

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر سازگاری هیجانی و احساس تنهایی زنان مبتلا به اختلال پرخوری با ادراک طرد والدین

پریسا سادات برهانی^۱، شهناز خالقی پور^{۲*}، حمیدرضا عریضی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱/۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۲۴

خلاصه

مقدمه: اختلال پرخوری به صورت خوردن مداوم و اجباری می‌تواند ناشی از احساسات ایجاد شده تحت تأثیر ارزیابی و ادراک فرد از روابط با والدین باشد. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر سازگاری هیجانی و احساس تنهایی زنان مبتلا به اختلال پرخوری با ادراک طرد والدین انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود جامعه آماری، افراد مبتلا به اختلال پرخوری بودند که در سال ۱۳۹۹ به مراکز تغذیه و رژیم درمانی شهر نایین مراجعه کرده بودند. تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند و به پرسشنامه ادراک طرد والدین پاسخ دادند. سپس، در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. ابزار سنجش، پرسشنامه‌های سازگاری هیجانی و احساس تنهایی بود. گروه‌های درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی ۱۰ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) درمان را دریافت کردند. گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. داده‌ها با آزمون تحلیل کواریانس دوطرفه با اندازه‌گیری تکراری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری بین طرحواره درمانی و رفتار درمانی شناختی با گروه کنترل در سازگاری هیجانی ($F=60/63$)، هیجانی و احساس تنهایی ($\eta^2=0/59, p\leq0/01$) و احساس تنهایی ($F=16/03, \eta^2=0/26, p\leq0/01$) وجود داشت. طرحواره درمانی بر سازگاری هیجانی و احساس تنهایی آزمودنی‌ها اثربخش‌تر بوده و در مرحله پیگیری اثر این درمان در مقایسه با درمان رفتاری شناختی پایدار بود ($p\leq0/01$).

نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی به عنوان یک مداخله موثرتر برای زنان مبتلا به پرخوری با ادراک طرد والدین می‌تواند سازگاری هیجانی و احساس تنهایی را بهبود بخشد.

واژه‌های کلیدی: احساس تنهایی، اختلال پرخوری، درمان شناختی رفتاری، سازگاری هیجانی، طرحواره درمانی

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: sh.khaleghipour@iau.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۳۱۶۸۵۴۹۸

۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

مقدمه

اختلال پرخوری، شایع‌ترین اختلال خوردن است که با دوره‌های مکرر خوردن مقدار زیادی مواد غذایی در زمان کوتاه و بدون نیاز فیزیولوژیک مشخص می‌شود و شیوع آن در زنان بیشتر است [۱-۲]. پیوند والدینی و نحوه حمایت‌گری والدین از عوامل مؤثر بر اختلال پرخوری در بزرگسالی می‌باشد [۳]. بر اساس نظریه پذیرش- طرد والدین Rohner ادراک طرد از سوی والدین زمانی ایجاد می‌شود که والدین نسبت به فرزندان خود نامهربان بوده و با پاسخ‌دهی نامناسب و بی‌تفاوتی به آن‌ها واکنش نشان داده‌اند [۴]. Vandewalle [۵] مطرح کرد ادراک طرد از سوی والدین با افزایش رفتار خوردن ارتباط دارد. افراد دارای اختلال خوردن اغلب آسیب‌های جدی در دل بستگی بین‌فردی و ارتباط با دیگران دارند [۶]. پرخوری، نمادی جایگزین از ادراک والدین طردکننده و دور از دسترس در اوایل زندگی تلقی می‌شود که بر فرایند روان‌شناختی همانند سازگاری هیجانی تأثیر می‌گذارد. رفتارهای بی‌ثبات و ناسازگارانه در بزرگسالی بیشتر حاصل خانواده‌های مشکل‌دار، دارای ساختار ناسالم و ارتباط نامناسب با فرزندان است. یک محرک استرس‌زا مانند عدم پذیرش و طرد از سوی والدین، فقدان صمیمیت، محبت، حمایت و احساسات مثبت و حضور گسترده‌ای از رفتارهای آسیب‌زای روان‌شناختی با ناسازگاری‌ها ارتباط دارد [۷].

پژوهش Dingmans و همکاران [۸] نشان داد هیجانات منفی همانند ناامیدی، احساس آسیب و تنهایی با اختلال پرخوری در بزرگسالی ارتباط دارد که می‌تواند سازگاری هیجانی را تحت تأثیر قرار داده و منجر به تشدید علائم اختلال گردد [۶]. سازگاری هیجانی که حفظ تعادل هیجانی در رویارویی با رویدادهای استرس‌زای درونی و بیرونی است به فرد کمک می‌کند شادمانی و رضایت از زندگی خود را حفظ کند [۹]. سازگاری هیجانی با بهزیستی رابطه داشته و به صورت نظام‌دار در تبیین ساختار شخصیت انسان نقش اساسی دارد [۱۰]. تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با ایجاد و گسترش طرح‌واره‌های ناسازگار همزمان با رفتار پرخوری می‌تواند منجر به احساس تنهایی شود [۶]. احساس تنهایی که هسته آسیب‌پذیری در تداوم اختلال خوردن است حالت ذهنی

آزاردهنده است که فرد علی‌رغم تمایل برای ارتباط نزدیک با دیگران، به جهت احساس عدم رضایت از روابط با دیگران از آن‌ها دوری می‌کند [۱۱-۱۲]. در مطالعه Cacioppo [۱۳] افرادی که احساس تنهایی دارند دو برابر بیشتر مواد غذایی مصرف می‌کنند، خطر ابتلا به افسردگی در آن‌ها بیشتر است، در تنظیم هیجان نقص دارند، کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی آن‌ها پایین‌تر است [۱۴].

شواهد پژوهشی گویای آن است که الگوی‌های فکری ناسازگار و افکار خودآیند منفی درباره شکل، اندازه و وزن در اختلال خوردن نقش دارند [۱۵]. Palavras و همکاران [۱۶] درمان شناختی رفتاری را که بر جایگزین کردن تفکر مثبت و واقع‌بینانه به جای افکار منفی تأکید دارد از درمان‌های موفق در پرخوری مطرح می‌کند. درمان شناختی رفتاری سهم والدین را در روابط والد فرزند مورد غفلت قرار داده است. نقش باورهای هسته‌ای تحت تأثیر تجارب کودکی آسیب‌زا و طرح‌واره‌های رهاشدگی و نقص و شرم در تداوم اختلال پرخوری تأکید شده است. Young در تبیین رابطه والد فرزند، سازه طرح‌واره را مطرح کرد [۱۷]. طرح‌واره‌ها که در دوران کودکی توسعه می‌یابند، باورهای بی‌قید و شرطی برای پردازش تجارب بعدی هستند. طرح‌واره درمانی یک مدل درمانی یکپارچه است که از راهبردهای شناختی، تجربه‌گرایانه، الگوشکنی رفتاری و بین‌فردی در رابطه درمانی استفاده می‌کند [۱۸]. تا بیمار با روشی سالم پیرامون طرح‌واره صحبت کند و رویدادها را با همان جزئیات ناراحت‌کننده خلق کند و راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری را جایگزین کند. شواهد گذشته حاکی از آن است که بین طرح‌واره‌های ناسازگار حوزه‌های رهاشدگی، خودگردانی و محدودیت مختل با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه وجود دارد [۱۹].

نتایج تحقیقات حاکی از مؤثر بودن درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر مدیریت هیجان و تنهایی در سالمندان و بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه است [۲۰]. مطالعات دیگر بیانگر اثربخشی طرح‌واره درمانی بر سلامت روانی و طرح‌واره‌های ناسازگار بوده است [۲۱-۲۲].

افراد مبتلا به پرخوری هنگام تنش بیشتر و بدتنظیمی هیجانی میل مفرط به خوردن دارند و ویژگی‌های رفتاری روان

$Z\alpha/2$: مقدار بحرانی Z با خطای ۵ درصد (۱/۹۶)

$Z\beta$: مقدار Z با توان $1-\beta = 0/8$ (۰/۸۴)

σ : انحراف معیار (۲/۵۳)

d : تفاوت میانگین/SD (۲/۶۳)

معیارهای ورود به مطالعه، نمره بالاتر از ۱۶ در مقیاس اختلال پرخوری در مدت کوتاه (Bing Eating Scale)، نمره ۶۰ تا ۲۴۰ در پرسشنامه خودگزارشی ویژگی‌های طرد و پذیرش والدین (parental acceptance-rejection questionnaire)، عدم دریافت درمان‌های موزی، نداشتن بیماری مزمن طبی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تمایل به همکاری و درک لازم برای فهم مطالب جلسات بود. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از تشخیص سایر اختلالات خوردن و حضور نامنظم در جلسات. ملاحظات اخلاقی از جمله رعایت رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هویتی، آزادی و اختیار برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی در مورد اهداف پژوهش، اخذ موافقت و کسب رضایت‌نامه آگاهانه و استفاده از داده‌ها فقط در جهت اجرای پژوهش، مد نظر قرار گرفتند. گروه کنترل در پایان پژوهش به صورت آزادانه و فشرده تحت یکی از درمان‌های طرح‌واره درمانی یا رفتاردرمانی شناختی قرار گرفتند. پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌های هر سه گروه تکمیل شدند و راهنمایی‌های لازم توسط یکی از پژوهشگران ارائه شد. هیچیک از آزمودنی‌ها از پژوهش انصراف ندادند. این پژوهش دارای کد عایت اصول اخلاقی پژوهش از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (IR.IAU.KHUISF.REC.1400.338) می‌باشد.

آزمودنی‌هایی که بر اساس فراخوان برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند و اختلال پرخوری آن‌ها توسط روان‌شناس بر اساس مقیاس اختلال پرخوری در مدت کوتاه تأیید شد به پرسشنامه طرد و پذیرش والدین (فرم مادر)، سازگاری هیجانی و احساس تنهایی پاسخی دادند. گروه آزمایش اول، طرح‌واره درمانی و گروه آزمایش دوم، درمان شناختی رفتاری (هر گروه ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای) را در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی راز در بهار ۱۴۰۰ توسط روان‌شناس باتجربه دریافت کردند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین گروه‌های آزمایش، گروه‌ها در روزها و ساعات‌های متفاوت در جلسه

رنجور و خلق منفی و روابط ناموفق در آن‌ها بیشتر است [۲۳]. میل به فاصله اجتماعی، تنهایی و واکنش‌های عاطفی در زنان مبتلا به پرخوری، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۴]. تجارب اولیه کودکی در روابط با والدین و سوءاستفاده‌های عاطفی قالب‌هایی برای پردازش تجارب بعدی و فعال شدن طرح‌واره‌ها و میل به خوردن می‌شود که یک امر مورد توجه در درمان است [۱۷]. ضرورت بررسی باورهای هسته‌ای طرد والدین که می‌تواند طرح‌واره‌های ناسازگار را در فرد شکل دهد و واسطه‌ای برای تشدید آسیب‌های روانی باشد یک چالش مهم برای توجه به درمان مؤثرتر می‌باشد. در پژوهش Palavras و همکاران، اثر درمان شناختی رفتاری بر تصویر بدنی و تغییر به رفتار خوردن بررسی شده [۱۶] ولی در مورد سازگاری هیجانی و احساس تنهایی در افراد مبتلا به پرخوری با ادراک طرد والدین پژوهشی مشاهده نشد. با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری بر تغییر افکار و رفتار ناکارآمد در رابطه با وزن و شکل بدن افراد تأکید دارد و به نقش باورهای هسته‌ای تجارب کودکی در روابط با والدین توجه نداشته است این مطالعه با هدف مقایسه درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر سازگاری هیجانی و احساس تنهایی افراد مبتلا به اختلال پرخوری با ادراک طرد والدین انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، افراد مبتلا به اختلال پرخوری بودند که به مراکز تغذیه و رژیم درمانی شهر ناپین در سال ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند. تعداد ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب، و به شیوه تصادفی‌سازی ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. جهت تعیین حجم نمونه با استناد به پژوهش‌های مقدماتی جهت ارزیابی استراتژی ورود افراد به مطالعه تعداد نمونه برای هر گروه ۱۴/۲۰ نفر محاسبه شد [۲۵].

$$n = \left(\frac{2(Z\alpha/2 + Z\beta)^2 \sigma^2}{(d)^2} \right)$$

درمان حضور یافتند. از درمان‌جویان درخواست شد تا انتهای دوره و اجرای پس‌آزمون درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند.

برای سنجش اختلال پرخوری از مقیاس اختلال پرخوری در مدت کوتاه استفاده شد. این مقیاس توسط Gormally و همکاران (۱۹۸۲) به منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری طراحی شد [۲۶]. این مقیاس از ۱۶ ماده (هر ماده از سه یا چهار جمله) تشکیل شده است. از آزمودنی‌ها خواسته شد جمله‌ای را انتخاب کنند که آن‌ها را به بهترین وجه توصیف می‌کند. نمره هر یک از گزینه‌ها از صفر تا سه درجه‌بندی می‌شود و نمره کلی پرسشنامه از صفر تا ۴۸ متغیر است که کسب نمره ۱۶ وجود اختلال پرخوری و کسب نمره بالاتر از آن شدت بیشتر پرخوری را نشان می‌دهد. Mootabie و همکاران (۲۰۰۹) ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ایرانی مقیاس پرخوری را بررسی کردند. آنان اعتبار این مقیاس را با روش دو نیمه‌سازی ۶۷ و با استفاده از روش آزمون مجدد ۷۲ درصد گزارش کردند. [۲۷]

برای سنجش احساس تنهایی از مقیاس تنهایی بازنگری شده دانشگاه کالیفرنیا لس‌آنجلس (Revised University of California at Los Angeles Loneliness Scale) (UCLA) استفاده شد. این مقیاس توسط Russell و همکاران (۱۹۸۰) طراحی شده [۲۸] که شامل ۲۰ سؤال چهارگزینه‌ای است که به صورت طیف لیکرت چهارگزینه‌ای (هرگز = ۱، به ندرت = ۲، گاهی = ۳ و برای همیشه = ۴) نمره‌دهی می‌شود. سؤالات ۱، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات در این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۸۰ می‌باشد. نتیجه مقیاس روی یک پیوستار از احساس تنهایی شدید تا یک ارتباط اجتماعی مؤثر قرار دارد. شرط ورود به پژوهش کسب نمره بالاتر از ۵۰ (بیانگر شدت احساس تنهایی) است. در مطالعه Russell و همکاران [۲۸] روایی این مقیاس با نمره افسردگی، اضطراب و حساسیت به طرد همبستگی مثبت نشان داده است. پایایی این آزمون ۰/۷۸ گزارش شده است. در پژوهش Varaeae و همکاران [۲۲] آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمده است.

برای اندازه‌گیری سازگاری هیجانی از پرسشنامه سازگاری هیجانی (Emotional Adjustment Measure) استفاده شد.

این مقیاس توسط Rubio و همکاران [۲۹] طراحی شده که دارای ۲۸ ماده است و برای سنجش سازگاری هیجانی با هدف پایداری و تعادل هیجانی استفاده می‌شود. این مقیاس دارای دو عامل: فقدان نظم‌بخشی انگیزشی‌های هیجانی و فیزیولوژیک، و ناامیدی و تفکر آرزومندانه می‌باشد. هر سؤال در یک طیف شش‌درجه‌ای (۱ = کاملاً موافق تا ۶ = کاملاً مخالف) نمره‌دهی می‌شود. دامنه نمره بین ۲۸ تا ۱۶۸ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده سازگاری هیجانی کمتر می‌باشد. شرط ورود به پژوهش حداقل نمره ۵۹ بود. در این ابزار ماده‌های ۲۱، ۲۵ و ۲۸ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب همسانی درونی مقیاس سازگاری هیجانی ۰/۸۹ تا ۰/۹۱ گزارش کردند. بین Shokri و همکاران [۳۰] مقادیر ضرایب همسانی درونی مقیاس سازگاری هیجانی با پرسشنامه واکنش‌پذیری نسبت به استرس ادراک شده و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت همبستگی وجود داشت که نشان از روایی مطلوب این مقیاس است.

برای اندازه‌گیری ادراک طرد والدین از پرسشنامه طرد و پذیرش والدینی فرم مادر (PARQ-ADULT) که توسط Rohner و Khaleque (۲۰۰۵) توسعه یافته، استفاده شد [۳۱]. این پرسشنامه دارای چهار بعد و ۶۰ سؤال است که در طیف چهار درجه‌ای لیکرت از تقریباً همیشه نادرست (یک) گاهی نادرست (دو)، گاهی درست (سه)، تقریباً همیشه درست (چهار) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه جهت سنجش دو عامل طرد و پذیرش استفاده می‌شود. نمرات در چهار زیرمقیاس (۱) صمیمیت/ محبت مادرانه (۲۰ گزاره)، (۲) رفتار خصمانه/ پرخاشگری مادرانه (۱۵ گزاره)، (۳) بی‌تفاوتی/ نادیده گرفتن مادر (۱۵ گزاره)، و (۴) طرد تمایز نیافته (۱۰ گزاره)، محاسبه می‌شوند. سؤالات صمیمیت/ محبت مادرانه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. از جمع چهار عامل نمره کلی طرد و پذیرش به دست می‌آید. دامنه نمره بین ۶۰ تا ۲۴۰ می‌باشد. نمره ۲۴۰ نشان‌دهنده حداکثر نمره طرد و نمره ۶۰ نشان‌دهنده بیشترین پذیرش می‌باشد. شرط ورود در گروه ادراک پذیرش نمره ۶۰-۱۵۰ و برای ادراک طرد، بالاتر از ۱۵۰ می‌باشد. آلفای کرونباخ پرسشنامه

توسط Rohner و Khaleque، ۰/۹۳ گزارش شده است [۳۱].
روایی خارجی خرده مقیاس بر اساس روش تحلیل عاملی از
برازش مطلوب برخوردار است. در ایران آلفای کرونباخ
پرسشنامه ادراک طرد و پذیرش ۰/۹۶ گزارش شده است.
روایی پرسشنامه با روش همبستگی بین خرده آزمون‌ها با نمره
کل برای خرده مقیاس پذیرش/ محبت ۰/۹۳، خصوصاً
پر خاشگیری ۰/۹۳، بی تفاوتی/ غفلت کننده ۰/۹۲ و طرد
نامتماز مادر ۰/۸۴ بود. نتایج آزمون - بازآزمون نشان‌دهنده
ثبات خوب نمرات در طول زمان بوده است. بررسی روایی خرده
مقیاس با روش تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مدل چهار
عاملی پرسشنامه با میزان ریشه خطای میانگین مجذورهای
تقریبی کمتر و شاخص نیکویی برازش مدل مناسب‌تری بوده و

از برازش نسبتاً خوبی برخوردار است [۳۲]. آلفای کرونباخ
پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۴ و روایی آن با روش تحلیل
عاملی برازش نشان داد.
پس از جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پس‌آزمون، تحلیل
آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. در
سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی
از آزمون‌های شاپیروویلک، ام باکس، لوین، کرویت موچلی و
تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری تکراری و آزمون تعقیبی
کمترین تفاوت معنی‌دار (LSD) در سطح ۰/۰۱ استفاده شد.
خلاصه محتوای جلسات طرح‌واره درمانی و درمان شناختی
رفتاری در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱ - جلسات رفتاردرمانی شناختی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری شهر نایین در سال ۱۳۹۹

جلسات	محتوای جلسات
اول	رابطه درمانی، بررسی نگرانی، شرح ماهیت اختلال پرخوری، تأکید بر اهمیت تکالیف
دوم	شناسایی علل فعال‌ساز و تداوم‌بخش رفتار پرخوری
سوم	سیکل معیوب پرخوری، ارتباط افکار اتوماتیک و سبک‌های ناکارآمد تفکر، آموزش مدل ABC
چهارم	شناسایی و درک حوزه‌های نگرانی در مورد وزن و بدن، کمک به بیمار برای درک رابطه بین رفتارهای افراطی کاهش وزن
پنجم	تشخیص موقعیت‌های غیرقابل‌اجتناب پرخوری. استفاده از تکنیک‌های آگاهی آموزی و تمثیل
ششم	بازسازی افکار با آموزش روش تجربه‌گرایی مشارکتی با بکارگیری تکنیک وکیل مدافع برای چالش با باورهای بیمار
هفتم	اصلاح آمایه‌های شناختی و آموزش فرایند مسئله‌گشایی با تکنیک اصلاح جهت‌گیری بیمار نسبت به خوردن
هشتم	پرداختن به عوامل تداوم‌بخش اختلال خوردن، با استفاده از تکنیک‌های سناریوسازی به مسئله اجتناب شناختی
نهم	آموزش منطق زیربنایی اجتناب و خنثی‌سازی و آموزش تکلیف روبرویی تجسمی
دهم	مرور جلسات قبل و راهبردهایی که بیمار در طی درمان یاد گرفته با تکنیک ارائه راهبرد مربوط به کاهش نگرانی در مورد وزن و بدن

جدول ۲ - جلسات طرح‌واره درمانی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری شهر نایین در سال ۱۳۹۹

جلسات	محتوای جلسات
اول	رابطه درمانی، ارزیابی اولیه، شناسایی مشکلات جاری بیمار و مطرح کردن آن‌ها در قالب واژه‌های طرح‌واره درمانی با تمرکز بر تاریخچه زندگی
دوم	فرمول‌بندی مشکل و آموزش مدل و اهداف طرح‌واره به زبان ساده و شفاف طبق رویکرد طرح‌واره
سوم	ارزیابی تاریخچه رابطه‌های بین‌فردی نیم‌رخ از طرح‌واره با تکنیک پیکان رو به پایین و توجه به ناهمخوانی‌ها در سبک نگرش فرد در رابطه با خود و دیگران
سوم	مشخص کردن راهبردهای مقابله‌ای بیمار و آموزش طرح‌واره‌های ناسازگار و شکل‌گیری راهبردها در پاسخ به طرح‌واره‌های دردناک دوران کودکی و ناسازگاری طرح‌واره‌ها و راهبردها در زمان فعلی
چهارم	آشنایی با ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای با هدف شناخت عملکردهای طرح‌واره‌های خود از نظر عقلانی و تجربه این فرایندها در سطح هیجانی
پنجم	بحث و گفتگو در مورد ریشه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی با توجه به سبک فرزند پروری پانگ
ششم	شناسایی طرح‌واره‌های فعال و به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی و چالش با طرح‌واره‌ها جهت آزمون تجربی و منطقی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با آزمون و به چالش کشیدن اعتبار طرح‌واره‌ها
هفتم	گفتگو میان طرف طرح‌واره و طرف بزرگسال سالم، تهیه فلش کارت‌های یادآور طرح‌واره جهت نحوه شناخت تحریف احساس توسط طرح‌واره
هشتم	تهیه فرم‌های روزانه طرح‌واره جهت تداوم یافتن طرح‌واره‌ها و نحوه فاصله گرفتن بیمار از طرح‌واره‌ها به‌جای همانندسازی با طرح‌واره‌ها
نهم	به چالش کشیدن طرح‌واره در سطح هیجانی با تصویرسازی ذهنی با بازنویسی ذهنی و بازپرورش محدود جهت ترمیم طرح‌واره‌ها و برآورده ساختن نسبی نیازهای دوران کودکی جهت بینش هیجانی

دهم شکستن الگوهای رفتار به منظور تغییر الگوهای رفتاری خود آسیب‌رسان و استفاده از رفتارهای جایگزین برای توجه به نیازهای بنیادین از طریق تصویرسازی هدایت‌شده و ایفای نقش

یافته‌ها

آزمودنی‌ها در جدول ۳ نشان داده شده است. تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها در متغیرهای جمعیت‌شناختی و مدت ابتلا به پرخوری و ادراک طرد والدینی وجود نداشت و گروه‌ها همگن بودند.

میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان شناختی رفتاری ۳۹/۴۱ ± ۴/۳۷، طرحواره درمانی ۳/۸۳ ± ۲۴/۸۶ و گروه کنترل ۴/۱۷ ± ۳۹/۶۶ سال بود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های طرح‌واره درمانی و رفتاردرمانی شناختی و کنترل در زنان مبتلا به اختلال پرخوری شهر نایین در سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه = ۱۵)

متغیر	گروه طرح‌واره درمانی	گروه رفتاردرمانی شناختی	گروه کنترل	آماره آزمون	p
سطح تحصیلات	۸ (۵۳/۳۳)	۴ (۲۶/۶۶)	۶ (۴۰)	۵/۴۲۷	۰/۲۴۶
زیر دیپلم	۳ (۲۰)	۹ (۶۰)	۵ (۳۳/۳۳)		
لیسانس	۴ (۲۶/۶۶)	۲ (۱۳/۳۳)	۴ (۲۶/۶۶)		
بالاتر از لیسانس	۴ (۲۶/۶۶)	۵ (۳۳/۳۳)	۵ (۳۳/۳۳)	۰/۲۰۷	۰/۹۰۲
شغل	۱۱ (۷۳/۳۳)	۱۰ (۶۶/۶۶)	۱۰ (۶۶/۶۶)		
خانه‌دار	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	۳ (۲۰)		
سن	۷ (۴۶/۶۶)	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)	۰/۶۸۲	۰/۷۱۱
۳۰-۲۰	۵ (۳۳/۳۳)	۴ (۲۶/۶۷)	۳ (۲۰)		
۴۰-۳۱	۸ (۵۳/۳۳)	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)	۰/۵۵۶	۰/۷۵۷
۴۱-۵۰	۷ (۴۶/۶۶)	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳۵)		
وضعیت تاهل	۳ (۲۰)	۸ (۵۳/۳۳)	۷ (۴۶/۶۶)	۰/۵۳۶	۰/۷۶۵
متاهل	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶۶)	۸ (۵۳/۳۳)		
مجرد	۹ (۶۰)	۸ (۵۳/۳۳)	۷ (۴۶/۶۶)	۰/۵۶۴	۰/۶۲۶
مدت ابتلا به پرخوری	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)		
۳ ماه	۶ (۴۰)	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)		
بیش از ۳ ماه	۶ (۴۰)	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)		
ادراک طرد والدین	۶ (۴۰)	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)		
طرد	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)		
فاقد طرد					

آزمون مجذور کای * $p < 0.01$ اختلاف معنی‌دار

سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است.

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار نمرات سازگاری هیجانی و احساس تنهایی برای گروه‌های آزمایش و کنترل در

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار سازگاری هیجانی و احساس تنهایی در زنان مبتلا به اختلال پرخوری شهر نایین در سال ۱۳۹۹ (تعداد در هر گروه = ۱۵)

متغیر	مرحله آزمون	طرح‌واره درمانی	رفتاردرمانی شناختی	کنترل
سازگاری	پیش‌آزمون	۶۴/۰۸ ± ۲/۰۴	۶۵/۷۶ ± ۲/۱۷	انحراف معیار ± میانگین
هیجانی	پس‌آزمون	۳۵/۲۷ ± ۱/۶۲	۴۴/۱۹ ± ۱/۶۶	انحراف معیار ± میانگین
پیگیری	پیگیری	۳۵/۱۶ ± ۳/۲۹	۴۸/۴۷ ± ۲/۷۲	انحراف معیار ± میانگین
احساس	پیش‌آزمون	۵۲/۶۳ ± ۱/۲۷	۵۲/۴۶ ± ۲/۸۶	انحراف معیار ± میانگین
تنهایی	پس‌آزمون	۳۹/۴۳ ± ۲/۵۶	۴۳/۶۴ ± ۲/۴۷	انحراف معیار ± میانگین
پیگیری	پیگیری	۳۹/۹۱ ± ۲/۵۳	۴۷/۴۴ ± ۲/۹۵	انحراف معیار ± میانگین

موجلی نیز معنی‌دار نبود و کرویت ماتریس واریانس - کواریانس در سطح ۰/۰۵ پذیرفته شد و نیازی به استفاده از آزمون‌های دیگر نبود.

در جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری تکراری برای بررسی اثرات عامل و تعاملی ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد تفاوت مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل مراحل و گروه برای دو مؤلفه سازگاری هیجانی و احساس تنهایی حداقل در سطح $p < 0/01$ معنی‌دار است.

به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در متغیرهای تحت مطالعه ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک بررسی شد. نتایج نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها برای مؤلفه سازگاری هیجانی و احساس تنهایی در هر سه مرحله در گروه‌ها رعایت شده است. آزمون لوین نیز حاکی از همسانی واریانس‌ها برای هر دو مؤلفه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. نتایج آزمون ام‌باکس در متغیرهای سازگاری هیجانی و احساس تنهایی معنی‌دار نبود که حاکی از برقرار بودن پیش‌فرض همگنی کواریانس‌ها بود. نتایج آزمون کرویت

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری تکراری برای تأثیر درمان شناختی رفتاری با طرحواره درمانی بر سازگاری هیجانی و احساس تنهایی با توجه به ادراک طرد والدین زنان مبتلا به پرخوری در شهر نایین ۱۳۹۹

متغیرها	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	نسبت F	p	مجذور سهمی اتا
	زمان	۹۱۷۸/۶۷	۲	۹۰۰/۰۶	*.۰/۰۰۱	۰/۹۱۵
	تعامل زمان × گروه	۴۹۹۷/۰۲۸	۴	۲۴۵/۰۲۱	*.۰/۰۰۱	۰/۸۵۴
سازگاری	عضویت گروه	۶۳۷/۴۰	۲	۶۲/۵۰	*.۰/۰۰۱	۰/۴۲۷
هیجانی	تعامل گروه × عضویت گروه × زمان	۳۷۲/۷۸۹	۴	۱۸/۲۸	*.۰/۰۰۱	۰/۳۰۳
	گروه	۶۴۱/۰۳	۲	۶۰/۶۳	*.۰/۰۰۱	۰/۵۹۱
	خطا	۴۴۴/۰۴	۳۹			
	زمان	۴۹۴۹/۰۵	۲	۳۱۴/۲۷	*.۰/۰۰۱	۰/۷۸۹
	تعامل زمان × گروه	۱۱۷۳/۷۸	۴	۳۷/۲۶	*.۰/۰۰۱	۰/۴۷۰
احساس	عضویت گروه	۷۲۸/۷۰	۲	۹/۱۰۴	*.۰/۰۰۱	۰/۳۵۵
تنهایی	تعامل گروه × عضویت گروه × زمان	۲۸۶/۷۳	۴	۹/۱۰۴	*.۰/۰۰۱	۰/۱۷۸
	گروه	۴۲۶/۹۳	۲	۱۶/۰۳	*.۰/۰۰۱	۰/۲۶۷
	خطا	۱۱۱۷/۹۶	۳۹			

* $p < 0/01$ اختلاف معنی‌دار

پیگیری تفاوت معنی‌دار نبود. در گروه رفتاردرمانی شناختی نیز تفاوت نمرات سازگاری هیجانی و احساس تنهایی در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بود ولی بین پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نبود. در گروه دارای ادراک طرد والدین، و همچنین در گروه فاقد ادراک طرد والدین بین طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی تفاوت معنی‌دار وجود داشت.

با توجه به معنادار بودن اثر تعاملی بین متغیرها داده‌ها با آزمون مقایسه زوجی بنفرونی بررسی شد. جدول ۶ نشان می‌دهد درمان‌های شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر سازگاری هیجانی و احساس تنهایی مؤثر بوده‌اند ولی طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری داشته است ($p < 0/01$). تفاوت بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل نیز معنی‌دار بود. در گروه طرحواره درمانی بین نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود داشت ولی بین پس‌آزمون و

جدول ۶ - مقایسه زوجی تفاوت بین گروهی و مراحل آزمون بر اساس میانگین‌های تعدیل‌شده سازگاری هیجانی و احساس تنهایی در زنان مبتلا به پرخوری در شهر نایین ۱۳۹۹

متغیر	منبع تغییرات	مراحل	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار	P	
سازگاری هیجانی	مرحله آزمون	پیش آزمون	۲۸/۸۱	۲/۷۳	*.۰/۰۰۱	
	طرح‌واره درمانی	پیگیری	۲۸/۹۲	۲/۵۱	*.۰/۰۰۱	
		پس آزمون	۰/۱۱	۱/۷۶	۰/۲۱۷	
	مرحله آزمون	پیش آزمون	۲۱/۵۷	۲/۳۹	*.۰/۰۰۱	
	رفتاردرمانی شناختی	پیگیری	۱۷/۲۹	۲/۱۴	*.۰/۰۰۱	
		پس آزمون	- ۴/۲۸	۲/۵۶	*.۰/۰۰۱	
	گروه	طرح‌واره درمانی	رفتاردرمانی شناختی	- ۸/۹۲	۲/۷۴	*.۰/۰۰۱
			کنترل	- ۲۲/۳۸	۲/۵۶	*.۰/۰۰۱
		رفتاردرمانی شناختی	کنترل	- ۲۱/۳۸	۳/۶۷	*.۰/۰۰۱
			رفتاردرمانی شناختی	- ۹/۵۵	۲/۷۴	*.۰/۰۰۱
عضویت گروه	طرح‌واره درمانی	کنترل	- ۱۸/۹۷	۴/۸۷	*.۰/۰۰۱	
		رفتاردرمانی شناختی	- ۹/۴۲	۲/۵۸	*.۰/۰۰۱	
فاقد طرد	طرح‌واره درمانی	رفتاردرمانی شناختی	۳	۲/۷۸	*.۰/۰۰۱	
		کنترل	- ۸/۱۱	۲/۱۶	*.۰/۰۰۱	
عضویت گروه	رفتاردرمانی شناختی	کنترل	- ۱۱/۱۱	۲/۰۸	*.۰/۰۰۱	
		پس آزمون	۱۳/۲	۲/۷۰	*.۰/۰۰۱	
مرحله آزمون	پیش آزمون	پیگیری	۱۲/۷۲	۲/۵۲	*.۰/۰۰۱	
		پس آزمون	- ۰/۴۸	۲/۷۹	۰/۱۸۳	
طرح‌واره درمانی	پیش آزمون	پس آزمون	۸/۸۲	۲/۲۶	*.۰/۰۰۱	
		پیگیری	۵/۰۲	۲/۷۹	*.۰/۰۰۱	
رفتاردرمانی شناختی	پس آزمون	پیگیری	- ۳/۸	۲/۶۹	*.۰/۰۰۱	
		رفتاردرمانی شناختی	- ۴/۲۱	۳/۵۳	۰/۰۰۱	
گروه	طرح‌واره درمانی	کنترل	- ۱۷/۹۴	۲/۷۵	*.۰/۰۰۱	
		رفتاردرمانی شناختی	- ۱۳/۷۳	۲/۸۷	*.۰/۰۰۱	
گروه طرد	طرح‌واره درمانی	رفتاردرمانی شناختی	- ۸/۹۵	۲/۹۷	*.۰/۰۰۱	
		کنترل	- ۱۳/۱۷	۳/۹۸	*.۰/۰۰۱	
گروه فاقد طرد	طرح‌واره درمانی	رفتاردرمانی شناختی	- ۴/۲۲	۲/۷۲	*.۰/۰۰۱	
		رفتاردرمانی شناختی	- ۱۱/۰۷	۳/۴۹	*.۰/۰۰۱	
گروه فاقد طرد	طرح‌واره درمانی	کنترل	- ۱۰/۶۳	۳/۶۹	*.۰/۰۰۱	
		رفتاردرمانی شناختی	۳/۲۰	۲/۸۶	*.۰/۰۰۱	

* $p < 0.01$ اختلاف معنی‌دار

بحث

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر سازگاری هیجانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری با ادراک طرد والدین بود. نتایج نشان داد هر دو روش درمانی بر سازگاری هیجانی افراد مبتلا به اختلال پرخوری مؤثر است ولی طرح‌واره درمانی در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی اثربخش‌تر بوده است. در گروه فاقد

ادراک طرد والدین، رفتاردرمانی شناختی در مقایسه با طرح‌واره درمانی بر سازگاری هیجانی اثربخش‌تر بود که با نتایج پژوهش De Jong و همکاران [۳۳] همخوانی ندارد. ولی با نتایج پژوهش Calvert و همکاران [۱۷] در اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر علائم اختلال پرخوری، با پژوهش Mahmoodian و همکاران [۱۹] در پراش‌تهایی عصبی و پژوهش Erfan و همکاران [۳۴] که طرح‌واره درمانی را بر

تنظیم هیجان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر دانسته است همخوانی دارد. در پژوهش De Jong و همکاران [۳۳] مشخص شد بعد از ۸۰ هفته پیگیری هیچ تفاوتی بین افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به پرخوری وجود نداشت ولی در ۶ هفته اول، درمان شناختی رفتاری علائم اضطراب و افسردگی را کاهش داده است که با پژوهش حاضر همخوانی داشته است. در تبیین یافته‌ها می‌توان مطرح کرد رفتاردرمانی شناختی بر اصلاح و تعدیل ارزیابی متمرکز بر وزن و نگرانی فرد راجع به قضاوت دیگران مثل دوستان و خانواده در رابطه با مشکلات خوردن و ظاهر فرد ارزش‌گذاری شده و بر تغییر در رفتار اولیه تمرکز دارد. در درمان شناختی رفتاری مشکلات بین فردی، تجارب دوران کودکی، محرومیت‌ها و بی‌توجهی به نیازها بررسی نمی‌شوند. همچنین باورها و افکار هسته‌ای که هیجانات و رفتارهای فرد را شکل می‌دهند در درمان شناختی رفتاری فقط با تمرکز بر باورهای غیرمنطقی و چالش با آن‌ها، تغییر سبک‌های اسناد و راهبردهای مسئله‌مدار برای کاهش هیجانات منفی تأثیرگذار است و به طور موقت می‌تواند تنظیم هیجان و خودکنترلی ایجاد کند [۲۰]. در درمان رفتاری شناختی افراد نسبت به هیجانات مثبت و منفی خود و محرک‌های راه‌انداز آگاه می‌شوند و هیجانات خود را مدیریت می‌کنند ولی این درمان همانند درمان متمرکز بر طرحواره بر تجارب هیجانی دوران کودکی و نیازهای اولیه در روابط با والدین تأکید نمی‌کند که همین عامل باعث می‌شود تأثیر درمان رفتاری شناختی در مدت پیگیری کمتر شود. در پژوهش حاضر مشخص شد بعد از یک ماه پیگیری، اثربخشی طرحواره درمانی هنوز پایدار بوده است. هرچند برخی پژوهش‌ها [۱۷، ۱۹، ۳۳] به ثبات و ماندگاری درمان‌ها در مرحله پیگیری نپرداخته‌اند ولی در پژوهش حاضر این ثبات ارزیابی شده است که نشان‌دهنده ماندگاری اثربخشی طرحواره درمانی در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی بود. در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد هسته اصلی طرحواره درمانی، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی مانند فقدان دلبستگی ایمن و غفلت هیجانی است که این تجارب آسیب‌زا موجب ترس از ابراز هیجانات و نقص در سازگار شدن و تنظیم هیجانات می‌شود. با طرحواره درمانی باورهای مرکزی ناکارآمد فرد نشانه گرفته

می‌شوند، به هیجانات فرد اعتبار داده می‌شود و به نیازهای عاطفی توجه بیشتری می‌شود. همچنین چون با ذهنیت سالم بیمار ارتباط برقرار می‌شود، نیازهای هیجانی بهتر ارضا شده، ذهنیت ناسازگار غیرفعال می‌گردد و درمان به صورت عمقی‌تر انجام می‌شود. بنابراین، فرد تعادل هیجانی بیشتری را تجربه می‌کند که می‌تواند بر پایداری مداخله تأثیر بگذارد [۳۵].

مطالعه حاضر نشان داد درمان‌های رفتاری شناختی و طرحواره درمانی، بر احساس تنهایی افراد مبتلا به پرخوری اثربخش بوده است ولی تأثیر طرحواره درمانی بیشتر بوده و اثربخشی آن بعد از ۴ هفته ثبات داشته است که این پایداری درمان برای رفتاردرمانی شناختی مشاهده نشد. پژوهشی که به بررسی تأثیر هم‌زمان طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر احساس تنهایی پرداخته شد یافت نشد. بخشی از نتایج این پژوهش با یافته‌های Smith و همکاران در اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر احساس تنهایی سالمندان [۲۰] و با پژوهش Varaeae و همکاران [۲۲] در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر احساس تنهایی دانشجویان دختر همخوانی دارد. این پژوهش‌ها به پیگیری بعد از درمان نپرداخته‌اند. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان مطرح کرد باور در مورد ارزیابی منفی دیگران از تصویر بدنی و ترس از طرد شدن و احساس بی‌کفایتی و درک نشدن در تعاملات اجتماعی، رفتارهای انزواطلبانه و عقب‌نشینی رفتاری را به دنبال دارد. درمان شناختی رفتاری با به چالش کشیدن افکار و باورهای ناکارآمد و اجتناب از رفتارهای ایمنی‌جو مانند ماندن در خانه و کناره‌گیری جهت دور ماندن از قضاوت منفی دیگران، باورهای منفی که زیربنای احساس تنهایی هستند را شناسایی کرده و به اصلاح آن‌ها می‌پردازد و رفتارهای سالم و مثبت را جایگزین رفتارهای ناکارآمد می‌کند [۲۰].

افراد مبتلا به پرخوری دارای احساس تنهایی، به واسطه فقدان پذیرش و صمیمیت از طرف والدین تحت تأثیر باورهای منفی که در تعامل با دیگران دارند، عقاید خود انزجاری، خودپنداره منفی و خودکفایی نامناسب کمتر از خود احساس رضایت می‌نمایند. این افراد تمایل به برقراری روابط اجتماعی دارند ولی از روابط اجتناب می‌کنند و این اجتناب تمایل فرد به پرخوری افراطی که نماد و جایگزینی برای مراقبین اولیه

می‌شود را افزایش می‌دهد. طرحواره درمانی به دلیل نفوذ در عمق شخصیت و شناخت‌واره‌های بیمار و توجه بیشتر به نیازهای هیجانی و نیازهای عاطفی دوران کودکی در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی اثربخشی بیشتری دارد. طرحواره درمانی با استفاده از فنون تجربی و هیجانی که بخش اعظمی از درمان را شامل می‌شود باعث می‌شود تا فرد نسبت به هیجان‌ات خود و دیگران آگاهی پیدا کند و نقائص آن را شناسایی کند. طرحواره درمانی با تأثیر بر حوزه طرحواره طرد و رهاشدگی و خودگردانی، راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و مسئله‌مدار را تقویت کرده، ترس از قضاوت‌های اجتماعی و حساسیت‌های بین فردی را کاهش داده و به تنظیم رفتارهای هیجانی می‌پردازد. با طرحواره درمانی رفتارهای مقابله‌ای سالم جایگزین راهبردهای اجتناب و تسلیم شده و با به چالش کشیدن طرحواره‌های هیجانی و ناسازگار تنهایی و رفتارهای انزوا گونه انگیزه‌های اجتماعی و ارتباطی تقویت می‌شود [۳]. همچنین فنون هیجانی در طرحواره درمانی در تعاملات کمک می‌کند تا فرد با سازمان‌دهی مجدد هیجان‌ات و تنظیم عاطفه بین فردی راهبردهای سازگارانه‌تر تنظیم هیجان‌ات زمینه را برای کاهش رفتارهای تنهایی برگزیند.

محدودیت پژوهش حاضر، انجام پژوهش بر روی زنان مبتلا به اختلال پرخوری است و در تعمیم نتایج به مردان باید احتیاط شود. محدودیت دیگر، استفاده از پرسشنامه خودگزارشی است. پیشنهاد می‌شود از روش‌های مصاحبه در گزینش بیماران استفاده شود و از حضور زنان و مردان در فرایند پژوهش استفاده شود. همچنین این پژوهش فقط بر روی افراد مبتلا به پرخوری انجام شده که ادراک طرد و عدم

نتیجه‌گیری: هر دو درمان رفتاری شناختی و طرحواره درمانی بر سازگاری هیجانی و احساس تنهایی زنان مبتلا به اختلال پرخوری تأثیر مثبت داشت ولی اثربخشی طرحواره درمانی در بلندمدت، برای افراد مبتلا به پرخوری دارای ادراک طرد والدین، مؤثرتر بود. با توجه به اثربخشی درمان طرحواره پیشنهاد می‌شود از این روش برای زنان مبتلا به اختلال پرخوری که تجربه طرد والدین را داشته‌اند استفاده شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی برای نویسندگان وجود ندارد.

سهم نویسندگان

مقاله از رساله دکتری پریسا سادات برهانی استخراج شده است. شهناز خالقی پور استاد راهنما و حمیدرضا عریضی استاد مشاور رساله بوده‌اند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری با کد شناسایی ۱۷۶۴۸۱۲۸۷۰۴۰۸۱۰ است که بدون دریافت حمایت مالی از سازمانی خاص انجام شده است. پژوهشگر قدردان کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش می‌باشد.

References

1. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolescent Health, Medicin and Therapeutics* 2018;9(1):17-30.
2. Mustelin L, Bulik C, Kaprio J, Keski- Rahkonen A. Prevalence and correlates of binge eating disorder related features in the community. *Appetite* 2017; 109(1):165-171.
3. Dominy J, Johanson B, Koch Ch. Perception of Parental Acceptance in Women with Binge Eating Disorder. *The Journal of Psychology* 2000;134(1):23-36 .
4. Putnick D, Uddin M, Rohner R, Singha, B. Remembrances of parental rejection are associated with loneliness as mediated by psychological maladjustment in young Bangladeshi men but not women. *IJP2020*;55(3):354-363.
5. Vandewalle J, Mabbe E, Debeuf T, Braet C and Moens E. The Daily Relation between Parental Rejection and Emotional Eating in Youngsters: A Diary Study. *Frontier in Psychology* 2017;8(69):1-8.

6. Han S, Kahn J. Attachment, Emotion Regulation Difficulties, and Disordered Eating Among College Women and Men. *TCP* 2017;45(8):1066–1090.
7. Karimie, H. Rejection-acceptance relationship of parents and temperament of sixth grade female students in Fouladshahr city. Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Chamran University of Ahvaz. 2014.
8. Dingemans A, Danner D, Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrient* 2018;1(9): 1-11.
9. Rodriguez-Ramos, Moriana J A, Torres F G, Ruiz -Rubio M. Emotional stability is associated with the MAOA promoter uVNTR polymorphism in women. *Brain Behavior* 2019; 9(9):1376.
10. Monell E, Clinton D, Birgegård A. Emotion dysregulation and eating disorders Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *IJED* 2018;51(8):1–10.
11. Tatsi E, Kamal A, Turvill A, Holler R. Emotion dysregulation and loneliness as predictors of food addiction. *JHSS* 2019;4(1):43-58.
12. Rumas R, Shamblaw A, Jagtap Sh. Predictors and consequences of loneliness during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Research* 2021;13(1):1-8.
13. Cacioppo J, Hawkley S. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *ABM* 2017;40(2):21-34.
14. Gerino E, Rollè L, Sechi C and Brustia P. Loneliness, Resilience, Mental Health, and Quality of Life in Old Age: A Structural Equation Model. *Frontier in Psychology* 2017;8(20):1-12 .
15. Mares S, Burger J, Lemmens L, Elburg A. Evaluation of the cognitive behavioral theory of eating disorders: A network analysis investigation. *Eating behavior* 2021;44:22-31.
16. Palavras M, Hay P, Touyz S, Sainsbury A, da Luz F, Swinbourne J, Estella M, et al. Comparing cognitive behavioural therapy for eating disorders integrated with behavioural weight loss therapy to cognitive behavioural therapy-enhanced in overweight or obese people with bulimia nervosa or binge eating disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *IJED* 2015; (16): 1-10.
17. Calvert F, Smith E, Brockman R, Simpson S. Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Eating Disorders* 2018; 6(1):1-7.
18. Koruk S, Özabacı N. Effectiveness of Schema Therapy on the Treatment of Depressive Disorders: A Meta-Analysis. *Current Approach in Psychiatry* 2018;10(4):470-480.
19. Mahmoudiyandastnaee T, Amiri Sh, Neshatdoost H, Manshaei Gh. Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT On modifying maladaptive schemas in patients 16 to 23 years Bulimia nervosa considering the parental bonding. *Journal of Psychology & Psychiatry* 2019;6 (2):1-15. [Persian]
20. Smith R, Wuthrich V, Johnco C, Belcher R. Effect of Group Cognitive Behavioural Therapy on Loneliness in a Community Sample of Older Adults: A Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Clinical Gerontologist* 2021; 44(4):439-449.
21. Shahmoradi Z, Khaleghipour S, Masjedi M. Comparing Effectiveness of schemas therapy and mindfulness-based cognitive therapy on maladaptive schemas and General Health in patients with vitiligo. *JHPM* 2019;7(6):46-52. [Persian]
22. Varae P, Poordad S, Darabi S. The Effect of Emotional Schema Therapy on Depression and Loneliness in Female Students. *RRJ* 2019;8(2):95-105. [Persian]
23. babadi A, kajbaf M B, nouri A, abedi M R. Lived experiences of obese people in overeating: a study of the psychological reasons for obesity in isfahan. *Journal of Psychological Sciences* 2020;19(86):147-157
24. Makowski AC, Mnich E, Angermeyer MC, Lowe B, Knesebeck OV, Sex differences in attitudes towards females with eating disorders. *Eating Behaviors* 2015;10(17):78-83.
25. Wang X, Ji X. Sample size estimation in clinical research: from randomized controlled trials to observational studies. *Chest* 2020;18(1):12-20.
26. Gormally JI, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors* 1982;7(1):47-55.
27. Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the binge eating scale among Iranian obese population. *Iranian Journal of Psychiatry* 2009;4(4):143-6. [Persian]
28. Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *JPSP* 1980; 39(3): 472–480.
29. Rubio V.J, Aguado D, Hontangas, P. M, Hernández J. Psychometric properties of an emotional adjustment measure: An application of the graded response model. *EJPA* 2007; 23(1):39- 46.

30. Shokri O, Sanaie M, Royaie Z. Psychometric properties of the Emotional Adjustment Scale. educational measurment 2016; 6(23):77-97. [Persian]
31. Rohner RP, Khaleque A. Parental acceptance-rejection questionnaire (PARQ): Test manual. Handbook for the study of parental acceptance and rejection. 2005;4:43-106.
32. Mousavi S, Mazaheri M A, Ghanbari S. Psychometric Properties of Parental and Intimate Partner Acceptance-Rejection in Students. IJPCP 2016; 21(4):327-337. [Persian]
33. De Jong M, Spinhoven P, Korrelboom K, van der Meer I, Danner U, Schoorl M, etal. Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: A randomized controlled trial. IJED 2020;53(5):717-727.
34. Erfan A, Noorbala AA, Karbasi Amel S, Mohammadi A, Adibi P. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design. Advanced Biomedical Research 2018;7(72):1-11. [Persian]
35. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, and Arntz A. Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. Frontier in Psychology 2016; 7(13): 234-251.

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy versus Schema Therapy on Emotional Adjustment and Sense of Loneliness in Women with Binge Eating Disorder with Perception of Parental Rejection

Borhani P¹, Khaleghipour SH², Oreyzi H³

1- PhD Student, Dept of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.

2- Associate Prof, Dept of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran. (Corresponding Author)

Email: sh.khaleghipour@iau.ac.ir, Tel: 09131685498

3- Prof, Dept of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

Received: 24 March 2022

Accepted: 23 May 2023

Introduction: Binge eating disorder (BED), manifested as persistent and compulsive eating, could be the result of affects created due to people's evaluation and perception of their relationships with their parents. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and schema therapy (ST) on emotional adjustment and the sense of loneliness in women with BED who perceived parental rejection.

Materials and Methods: This was a controlled semi-pilot study with a pretest-posttest-follow-up design. The statistical population comprised all individuals with BED visiting diet clinics in Naein, Iran (2020-2021). Using convenience sampling and based on the inclusion and exclusion criteria, a sample of 45 was selected. The participants filled out the Emotional Adjustment Questionnaire (Rubio et al., 2007), the UCLA Loneliness Scale (Russell and Pilva, 1980), and the Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (Abdul Khaleque and Rohner, 2010). They were then randomly allocated to two experimental groups and one control group. The experimental groups received CBT (one 90-minute session per week for 12 weeks) or ST (one 90-minute session per week for 12 weeks), while the control group received no treatment. The data were analyzed using two-way repeated-measures ANCOVA.

Results: There was a significant difference between the ST and CBT groups, on the one hand, and the control group, on the other hand, in terms of emotional adjustment ($\text{Eta} = 0.59$, $p \leq 0.01$, $F = 60.63$) and the sense of loneliness ($\text{Eta} = 0.26$, $p \leq 0.01$, $F = 16.03$). The ST was more effective in the emotional adjustment and the sense of loneliness of the participants with perceived parental rejection. On the follow-up, the effects of this intervention were more persistent than those of CBT ($p \leq 0.01$).

Conclusion: Based on these results, ST appears to be a more effective intervention for improving emotional adjustment and alleviating the sense of loneliness in women with BED and perceived parental rejection.

Keywords: Sense of loneliness, Binge eating disorder, Cognitive behavioral therapy, Emotional adjustment, Schema therapy

Please cite this article as follows:

Borhani PS, Khaleghipour SH, Oreyzi H. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy versus Schema Therapy on Emotional Adjustment and Sense of Loneliness in Women with Binge Eating Disorder with Perception of Parental Rejection. *Community Health Journal* 2023; 17 (2): 13-26.

Funding: This research was funded by the researchers of the Naein Branch, Islamic Azad University, Iran.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest regarding the publication of this article.

Ethical Approval: The Research Ethics Committee of Isfahan Branch, Islamic Azad University, approved the study. (IR.IAU.KHUISF.REC.1400.338)