this article : Mahmoudiyandastnaee T, Amiri Sh, Neshatdoost H, Manshaei Gh. Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT On modifying maladaptive schemas in patients16 to 23 years Bulimia nervosa considering the parental bonding. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019; 6 (2): 1-15 .URL :http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-340-fa.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال ششم، شماره ۲، ۱۳۹۸
صفحات: ۱۵-۱

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران ۱۶ تا ۲۳ سال مبتلا به پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی

طاهره محمودیان دستنایی[۱]، شعله امیری[۲]، حمید طاهر نشاط دوست[۳]، غلامرضا منشئی[۴]

۱.استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بهشهر، بهشهر، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Mahmodian.mina@yahoo.com
۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۲۳ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۷/۱۲/۰۱

چکیده

مقدمه: برطبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلال خوردن از چالش برانگیزترین بیماری های دوران نوجوانی با شیوع رو به گسترش است.

هدف: مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی بوده است.

روش: آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون ، پیگیری با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی شهر تهران در رده سنی ۱۶ تا ۲۳ سال می باشد. روش نمونه گیری به صورت هدفمند بوده است. در غربالگری صورت گرفته ۳۹ بیمار پراشتهای عصبی نشخیص داده شد، در نهایت بیماران در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل همتا سازی شده اند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه(پیوند والدینی و طرحواره یانگ) و مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک های تشخیص اختلال خوردن و تشخیص روان پزشک می باشد.

یافته ها: بیماران در حوزه بریدگی و طرد، خود گردانی و عملکرد مختل دارای بیشترین مشکل بوده اند.، اما در حوزه گوش به زنگی، دیگر جهت مندی و محدودیت های مختل آسیب پذیری کمتری داشتند. همچنین درمان طرحواره نسبت به درمان شناختی رفتاری دارای اثر بخشی و ماندگاری بالاتری در بیماران دارای پیوند والدینی بیش حمایت گر بوده است.

نتیجه گیری: یافته های بدست آمده از پژوهش می تواند در سبب شناسی اختلال پراشتهایی عصبی مبتنی بر نقش خانواده در این اختلال مهر تایید بزنیم.

کلید واژه ها: طرحواره درمانی، درمان شناختی رفتاری، پراشتهایی عصبی ، پیوند والدینی

تمامی حقوق نشر براي دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

مقدمه

اختلالات خوردن یکی از اختلالات روانی به شمار می رود که آمار مرگ و میر ناشی از آن بسیار بالا است(استریگلمور و بالک[1] ،۲۰۰۷). بر طبق ویراست پنجم تشخیص اختلالات روانی، این اختلال شامل اختلال هرزه خواری[2]، اختلال نشخوار، اختلال اجتناب/ محدودیت غذا[3]، بی‌اشتهایی عصبی[4]، پراشتهایی عصبی[5]، اختلال پرخوری[6] و اختلال خوردن نامشخص است(راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ،۲۰۱۳). پراشتهای عصبی اختلالی است که در آن فرد از افزایش وزن می ترسد و درباره اندام خود تصورات غیر واقعی دارد. ویژگی های اصلی پراشتهایی عصبی شامل خوردن با ولع و روش های جبرانی نامناسب برای پیشگیری از افزایش وزن است به علاوه، خودسنجی فرد مبتلا به شدت تحت تأثیر شکل و وزن بدن قرار دارد. متداولترین روش جبرانی، ایجاد استفراغ پس از یک دوره ی خوردن با ولع است. این روش تخلیه از سوی ۸۰ تا ۹۰ درصد از مبتلایان به این اختلال که به مراکز درمانی مراجعه کرده اند مورد استفاده قرار می گرفت. سایر رفتارهای تخلیه ای شامل: مصرف نابجای ملیّن ها و مدّرهاست. شیوع ۱۲ ماهه پراشتهایی عصبی در زنان جوان ۱ تا ۱/۵ درصد است و نسبت آن در زنان نسبت به مردان بالاتر است. (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳).

برای تأیید این تشخیص، خوردن با ولع و رفتارهای جبرانی نامناسب باید بطور متوسط دست کم دوبار در هفته و به مدت سه ماه روی دهند. تعریف خوردن با ولع عبارت است از خوردن میزانی از غذا در یک دوره ی زمانی مشخص، بیش از آن چیزی است که بیشتر افراد تحت شرایط مشابه خواهد خورد. مبتلایان به این اختلال معمولا در قبال مشکلات مربوط به خوردن احساس شرمندگی می کنند و درصدد پنهان ساختن نشانه های خود برمی آیند. این دوره با احساس عدم کنترل نیز همراه است (کولمن[7]،۲۰۱۵).

اختلال خوردن دارای سبب شناسی چند فاکتوری است. عوامل متعدد زیست شناختی، روانشناختی، روان پویشی،محیطی دخیل است(استیک[8] و همکاران، ۲۰۰۲؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۸). نقش های خانوادگی یا الگوهای تثبیت شده رفتار برای انجام کارکردهای اصلی خانواده نیز با رفتار خوردن در ارتباط هستند(لاتیمور[9] و همکاران، ۲۰۰۰، محمودیان و همکاران ،۱۳۹۴). شیوه های رژیم غذایی کودکان، فعالیت های جسمی، رضایتمندی بدنی به وسیله والدین تحت تاثیر قرار می گیرد(اینتن و گولن[10]،۲۰۰۹).

برخی پژوهش ها نشان داده اند مراقبت های والدینی کم و ناکافی همراه با حمایت مادرانه(کروگ[11] و همکاران (۲۰۱۶) مفرط در میان مادران مبتلا به پراشتهای عصبی بسیار شایع گزارش شده است(اسوانسون[12] و همکاران، ۲۰۱۰). بر طبق پژوهش های پارکر سهم والدینی در فضای پیوند کودک –والد مورد غفلت واقع شده و یا در بهترین حالت فقط در تئوری دلبستگی لحاظ شده است. در تبیین رابطه کودک و مادر و استفاده از راهکار های ناسازگار بوسیله کودک (مانند اختلال خوردن) یانگ (۱۹۹۰) یک سازه سودمند تحت عنوان طرحواره های ناسازگار اولیه مطرح کرد. او بیان داشت که طرحواره های ناسازگار اولیه، نتیجه تجارب بین فردی منفی

[1] . Striegel-Moore, R. H., & Bulik,
[2] . pica(pronunciation: pay-kaa)
[3] . avoidant restrictive food intake disorder(ARFID)
[4] . anorexia Nevosa
[5] . bulimia Nevosa
[6] . binge eating
[7] . Colman, A. M.
[8] . Stice E.
[9] . Lattimore, P. J.
[10] . Enten, R. S., & Golan, M.
[11] . Krug, I.
[12] . Swanson H.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

نخستین سال های زندگی در درون و بیرون خانواده است (یانگ،۱۹۹۰). در مورد اختلالات مربوط به غذا خوردن، بیان شده که تجارب زود هنگام منفی و آسیب زا منجر به تشکیل الگوهای ناسازگارانه می شود (محمودیان و همکاران ،۱۳۹۴) که اغلب با مقاومت در برابر تغییر گره خورده است. به عنوان مثال کودکی که مراقبت مادرانه کمی دریافت می کند ممکن است نتیجه بگیرد به این دلیل است که او ذاتا دارای نقص و عیب است(کلا[1] و همکاران،۲۰۱۴).

میچل و همکاران (۲۰۱۳)، لایک و ماتسن[2] (۲۰۱۳)، تتلی و همکاران(۲۰۱۴) ، کروگ و همکاران (۲۰۱۶)، موریس،۲۰۰۶؛ اوحی بارانف[3] ۲۰۰۷؛ گانتی ۲۰۰۸؛ تیم تیم ۲۰۱۰ در پژوهش های خود ارتباط بین تأثیر والدین بر رفتارهای مرتبط با خوردن را تایید کردند. هاینس[4] و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی کیفیت روابط مادر با کودک را در اختلال خوردن تایید قرار داده اند.

در خصوص نقش باور های هسته ای و طرحواره ها در توسعه و تداوم اختلال پراشتهایی عصبی تاکیدات زیادی صورت گرفته است (کوپر و همکاران،۲۰۰۴) این باورها که از تجارب اولیه و یا در مراحل بعدی زندگی رشد می کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) ممکن است در حوزه های متفاوتی وجود داشته باشند، اما باورهایی که مربوط به خود هستند، اغلب فرض شده نقش تعیین کننده ای در آسیب شناسی روانی[5] دارند (بک و فریمن[6]، ۱۹۹۰؛ فیرچایلد و کوپر[7]، ۲۰۱۰، ۲۰۱۰، ودرهولز و همکاران ۲۰۱۳).

شایقیان و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی طرح‌واره‌ها و پیوند والدینی در دختران نوجوان چاق و نرمال پرداختند. در این پژوهش دختران نوجوان دارای وزن بالا، درمقایسه با دختران دارای وزن نرمال ، گزارش بالاتری از باورهای ناسازگار اولیه به خصوص نوع شرم/ نقص داشتند. همچنین در نتایج پژوهش بون، بن[8] و همکاران (۲۰۱۳)، کوپر و یانگ (۲۰۱۶) وجود طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد پراشتهایی عصبی تایید گردید.

والر[9] و همکاران (۲۰۰۲) نیز برای نشان دادن مرکز شناخت های آسیب شناسی پرخوری از مفهوم باورهای مرکزی استفاده کرده اند، عموما فرض شده است که باورهای ناسازگار اولیه به استقلال و عملکرد آسیب دیده مربوط است که سبب آسیب پذیری شناختی در روابط والد- کودک می شود، که این خود سبب افزایش ادراک مشکلات تغذیه در دریافت روابط نامناسب و تقویت باورهای ناسازگار اولیه می شود.

در واقع عملکرد مختل خانواده با آسیب شناسی روانی اختلال های خوردن ارتباط دارد و در این رابطه، باورهایی را که روان بنه ها را فعال می کند به عنوان میانجی مطرح می شوند. مثلاً روان بنه ی شرم به عنوان یک میانجی در رابطه ی ناکارآمدی خانواده و آسیب شناسی خوردن می باشد. ناکارآمدی خانواده به عنوان یک عامل اثرگذار بر تحول و مسیر آسیب شناسی روابن پرخوری می باشد (استروبر و هامفری، ۱۹۸۷). ماسن و همکارانش (۱۹۸۶) پیشنهاد می دهد که این شرم درونی شده ممکن است ناشی از بروز شرم در ارتباط با محیط خانواده باشد (گزارش ماسن ۱۹۸۶ به نقل از پاتریس ۲۰۰۵). وقتی روابط پیوند والدینی با نشانه های اختلال خوردن مورد بررسی قرار می گیرد، باورها ناسازگار هسته ای هستند که نقش میانجی را در این رابطه ایفا می کنند و جهت بررسی و اثر روابط

[1] . Cella
[2] . Lyke Jennifer; Masten Julie.
[3] . Oei, T. P., & Baranoff, J.
[4] . Haines, J.
[5] . Psychopatology
[6] . Beck, A. T., & Freeman, A.
[7] . Fairchild, H., & Cooper, M.
[8] . Boone,L.
[9] . Waller, G

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

والدی بر اختلال های خوردن باید باورهای هسته ای مورد بررسی قرار بگیرند (جونز و همکاران ۲۰۰۶، مایر و گیلیگز، ۲۰۰۴، ترنر و همکاران، ۲۰۰۵).

بر اساس تئوری الگویی پیشنهاد شده توسط یانگ طرح واره ها در دوران کودکی توسعه می یابند و به صورت قالب هایی برای پردازش تجارب بعدی به کار گرفته می شوند. با انعکاس طرح واره های ناسازگار اغلب باورهای بی قید و شرطی درباره خود شخص ایجاد می شود (تتلی و همکاران،۲۰۱۴). تحقیقات نشان داده اند طرحواره درمانی (والر و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسوانسون[1] و همکاران،۲۰۱۰، پوگ[2]،۲۰۱۵) و درمان شناختی و رفتاری (فیشر[3] و همکاران،۲۰۱۴؛ ترنر و همکاران ،۲۰۱۵؛ دال گراوا[4] و همکاران، ۲۰۱۵) در کاهش علائم اختلال خوردن نقش بسزایی دارد. همچنین پژوهشگران دیگر نیز در یافته های خود، اثر بخشی درمان متمرکز بر طرحواره را، در کاهش نشانه های مرضی اختلالات خوردن تایید کرده اند (سکرو[5] و یانگ، ۲۰۰۱؛ والر و همکاران ،۲۰۰۵). درمان اختلالات خوردن یک چالش قابل توجه و کار با این جمعیت بسیار دشوار است، بررسی ادبیات درمانی توسط ویلسون[6] و همکاران (۲۰۰۲) پیشنهاد می کنند درمان شناختی و رفتاری برای بیماران پراشتهای روانی امیدوار کننده است. این رویکرد تغییرات قابل توجه در رفتار خوردن، پاکسازی، و نگرش های غیر طبیعی در مورد شکل بدن و وزن نشان داده است و نسبت به سایر درمان ها موثرتر است. اما در دراز مدت نیاز به پی-گیری دارد. این مسئله نشان می دهد که درمانگر باید بر شناسایی متغیرهای زمینه ای که منجر بازگشت به رفتارهای جبرانی مانند محدودیت غذایی و پاکسازی است، متمرکز باشد. با توجه به نقش شناخت در اختلالات خوردن شناسایی باورهای هسته ای و طرحواره های شناختی از مفاهیم قابل بحث می باشد. بر همین اساس باتوجه به مطالعات انجام شده و نظریه های مطرح شده اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه مورد بررسی قرار گرفت لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا بکار گیری طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه شکل گرفته توسط پیوند والدینی ضعیف در بیماران پر اشتهای عصبی اثربخش است؟ درمان شناختی و رفتاری چطور؟ آیا بین اثربخشی این دو روش درمانی با توجه به پیوند ضعیف والدینی تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر به صورت آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون ، پیگیری با گروه کنترل است. در این طرح پیش از مداخله پیش آزمون برای آزمودنی ها اجرا گردید که طرحواره های ناسازگار بیماران مشخص گردید، سپس درمان انجام شد و پس از پایان جلسات درمانی (۱۲ جلسه)، پس آزمون اجرا شد در نهایت پس از گذشت ۳ ماه از پایان درمان، پیگیری (اجرای مجدد آزمون) انجام گردید. طرح درمانی استفاده شده برای طرحواره درمانی الگویی برگرفته از الگوی پیشنهادی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) می باشد و طرح درمان شناختی رفتاری برای اختلال خوردن توسط مورفی و همکاران (۲۰۱۰) طراحی شده است، که در این مطالعه از ترکیب پروتکل طراحی شده مورفی و همکاران و تکنیک های شناختی و رفتاری لهی و همکاران (۲۰۱۰) استفاده گردید. در واقع پروتکل درمانی اختلال خوردن شبیه به پرتکل درمانی بیماران اضطرابی است (فایربون، کوپر و سفران و

[1] . Swanson, H.
[2] . Pugh, M.
[3] . Fischer, S.
[4] . Dalle Grave, R.
[5] . Cecero, J. J., & Young, J. E..
[6] . Wilson

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

ویلسون، ۲۰۰۸). بعد از استخراج نتایج با توجه به برقرار بودن شرط آزمون های پارامتریک از آماره تحلیل واریانس عاملی با استفاده از نرم افزار spss استفاده گردید.

جامعه آماری پژوهش شامل بیماران دارای اختلال خوردن مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی، روان درمانی بالینی و مراکز درمانی چاقی و لاغری شهر تهران که از نظر سنی بین ۱۶ تا ۲۳ سال است. روش نمونه گیری به صورت هدفمند می باشد، به این صورت که با مراجعه به مراکز درمانی و روانپزشکی و دریافت پرونده بیماران، افرادی که دارای اختلال پراشتهایی عصبی بودند و با توجه به تشخیص روانپزشک بر حسب ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، علائم اختلال در آنها مشخص شد و به عنوان افراد نمونه انتخاب شدند. لازم به ذکر است همه بیماران مورد مطالعه از داروهای آرام بخش و داروهای خانواده SSRI و $SSRI_S$ برای کاهش علائم اختلال استفاده می کردند.

همچنین با توجه به اینکه در پژوهش حاضر بیمارانی مد نظر بوده است که دارای پیوند ضعیف والدینی می باشند ابتدا آزمودنی ها پس از اینکه تشخصی اختلال پراشتهایی عصبی در آنها تایید گردید، پرسشنامه پیوند والدینی را تکمیل کردند و آزمودنی هایی که دارای پیوند ضعیف والدین (مراقبت کم و کنترل کننده بیش از حد) بوده اند، انتخاب شدند. از ۷۲ بیمار ۳۹ بیمار پراشتهای روانی بود که از این تعداد تقریبا ۹۰٪ درصد دارای پیوند ضعیف مادری و ۱۰٪ دارای پیوند ضعیف پدری و مادری بودند، به همین منظور در پژوهش حاضر بیماران دارای پیوند ضعیف مادری می باشند. در نهایت بیماران انتخاب شده در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل همتا سازی شده اند (هر گروه ۱۳ بیمار). لازم به ذکر است، سه گروه از نظر معیار های ورودی (دارای اختلال خوردن با توجه به DSM-V می باشند، و محدوده سنی برای آنها ۱۶ الی ۲۳ سال است) و معیارخروجی مطالعه شامل بیمارانی بوده است که (دارای سایر اختلالات روانپزشکی همراه با اختلال خوردن، سن بالاتر از ۲۳ سال بوده اند). در گروه آزمایش اول مداخله طرحواره درمانی ، در گروه آزمایش دوم مداخله درمان شناختی و رفتاری صورت گرفت. در گروه کنترل نیز هیچ مداخله ای صورت نگرفت. بیماران از نظر شدت با توجه به ملاک های تشخیص و طبقه بندی اختلالات روانی ویراست پنجم در گروه خفیف (به طور متوسط ۳-۱ دوره رفتار جبرانی نامناسب در هفته) قرار داشتند.

ابزار

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

ابزار پیوند والدینی[1] (PBI) : این ابزار، که پارکر[2] و همکاران در سال ۱۹۷۹ ساختند، سبک های پیوند والدینی را 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 (به نقل از مایر و گیلنگز ، ۲۰۰۴)، 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 همدلی می باشد. نمرات پایین در مقیاس مراقبت، بازتاب والدینی گرم، مهربان و همدل می باشد. نمرات پایین

[1] . Parental Bonding Instrument
[2] .Parker G.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

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 کودکشان 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 (کانتی و همکاران، ۲۰۰۸). بررسی های اولیه ی پایایی آزمون به وسیله ی پارکر (۱۹۸۳) 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. نمرات بالا در بعد حمایت کنندگی بیش از حد و نمرات پایین در بعد مراقبت به پیوند مشکل دار اشاره دارد (مایر و گیلنگز، ۲۰۰۴). لوئیس[1] (۲۰۰۵) پایایی آزمون را از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس حمایت کنندگی بیش از حد ۰/۸۷ به دست آورد (پارکر، ۱۹۸۳).

فرم کوتاه پرسشنامه ی طرحواره های یانگ[2]: این ابزار به بررسی باورهای مرکزی یا طرحواره های ناسازگار اولیه می پردازد. نسخه ی اصلی پرسشنامه طرحواره ها را یانگ و براون (۱۹۹۴) برای اندازه گیری طرحواره های ناسازگار اولیه ساختند، اما فرم کوتاه آن در سال ۱۹۹۸ به وسیله ی یانگ برای اندازه گیری ۱۵ طرحواره ی ناسازگار اولیه ساخته شده (آهی، ۱۳۸۵). این ابزار خود توصیفی است و شامل ۷۵ سوال شش گزینه ای می باشد. نمره گذاری این پرسشنامه از «یک» («درمورد من کاملاً نادرست است») تا شش («در مورد من کاملاً درست است») می باشد. نمرات بالا در هریک از باورهای ذکر شده، بیانگر استفاده بیشتر فرد از باورها و طرحواره های ناسازگار می باشد (یانگ، ۱۳۸۶).

ضریب آلفای پرسشنامه از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ برای هر طرحواره ناسازگار اولیه و ضریب آزمون- بازآزمون[3] در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمده است (شایقیان، ۱۳۹۰). در این تحقیق، پایایی پرسشنامه محاسبه گردید نتایج نشان داد کل پرسشنامه دارای پایایی ۰/۸۹۲ می باشد و ضریب آلفای کرنباخ ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ برای هر طرحواره ناسازگار اولیه بدست آمد.

یافته ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی(میانگین و میانه) و آمار استنباطی آزمون تحلیل کوواریانس عاملی استفاده شد. نتایج توصیف ویژگی های دموگرافی در جدول ۱ نمایش داده شده است.

[1]. Lewis, J. A.

[2]. Young Schema Questionnaire-Short Form (YQ-S)

[3]. test- retest relibility

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

جدول۱ توصیف آماری متغیرهای دموگرافی (n BN=39)

	میانگین	میانه	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
سن	۱۸/۶۱	۱۸/۵۰	۱/۵۵	۲۲	۱۶
توده ی بدنی	۳۰/۸۶	۳۰/۴۶	۱/۵۸	۳۴/۵۵	۲۷/۰۲

منطبق با جدول ۱ توصیف آماری سن و توده بدنی بیماران نمایش داده شده است. میانگین سن بیماران برابر با ۱۸/۶۱ و توده بدنی ۳۰/۸۶ است و حدود سن بیماران بین ۱۶ تا ۲۲ سال می باشد. همانطور که مشاهده می شود شدت اختلال بیماران منطبق با DSM-5 در رده خفیف می باشد.

در بخش استنباط آماری از آزمون کوواریانس عاملی با طرح اندازه مکرر استفاده شد برای اجرای این آزمون لازم است مفروضات آزمون گردد. نتایج حاکی از برقرار بودن مفروضات و تشخیص شاخص های آماری بوده است. همگنی ماتریس کوواریانس با استفاده از M باکس بررسی گردید. نتایج بیانگر مساوی بودن ماتریس‌های کواریانس مشاهده‌شده متغیرهای وابسته (حوزه بریدگی و طرد، حوزه محدودیت های مختل، حوزه دیگر جهت مندی و حوزه گوش بزنگی و بازداری بیش از حد) در گروه‌ها بوده است. اما در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل همگنی ماتریس کوواریانس برقرار نیست، باتوجه به نتایج بدست آمده و مساوی بودن ماتریس کوواریانس مشاهده شده در تحلیل واریانس چند متغیره برای متغیرهای که شرط همسانی دارند شاخص لاندای ویلکز[1] و برای متغیری که شرط همسانی ندارد(حوزه خودگردانی و عملکرد مختل) از پیلاترانس[2] در نظر گرفته می شود.

بریدگی و طرد (Box s M=۵/۸۰، F=۰/۳۹۹، df1=۱۲، df2=۱۶۲۲/۹۵، P= ۰/۹۶۵).

خودگردانی و عملکرد مختل (Box s M=۶۸/۶۵، F=۳/۵۴، df1=۱۵، df2=۸۴۸/۹۳، P= ۰/۰۰۱).

محدودیت های مختل (Box s M=۲۰/۳۲، F=۱/۸۶، df1=۱۲، df2=۶۶۸/۹۵، P= ۰/۲۳۴).

دیگر جهت مندی (Box s M=۱۶/۳۵، F=۲/۱۸، df1=۱۵، df2=۸۴۸/۹۳، P= ۰/۳۰۲).

گوش به زنگی و بازداری (Box s M=۱۷/۹۷، F=۲/۱۳، df1=۱۵، df2=۸۴۸/۹۳، P= ۰/۵۹۳).

همچنین همگنی واریانس ها نیز با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داده شده احتمال آماره F در هر ۵ حوزه طرحواره ها بزرگتر از ۰/۰۵ است به عبارتی در همه حوزه های طرحواره تساوی واریانس خطای متغیر وابسته درهمه مقیاس ها برقرار می‌باشد.

[1]. Wilks' Lambda
[2]. Pillai's Trace

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

جدول ۲ آزمون کواریانس عاملی مربوط به اثر فاکتور های بین گروهی

حوزه طرحواره	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری	ضریب اتا
بردگی و طرد	پیش آزمون	۵/۰۳	۱	۵/۰۳	۹/۹۲	۰/۰۰۴	۰/۲۳۷
	پیوند	۲/۳۹	۱	۲/۳۹	۴/۷۲	۰/۰۳۷	۰/۱۲۹
	گروه	۱۶۵/۹	۲	۸۲/۹۶	۱۶۳/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱۱
	گروه و پیوند	۵/۳۱	۲	۲/۶۵	۵/۲۳	۰/۰۱۱	۰/۲۴۷
	خطا	۱۶/۲۴	۳۲	۰/۵۰۷	–	–	–
خودگردانی و عملکرد مختل	پیش آزمون	۴/۸۶	۱	۴/۸۶	۸/۸۳	۰/۰۰۶	۰/۲۱۶
	پیوند	۱۱/۳۶	۱	۱۱/۳۶	۲۰/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹۲
	گروه	۱۴۵/۷	۲	۷۲/۸۶	۱۳۲/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۹۲
	گروه و پیوند	۷/۱۸	۲	۳/۵۹	۶/۵۱	۰/۰۰۴	۰/۲۸۹
	خطا	۱۷/۶۳	۳۲	۰/۵۵۱	–	–	–
محدودیت های مختل	پیش آزمون	۲۷/۷۸	۱	۲۷/۷۸	۵۸/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۶
	پیوند	۰/۶۹۴	۱	۰/۶۹۴	۱/۴۶	۰/۲۳۶	۰/۰۴۴
	گروه	۶۸/۹۷	۲	۳۴/۴۸	۷۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۹
	گروه و پیوند	۱/۶۸	۲	۰/۸۴۱	۱/۷۶	۰/۱۸۷	۰/۱۰۰
	خطا	۱۵/۲۱	۳۲	۰/۴۷۶	–	–	–
دیگر جهت مندی	پیش آزمون	۲۳/۳۳	۱	۲۳/۳۳	۷۱/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲
	پیوند	۱/۷۲	۱	۱/۷۱	۵/۲۸	۰/۰۲۸	۰/۱۴۲
	گروه	۸۱/۲۹	۲	۴۰/۶۴	۱۲۵/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸۷
	گروه و پیوند	۳/۸۳	۲	۱/۹۲	۵/۸۹	۰/۰۰۷	۰/۲۶۹
	خطا	۱۰/۴۰	۳۲	۰/۳۲۵	–	–	–
گوش بزنگی و بازداری	پیش آزمون	۲۸/۳۸	۱	۲۸/۳۸	۲۴/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷
	پیوند	۰/۰۶۰	۱	۰/۰۶۰	۰/۰۵۲	۰/۸۲۱	۰/۰۰۲
	گروه	۱۳۵/۲۷	۲	۶۷/۶۳	۵۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸۷
	گروه و پیوند	۲/۵۰	۲	۱/۲۵	۱/۰۹	۰/۳۴۷	۰/۰۶۴
	خطا	۳۶/۶۳	۳۲	۱/۱۴	–	–	–

همانطور که مشاهده می شود در همه حوزه ها متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) معنادار است، یعنی پیش آزمون به طور معناداری با متغیر وابسته رابطه دارد. در ردیف سوم جدول فوق برای همه حوزه ها اثر گروه نشان داده شده است، پس از تعدیل نمرات پیش آزمودن، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های گروه وجود داشته است، بدین صورت که در بریدگی و طرد ($\eta^2 =$ partial ۰/۹۱۱ ، p:۰/۰۰۱<۰/۰۵ ؛ f= ۱۶۳/۴۷)، در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (partial ۰/۸۹۲ $= \eta^2$ ، p:۰/۰۰۱<۰/۰۵ ؛ f= ۱۳۲/۲۱)، در حوزه محدودیت های مختل (partial $\eta^2 =$ ۰/۸۱۹ ، p:۰/۰۰۱<۰/۰۵ ؛ f= ۷۲/۵۱)، در حوزه دیگر جهت مندی (partial $\eta^2 =$ ۰/۸۸۷ ، p:۰/۰۰۱<۰/۰۵ ؛ f= ۱۲۵/۰۱)، و در حوزه گوش بزنگی و بازداری (f= ۵۹/۰۸ ؛ p:۰/۰۰۱<۰/۰۵ ، partial $\eta^2 =$ ۰/۷۸۷) معنادار می باشد. منطبق با نتایج حاصل شده در همه مولفه ها بین گروهها تفاوت وجود دارد بنابراین برای

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

بررسی اثر گروههای درمانی از آزمون تعقیبی بنفرنی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ بیان شده است.

جدول ۳ آزمون بنفرنی مربوط به مقایسه اثربخشی درمان بر طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران پراشتهای روانی

حوزه طرحواره	میانگین	گروه ها(درمان)		تفاوت میانگین ها	سطح معناداری
		I	J		
بریدگی و طرد	۱۹/۴۳	شناختی-رفتاری	طرحواره	۲/۷۸*	۰/۰۰۱
	۱۶/۶۵	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۲/۷۸*	۰/۰۰۱
	۲۰/۲۷	کنترل	شناختی-رفتاری	۰/۸۳۵	۰/۱۱۲
			طرحواره درمانی	۳/۶۲*	۰/۰۰۱
خودگردانی و عملکرد مختل	۱۶/۰۷	شناختی-رفتاری	طرحواره	۱/۶۵*	۰/۰۰۱
	۱۴/۴۱	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۱/۶۵*	/۰۰۱
	۱۷/۹۵	کنترل	شناختی-رفتاری	۱/۸۸*	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	۳/۵۴*	۰/۰۰۱
محدودیت های مختل	۱۵/۰۵	شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی	۱/۹۳*	۰/۰۰۱
	۱۳/۱۲	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۱/۹۳	۰/۰۰۱
	۱۵/۳۸	کنترل	شناختی-رفتاری	۰/۳۳۰	۰/۱۴۱
			طرحواره درمانی	۲/۲۵	۰/۰۰۱
دیگر جهت مندی	۱۶/۲۳	شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی	۲/۱۱*	۰/۰۰۱
	۱۴/۱۲	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۲/۱۱*	۰/۰۰۱
	۱۶/۵۶	کنترل	شناختی-رفتاری	۰/۳۲۵	۰/۰۸۰
			طرحواره درمانی	۲/۴۳*	۰/۰۰۱
گوش بزنگی و بازداری	۱۵/۸۴	شناختی-رفتاری	طرحواره درمانی	۱/۸۹*	۰/۰۰۱
	۱۳/۹۴	طرحواره درمانی	شناختی-رفتاری	-۱/۸۹*	۰/۰۰۱
	۱۷/۳۸	کنترل	شناختی-رفتاری	۱/۵۴*	۰/۰۰۱
			طرحواره درمانی	۳/۴۳*	۰/۰۰۱

در آزمون بنفرنی، فرض صفر به عدم اختلاف بین گروه کنترل و آزمایش گفته می شود و فرض خلاف اختلاف بین گروه کنترل و آزمایش و اختلاف بین گروه های آزمایش با یک دیگر گفته می شود، همانطور که مشاهده می شود، در حوزه بریدگی و طرد، محدودیت های مختل و دیگر جهت مندی فقط طرحواره درمانی اثر بخش بوده است یعنی بین گروه کنترل و آزمایش دوم (طرحواره درمانی) تفاوت ها از نظر آماری معنادار بوده است، همچنین بین گروه آزمایش اول (طرحواره درمانی) و آزمایش دوم (شناختی رفتاری) میزان تفاوت ها معنادار بوده است به طوری که طرحواره درمانی دارای اثر بخشی بالاتری بوده است.

در خودگردانی و عملکرد مختل و گوش بزنگی و بازداری هم طرحواره درمانی و هم درمان شناختی رفتاری اثر بخش بوده است یعنی بین گروه کنترل و آزمایش اول (شناختی رفتاری) و آزمایش دوم (طرحواره درمانی) تفاوت ها از نظر آماری معنادار بوده است، همچنین بین گروه آزمایش اول (طرحواره درمانی) و آزمایش دوم (شناختی رفتاری) میزان تفاوت ها معنادار بوده است به طوری که طرحواره درمانی دارای اثر بخشی بالاتری بوده است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

جدول ۴ آزمون مقایسه زوجی مربوط به ماندگاری اثر بخشی درمان با توجه به پیوند والدینی

متغیر		بریدگی و طرد		خودگردانی		محدودیت های مختل		دیگر جهت مندی		گوش به زنگی	
زمان		بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری	بعد از مداخله	پیگیری
درمان شناختی رفتاری	مراقبت کم	۱۸/۹۵	۱۹/۸۹	۱۶/۱۹	۱۵/۶۱	۱۴/۷۱	۱۵/۴۱	۱۵/۹۷	۱۶/۶۵	۱۵/۵۷	۱۶/۰۹
	بیش حمایتگر	۱۹/۱۲	۱۹/۷۶	۱۵/۷۱	۱۶/۹۳	۱۴/۹۳	۱۵/۱۳	۱۵/۸۹	۱۶/۴۲	۱۵/۶۸	۱۶/۰۰
	کل	۱۹/۰۳	۱۹/۸۲	۱۵/۹۵	۱۶/۲۷	۱۴/۸۲	۱۵/۲۷	۱۵/۹۳	۱۶/۵۳	۱۵/۵۳	۱۶/۰۵
طرحواره درمانی	مراقبت کم	۱۷/۰۹	۱۷/۳۷	۱۴/۴۲	۱۵/۹۶	۱۳/۰۴	۱۳/۸۴	۱۴/۸۰	۱۴/۴۳	۱۳/۶۴	۱۴/۸۰
	بیش حمایتگر	۱۶/۵۰	۱۵/۶۱	۱۳/۹۶	۱۳/۳۰	۱۳/۰۸	۱۲/۵۱	۱۴/۰۸	۱۳/۱۸	۱۳/۸۷	۱۳/۴۵
	کل	۱۶/۸۰	۱۶/۴۹	۱۴/۱۹	۱۴/۶۳	۱۳/۰۶	۱۳/۱۸	۱۴/۴۴	۱۳/۸۱	۱۳/۷۵	۱۴/۱۳
مجموع		۱۷/۹۲	۱۸/۱۶	۱۵/۰۷	۱۵/۴۵	۱۳/۹۴	۱۴/۲۳	۱۵/۱۹	۱۵/۱۷	۱۴/۶۴	۱۵/۰۹
بعد از مداخله		–	-۰/۱۷۳* ۰/۰۴۱	–	-۰/۲۳۰* ۰/۰۴۴	–	-۰/۱۴۲ ۰/۱۵۶	–	۰/۲۳۸ ۰/۰۸۷	–	-۰/۱۷۶ ۰/۱۲۳
پیگیری		۰/۱۷۳* ۰/۰۴۱	–	۰/۲۳۰* ۰/۰۴۴	–	۰/۱۴۲ ۰/۱۵۶	–	-۰/۲۳۸ ۰/۰۸۷	–	۰/۱۷۶ ۰/۱۲۳	–

جدول ۴ مربوط به آزمون بنفورنی در خصوص، ماندگاری اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی در بیماران پراشتهای روانی با توجه به پیوند والدینی می باشد، نتایج نشان می دهد در حوزه بردگی و طرد در بیماران دارای پیوند والدینی بیش حمایت گری، طرحواره درمانی دارای ماندگاری بیشتری بوده است، در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در بیماران دارای پیوند والدینی بیش حمایت گری دارای ماندگاری بیشتری بوده است، در حوزه محدودیت های مختل و گوش بزنگی و دیگر جهت مندی طرحواره درمانی بدون نقش پیوند والدینی دارای اثر بخشی بالاتری بوده است.

بحث

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی دو روش درمانی (طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری) بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی بوده است. یافته های حاصل از تحلیل نتایج نشان داده این گروه از بیماران در طرحواره های حوزه بریدگی و طرد (نقص و شرم، رها شدگی، محرومیت هیجانی و انزوای اجتماعی) و خودگردانی و عملکرد مختل (بی کفایتی،گرفتار و شکست) بیشترین آسیب و در سایرحوزه ها (محدودیت های مختل،دیگر جهت مندی و حوزه گوش بزنگی بیش ازحد) به نسبت آسیب کمتری دارند. نتیجه بدست آمده همراستا با پژوهش والر و همکارانش (۲۰۰۲) می باشد. با توجه به پیوند والدینی نیز نشان داده شد در حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و دیگرجهت مندی، نقش پیوند والدینی در مداخله اثر بخش بوده است و بیماران دارای پیوند والدینی بیش حمایت گر نسبت به مراقبت کم، درمان طرحواره در آنها اثر بخشی بالاتری داشته است اما درمان شناختی رفتاری تحت تاثیر پیوند والدینی قرار نگرفته است. از پژوهش های هم راستا به پژوهش، موریس (۲۰۰۶)؛ اوحی بارانف (۲۰۰۷)؛ گانتی (۲۰۰۸)؛ تیم (۲۰۱۰) اشاره می شود.

همچنین منطبق با نتایج حاصل شده، در بررسی تعامل والد-کودک اینگونه برداشت می شود، در بیمارانی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

که در حوزه خود گردانی و عملکرد مختل مشکل دارند، در روند رشد اولیه شان والدینشان برای رفا و آزایش آنها همه کار انجام داده اند و اجازه رشد مستقل به کودک داده نشده است. در نتیجه نیازهای هیجانی کودک به دلیل درگیری بیش از حد والدین در مسائل کودک به خودگردانی و محدودیت های واقع بینانه ارضا نگردید است. در این خصوص می توان به پژوهش ودرهولز و همکاران (۲۰۱۳) اشاره داشت. همچنین بیمارانی 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 نکرده اند. هم راستا با نتیجه بدست آمده می توان اشاره داشت به پژوهش دشت بزرگی (۱۳۹۲)، لانگ و همکاران (۱۹۹۹)، آنوکاف و همکاران (۲۰۱۰)، ترنر و همکاران (۲۰۰۵)، تامر و همکاران (۲۰۰۵) اشاره داشت.

نتیجه گیری

نتیجه بدست آمده اینگونه تبیین می شود که : مدل طرحواره نسبت به مدل شناختی رفتاری باعث اجتناب راحت تر بیمار از عواطف آسیب زای مربوط به طرحواره می شود. از آنجا که در درمان شناختی رفتاری در ابتدای درمان از بیماران انتظار می رود افکار و احساسات خود را مشاهده و ثبت کنند، ولی این گروه از بیماران بدلیل، شدت مشکلی که دارند قادر به انجام این تکالیف نیستند. همچنین به نظر می رسد شناخت واره ها و هیجان های این گروه از بیماران خارج از دسترس شان قرار دارد آنها تصاویر ذهنی و آشفته ساز خود را بلوکه می کنند و نمی خواهند ریشه مشکلات خود را بیابند، بیماران از طریق رفتارهای جبران و اجتناب نظیر رژیم گرفتن، روزه گرفتن و یا ورزش بیش از حد و پرخوری/ پاکسازی از بسیاری از موقعیت ها و رفتارهای اضطراب زا اجتناب می کنند، این الگوی اجتنابی که نوعی پاسخ ابزاری است با کاهش عواطف منفی، تقویت می شود. هیجان های منفی مثل اضطراب از طریق محرک های مرتبط با خاطرات دوران کودکی، برانگیخته می شوند و بیمار برای اجتناب از این محرک ها، سعی می کند، هیجان های منفی را تجربه نکند، از آنجا که این اجتناب در طی زمان به صورت عادت در می آیند، بنابراین تغییر راهبرد مقابله با عواطف منفی، بی نهایت مشکل و طاقت فرسا می شود در نتیجه طرحواره درمانی از آنجا که رویکردی یکپارچه است و ترکیبی از درمان شناختی رفتاری، گشتالت، مدل های درمانی روان پویشی و بین فردی است و تاثیر قابل توجهی بر روابط درمانی، هیجانات و تجارب اولیه زندگی (یانگ و همکاران،۲۰۰۳) دارد نسبت به درمان شناختی رفتاری برای این گروه از بیماران اثر بخشی بالاتری دارد. از دیگر علل اثر بخشی بالاتر درمان طرحواره می توان با توجه به دیدگاه یانگ بیان کرد، بر طبق دیدگاه یانگ (۲۰۰۳) فعال شدن طرحواره رهاشدگی، به افزایش مصرف غذا به عنوان روشی برای اجتناب از هیجانات منفی ناشی از آن منجر می شود، در واقع رفتارهای پرخوری، ممکن است به منظور کاهش خودآگاهی فرد نسبت به هیجانات غیر قابل تحمل مربوط به الگوها باشد. چنانچه والر و همکاران (۲۰۰۷) اشاره داشته اند، از طریق فرآیندهای تداوم طرحواره می توان اختلال پرخوری را تشخیص داد در نتیجه طرحواره درمانی می تواند با اصلاح طرحواره های آسیب زا سیکل معیوبی که منجر به تداوم طرحواره های ناسازگار می شود را بشکند و باعث کاهش رفتاری مرتبط با خوردن شود.

در انتها به درمانگران توصیه می شود همانطور که اثر بخشی درمان مهم می باشد، ماندگاری درمان مهمتر و اساسی تر است به همین منظور برای درمان این گروه از

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

بیماران، رویکرد طرحواره درمانی را در جلسات بیشتر و روند طولانی تر بکار بگیرند. همچنین با توجه به نقش بالای پیوند والدینی در علل و تداوم پراشتهای عصبی توصیه می شود به خانواده ها آموزش های لازم در خصوص تاثیر سبک دلبستگی اولیه کودک در اختلالات بعدی رشد کودکان ارائه شود. یا توجه به اینکه نقص و شرم، بریدگی و طرد و ... از مهمترین عوامل تداوم اختلال‌های خوردن شناخته شده است به پژوهش گران آتی پیشنهاد می شود در خصوص ارتباط بین آلکسی‌تایمیا (یعنی دشواری‌های شناسایی و تشریح هیجان‌ها) و اختلال‌های خوردن پژوهش انجام دهند، امید است که با انجام این دسته از پژوهش ها بتوانید به کمکی به جامعه پزشکی نماییم و گرهی از مشکلات بیماران مزمن بگشایم.

سپاسگزاری

بدین وسیله از زحمات مسئولین مراکز درمانی بالاخص بیمارستان های روانپزشکی شهر تهران و از کمک های بی دریغ جناب دکتر محمد علی همتی در تشخیص بیماران و از جناب دکتر حسن حمید پور به خاطر کمک ایشان در تدوین پروتکل طرحواره درمانی کمال تشکر و قدردانی دارم.

Refrences

Ahi, GH. (2006). Standardization of a short version of the Young Schema Questionnaire (Unpublished Master's Thesis). Allameh Tabatabaei University. (In Persian)

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic Manual for Psychiatric Disorders, Fifth Edition. (In Persian)

Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W., & Claes, L. (2013). Are maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? European Eating Disorders Review, 21(1), 45-51.

Cella S; Lannaccone M; Cotrufo P. (2014). How perceived parental bonding affects self- coneptand drive for thinness : A community- based study. Eating Behaviors 25. 110-115.

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.

Cecero, J. J., & Young, J. E. (2001). Case of Silvia: A schema-focused approach. Journal of Psychotherapy Integration, 11(2), 217-229.

Colman, A. M. (2015). A dictionary of psychology. Oxford University Press, USA.

Cooper, M. J., & Young, E. (2016). Parental Bonding and Body Mass Index in a Female Community Sample: The Mediating Role of Eating Disorder Thoughts and Core Beliefs. Behavioural and cognitive psychotherapy, 44(01), 123-127.

Cooper, P. J., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J., & Murray, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. The British Journal of Psychiatry, 184(3), 210-215.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. Behaviour research and therapy, 73, 79-82.

Dashtbozorgi, Z., Amiri, SH., Mazaheri A., & Talebi, H. (2013). The effect of intervention on attachment to overeating and obesity in Girls (Unpublished Ph.D dissertation). Isfahan University. (In Persian)

Enten, R. S., & Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. Appetite, 52(3), 784-787.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). Eating disorders: A trans diagnostic protocol.

Fairchild, H., & Cooper, M. (2010). A multidimensional measure of core beliefs relevant to eating disorders: Preliminary

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

development and validation. Eating behaviors, 11(4), 239-246.

Gunty, A. L., & Buri, J. R. (2008). Parental Practices and the Development of Maladaptive Schemas. Online Submission.

Haines, J., Rifas-Shiman, S. L., Horton, N. J., Kleinman, K., Bauer, K. W., Davison, K. K., ... & Gillman, M. W. (2016). Family functioning and quality of parent-adolescent relationship: cross-sectional associations with adolescent weight-related behaviors and weight status. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 13(1), 1.

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.

Krug, I., King, R. M., Youssef, G. J., Sorabji, A., Wertheim, E. H., Le Grange, D., ... & Olsson, C. A. (2016). The effect of low parental warmth and low monitoring on disordered eating in mid-adolescence: Findings from the Australian Temperament Project. Appetite, 105, 232-241.

Lattimore, P. J., Wagner, H. L., & Gowers, S. (2000). Conflict avoidance in anorexia nervosa: An observational study of mothers and daughters. European Eating Disorders Review, 8(5), 355-368.

Leahi, R. L. (2015). Cognitive-behavioral techniques for depression and anxiety disorders. (In Persian)

Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. The 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.

Lyke Jennifer; Masten Julie. (2013). Family functioning and risk foutors for disordered eating. Eating Behaviors 14. 497-499.

Mahmoudiandastnaee, T., Amiri, SH., Neshat Hossein, H., & Manshei, GH. (2015). The comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy on eating disorder symptoms in patients between the ages of 16-23 with bulimia Nervosa regarding parental bonding. Quarterly Journal of Applied and Psychological Research, 6 (3), 169-186. (In Persian)

Meyer C, Gillings K(۲۰۰۴). Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. Int J Eat Disord;35(2):229-33.

Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. Clinical Psychology & Psychotherapy, 13(6), 405-413.

Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. Psychiatric Clinics of North America,33(3), 611-627.

Nicholls, D., & Grindrod, C. (2013). Behavioural eating disorders. Paediatrics and Child Health, 23(1), 11-17.

Oei, T. P., & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. Australian Journal of Psychology,59(2), 78-86.

Parker, G. (1983). Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development. Grune & Stratton.

Patrick, H., & Nicklas, T. A. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. Journal of the American College of Nutrition, 24(2), 83-92.

Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. Clinical psychology review, 39, 30-41.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins.

Shayeghian, Z., Agilard Vafaei, M., & Rasoulzadeh Tabatabaei, S.K. (2011). Study of schemas and parental bonding in normal, obese, or adolescent girls with symptoms of bulimia Nervosa. Scientific Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 16 (1), 30-38. (In Persian)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]
[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]

Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. Health Psychology, 21(2), 131.

Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders.American Psychologist, 62(3), 181.

Strober, M., & Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(5), 654.

Swanson, H., Power, K., Collin, P., Deas, S., Paterson, G., Grierson, D., ... & Taylor, L. (2010). The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample.European Eating Disorders Review, 18(1), 22-32.

Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating behaviors* ,*15*(1), 49-59.

Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms.Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 41(1), 52-59.

Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The meditating role of core beliefs. 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. 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.The Journal of nervous and mental disease, 198(6), 425-431.

Voderholzer, U., Schwartz, C., Thiel, N., Kuelz, A. K., Hartmann, A., Scheidt, C. E., ... & Zeeck, A. (2013). A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. Psychopathology, 47(1), 24-31.

Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2007). Schema-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders. Book Chapter Selected

Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2002). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. International Journal of Eating Disorders, 28(2), 235-241.

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.

Yang, C. (1999). Cognitive therapy for personal disorders: Schematic approach.

Young, J. E. (1994). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide.. Journal of psychosomatic research, 57, 113-116.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1398.6.2.2.4]

[DOI: 10.29252/shenakht.6.2.1]