

## بررسی طرح‌واره‌ها و پیوند والدینی در دختران نوجوان با وزن طبیعی، چاق و یا دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی

زینب شایقیان<sup>۱\*</sup>، دکتر ماریا آگیلار وفاپی<sup>۲</sup>، دکتر سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس

### چکیده

**سابقه و هدف:** در سالهای اخیر شیوع بی‌اشتهایی عصبی و چاقی در نوجوانان افزایش شگرفی داشته است. هدف مطالعه حاضر تعیین تفاوت طرح‌واره‌ها و پیوند والدینی در سه گروه دختران نوجوان دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی، دارای وزن بالا و دارای وزن نرمال بود. **مواد و روشها:** سه گروه ۲۵ نفره از دختران نوجوان شامل دختران دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی (با میانگین سنی ۱۶/۰۸ و میانگین توده بدنی زیر ۱۷ kg/m<sup>2</sup>)، دختران دارای وزن بالا (با میانگین سنی ۱۶/۲۰ و میانگین توده بدنی بالای ۲۷ kg/m<sup>2</sup>) و دختران دارای وزن طبیعی (با میانگین سنی ۱۶/۱۷ و میانگین توده بدنی ۲۰-۲۴ kg/m<sup>2</sup>) از بین ۴۰۳ دختر نوجوان به روش خوشه‌ای مرحله‌ای انتخاب شدند. در این تحقیق از ۳ پرسشنامه سیاهه علائم اختلال خوردن EDI، فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های یانگ YSQ-SF، و ابزار پیوند والدینی PBI استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS ۱۶ با استفاده از روشهای توصیفی و تحلیلی (همبستگی، رگرسیون و تحلیل واریانس) انجام گرفت.

**یافته‌ها:** دختران نوجوان دارای وزن بالا، در مقایسه با دختران دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی و دختران دارای وزن نرمال، گزارش بالاتری از باورهای ناسازگار اولیه به خصوص نوع شرم/نقص داشتند ( $p < ۰/۰۱$ ). دختران دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی (میانگین ۳۱/۴۰ و انحراف استاندارد ۱۱/۷۱) و دختران دارای وزن بالا (میانگین ۳۱ و انحراف استاندارد ۱۳/۵)، نسبت به گروه دارای وزن نرمال (میانگین ۲۳/۴۰ و انحراف استاندارد ۱۳/۳۶)، بیشترین گزارش را از پیوند والدینی ضعیف داشتند ( $p < ۰/۰۵$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس شواهد حاضر، می‌توان استنباط کرد که مکانیزم‌های شناختی از طریق باورهای ناسازگار اولیه، نقش پیش‌بینی‌کننده مهمی در مسأله چاقی دختران نوجوان دارد. همچنین پارامترهای بین فردی، ممکن است به صورت دریافت مراقبت پایین و بیش‌حمایت‌کنندگی مراقبت‌کننده اصلی، در بروز علائم اختلال خوردن و چاقی در نوجوانان مؤثر باشد. بررسی اثر رابطه طرح‌واره‌های اولیه و پیوند والدینی می‌تواند به درک بهتر سبب‌شناسی اختلالهای خوردن کمک کند.

**واژگان کلیدی:** طرح‌واره‌ها، پیوند والدینی ضعیف، اختلال خوردن، بی‌اشتهایی عصبی، نمایه توده بدنی

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Shayeghian Z, Aguilar-Vafaie ME, Rasoolzadeh Tabatabaie K. Core maladaptive schemas and parental bonding among female adolescent with normal weight, overweight and anorexia symptoms. *Pejouhandeh* 2011;16(1):30-8.

### مقدمه

یک بررسی همه‌گیرشناسی در زمینه اختلالهای خوردن، گویای وجود ۰/۰۹٪ بی‌اشتهایی عصبی، ۳/۲۳٪ پرخوری عصبی و ۶/۶۳٪ سندرم خفیف اختلال خوردن در نمونه ۳۱۰۰ نفری مورد بررسی بود (۶). از طرفی شیوع چاقی نیز طبق گزارش ایالات متحده آمریکا تا سال ۱۹۸۰، در کودکان به دو برابر و در نوجوانان به سه برابر افزایش داشته است (۷). ایران همچون بسیاری از کشورهای در حال توسعه، شاهد تجربه همه‌گیری چاقی و عوارض ناشی از آن است. مطالعات همه‌گیرشناسی اخیر نشانگر شیوع برابر و یا بیشتر اضافه وزن و چاقی در ایران

در سالهای اخیر، شیوع بی‌اشتهایی عصبی (۱ و ۲) و چاقی (۳) در نوجوانان، به طور شگرفی افزایش داشته است. چنانچه بی‌اشتهایی عصبی در ۰/۵ تا ۱ درصد دختران نوجوان رخ می‌دهد و شیوع آن در دختران ۱۰ تا ۲۰ برابر پسرهاست (۴) و با میزان بالایی از مرگومیر همراه است (۵). در ایران نیز

\* نویسنده مسؤول مکاتبات: زینب شایقیان؛ تهران، تقاطع جلال ال احمد-چمران، زیر پل نصر دانشگاه تربیت مدرس. دفتر مشاوره دانشگاه؛ پست الکترونیک: shayeghian@yahoo.com

سنین اولیه بین مادر و کودک شکل می‌گیرد و در نتیجه تعاملات عاطفی مکرر بین مراقب و کودک در رابطه طولانی مدت، پیوندهای عمیقی بین آنها حاصل می‌شود، اما وقتی این فرآیند به خوبی ایجاد نشود پیوند ضعیفی شکل می‌گیرد (۱۴). Mellin و همکارانش (۱۵) دریافتند که روابط خانوادگی و انتظارات والدین به عنوان عوامل اصلی حمایت‌کننده به صورت رفتارهای کلیشه‌ای منفی و جبری در زندگی فرد حضور دارند که اغلب نوجوانان مبتلا به اختلالات خوردن و نوجوانان چاق با آن مواجه هستند. Young در سال ۱۹۹۰ برای تبیین رابطه کودک-مادر و استفاده از راهکارهای ناسازگار توسط کودک (مانند اختلال خوردن)، یک سازه سودمند با عنوان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، مطرح کرد (۱۶). منظور از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ساختارهای ذهنی فرضی برای ارائه مفاهیم کلی ذخیره شده در حافظه است که نه تنها برای تفسیر اطلاعات، بلکه در چگونگی رمزگشایی اطلاعاتی که ارائه می‌شوند نیز مهم هستند (۱۷). یانگ (۱۸) بیان داشت که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نتیجه تجارب بین‌فردی منفی در طول نخستین سالهای زندگی در درون و بیرون خانواده است. این باورهای اولیه اساساً ارزیابی فرد از جهان، دیگران و روابط با دیگران را مشخص می‌کند. از آنجا که مرور کلی وضعیت دانش مربوط به عوامل خطر ساز اختلال خوردن ناکام‌کننده است (۱۹) و با توجه به اهمیت مسأله اختلالات خوردن که در ردیف یکی از ۱۰ علل اصلی مرگ‌ومیر زنان جوان قرار دارد (۲۰)، این مطالعه با هدف تعیین طرح‌واره‌ها و پیوند والدینی در سه گروه دختران نوجوان دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی، وزن طبیعی و چاق انجام گرفت.

## مواد و روشها

جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع دوم متوسطه مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ در دبیرستانهای دولتی شهر تهران بود. نمونه مورد بررسی، متشکل از نوجوانان ۱۸ کلاس (۴۰۳ نفر) بود که به شیوه خوشه‌ای چند مرحله‌ای از مناطق جنوب و مرکز و شمال شهر تهران به تصادف انتخاب شدند. سپس قد و وزن آزمودنیها، برای محاسبه نمایه توده بدنی اندازه‌گیری شد و بعد از آن، آزمودنیها به تکمیل ۳ پرسشنامه مورد نظر تحقیق پرداختند. سپس بر اساس داده‌های بدست آمده از BMI و نمرات EDI سه گروه نمونه انتخاب شدند که شامل ۲۵ دختر نوجوان دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی (با میانگین سنی

در مقایسه با اروپا و امریکا است. در بررسی همه‌گیرشناسی دیگری در ایران، شیوع چاقی و اضافه وزن در یک نمونه ۱۰۰۴ نفره به ترتیب برابر ۳/۱٪ و ۱۱/۹٪ بود (۸). چاقی به احتمال بیشتری با پیامدهای نامطلوب روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی همراه است و نوجوانان دارای وزن بالا در مقایسه با همسالان دارای وزن طبیعی به احتمال بیشتری نگرانی و مشغولیت فکری نسبت به وزن و بازداري رفتاری مثل رژیم‌های مزمز و پرخوری را از خود نشان می‌دهند (۵).

از ویژگیهای تشخیصی علائم بی‌اشتهایی عصبی؛ خودداری از حفظ کمترین وزن بهنجار بدن، ترس شدید از افزایش وزن و اختلال قابل ملاحظه در درک تصویر یا اندازه بدن است که در صورت شدت یافتن اختلال، مهمترین پیامد آن مرگ است. گرچه در چهارمین مجموعه تشخیصی آماری انجمن روانپزشکی امریکا (۱۹۹۴) بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی به عنوان عمده‌ترین اختلالات خوردن شناخته شده‌اند (۹)، اما در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها (ICD)، چاقی نیز به عنوان یک بیماری جسمانی گنجانده شده است که در چهارمین مجموعه تشخیصی آماری انجمن روانپزشکی امریکا (۱۹۹۴) وجود ندارد، زیرا ثابت نشده است که چاقی به‌طور قطع با یک نشانگان روانی یا رفتاری مرتبط است. با این حال شواهد موجود نشان می‌دهد که عوامل روانی در سبب‌شناسی یا سیر چاقی اثرگذار است، لذا بررسی عوامل روانشناختی مؤثر بر بیماریهای جسمانی مهم است (۱۰).

برخی تحقیقات گویای آن است که دختران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی و دختران چاق خودباوریهای منفی دارند و بیشتر باورهای آنها در طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، ترس از ترک شدن، سلطه‌پذیری و خودکنترلی ناکافی گزارش شده است (۱۱). در سبب‌شناسی اختلالات خوردن عوامل متعددی از قبیل عوامل زیست‌شناختی، روان‌پوشی، روان‌شناختی و محیطی را ذکر کرده‌اند. یکی از این عوامل، عوامل محیطی و خانوادگی است، گرچه هیچ مجموعه خانوادگی خاصی برای این اختلال توصیف نشده است معهداً شواهدی وجود دارد که مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی روابط نزدیک نامناسبی با والدین خود دارند (۱۲).

دانستن رابطه بین طرح‌واره‌ها (باورهای ناسازگار اولیه) و سبکهای ناسازگار کنترل والدینی در تشخیص نیازهای خانواده‌هایی که مشکلات خوردن دارند، سودمند است. چرا که طرح‌واره‌های ناسازگار (باورهای ناسازگار اولیه) از کنترل مؤثر مشکلات تغذیه کودکان جلوگیری می‌کند (۱۳). منظور از پیوند والدینی در تحقیق حاضر، فرآیند دلبستگی است که در

شامل ۷۵ سوال ۶ گزینه‌ای (از کاملاً در مورد من صدق می‌کند: ۶ تا اصلاً در مورد من درست نمی‌باشد: ۱) می‌باشد (۲۶). اعتبار مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶۴ و برای تمام خرده مقیاسها بالا بود (۲۷) و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ در یک جمعیت غیربالینی بدست آمد. این پرسشنامه روایی افتراقی (۰/۹۰) و همگرایی (۰/۸۵) خوبی دارد (۲۸) و در مطالعه Waller و همکاران، ثبات درونی محاسبه شده برای عوامل پرسشنامه از ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ به دست آمد (۲۹). در نمونه ایرانی نیز، همسانی درونی برای ۱۵ عامل به وسیله ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ به دست آمد. تحقیق صدوقی (۳۰) نیز که به بررسی رابطه حساسیت پردازش حسی و طرح‌واره‌ها پرداخته بود، نشان داد که این پرسشنامه از روایی و پایایی زیادی برخوردار است و آلفای کرونباخ محاسبه شده برای مقیاس کلی ۰/۹۴ بود.

- ابزار پیوند والدینی (The Parental Bonding Instrument: PBI): این ابزار سبکهای پیوند والدینی را می‌سنجد. این مقیاس خودتوصیفی، ابزاری گذشته‌نگر است و برای نوجوانان شانزده سال به بالا، کاربرد دارد (۳۱). این ابزار دارای ۲۵ سوال ۴ گزینه‌ای می‌باشد که ۱۲ سؤال، مراقبت و ۱۳ سؤال، بیش از حد حمایت‌کنندگی را بررسی می‌کند. نمرات بالا در مقیاس مراقبت، منعکس‌کننده والدینی گرم، مهربان و همدل می‌باشد. نمرات پایین در مقیاس مراقبت، گویای والدین سرد و طردکننده و بی‌توجه است. نمرات بالا در مقیاس بیش از حد حمایت‌کننده بیانگر والدین کنترل‌کننده، مزاحم و افرادی است که تمایل دارند کودکشان همیشه بچه بماند. از سوی دیگر نمرات پایین در مقیاس بیش از حد حمایت‌کننده منعکس‌کننده والدینی است که به کودک آزادی می‌دهند و موجبات استقلال آنها را فراهم می‌سازد (۳۲). در بررسیهای اولیه اعتبار آزمون توسط پارکر (۳۳) از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس مراقبت، ۰/۶۲ تا ۰/۶۳ و برای مقیاس بیش از حد حمایت‌کنندگی ۰/۶۶ تا ۰/۸۷ بدست آمد. نمرات بالا در بعد بیش از حد حمایت‌کنندگی و نمرات پایین در بعد مراقبت به پیوند مشکل‌دار اشاره دارد (۲۶). PBI دارای روایی همگرایی بالایی است (۰/۸۱) و از حالات خلقی مستقل است (۳۴).

در تحقیق حاضر، نمره پیوند والدینی ضعیف (متشکل از مراقبت پایین و بیش‌حمایت‌کنندگی) مد نظر قرار گرفته است. این امر از نظریه پارکر (۳۳) اقتباس شده است که پیوند والدینی ضعیف را متشکل از مراقبت پایین و بیش‌حمایت‌کنندگی می‌داند.

۱۶/۰۸ و میانگین توده بدنی زیر  $17 \text{ kg/m}^2$ ، ۲۵ دختر نوجوان دارای وزن بالا (با میانگین سنی ۱۶/۲۰ و میانگین توده بدنی بالای  $27 \text{ kg/m}^2$ ) و ۲۵ دختر نوجوان دارای وزن طبیعی (با میانگین سنی ۱۶/۱۷ و میانگین توده بدنی ۲۰ تا  $24 \text{ kg/m}^2$ ) بود.

اطلاعات لازم برای این تحقیق، از اجرای ۳ آزمون به طور همزمان و اندازه‌گیری قد و وزن آزمودنیها (برای محاسبه توده کلی بدن یا Body mass index (BMI) که از تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر محاسبه گردید) به دست آمد. آزمون‌های پژوهش شامل موارد زیر بود:

- سیاه اختلال خوردن (The Eating Disorder Inventory-EDI): سیاه اختلال خوردن یک مقیاس ۶۴ سؤالی خودتوصیفی برای ارزیابی ویژگیهای روانشناختی و نشانه‌های مرتبط با بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی می‌باشد. این پرسشنامه یکی از مهمترین ابزارهای استاندارد است که نه تنها جنبه‌های نشانه‌شناسی اختلالهای خوردن را می‌سنجد بلکه آسیب‌شناسی بنیادین شخصیت را نیز می‌سنجد (۱). این پرسشنامه شامل ۸ زیر مقیاس است که می‌تواند به دو بعد مهم بالینی نگرشهای خوردن، و ویژگیهای بدکارکردی من (Ego dysfunction characteristic) تقسیم شود (۲۱). در مطالعه حاضر، فقط زیرمقیاسهای علائم اختلال خوردن که مرتبط با مؤلفه نگرش خوردن می‌باشد، یعنی گرایش به لاغری، پرخوری و عدم رضایت از تصویر بدنی مورد استفاده قرار گرفت. این آزمون دارای روایی تشخیصی (۰/۷۳) و همگرایی (۰/۶۹) و با طبقه‌بندی بالینی رابطه مثبتی دارد (۲) و روایی تشخیصی خوبی (۰/۷۳) دارد (۲۲). به‌عنوان مثال، گارنر و همکارانش (۱) همبستگی درونی زیرمقیاسهای این سیاه را در دامنه‌ای از ۰/۳۰ تا ۰/۵۸ گزارش کردند (روایی سازه). در نمونه ایرانی، دامنه ۰/۳۴ تا ۰/۶۶ به‌دست آمد. آلفای کرونباخ سیاه، ۰/۷۶ بدست آمد که از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است (۲۳).

- فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های یانگ (Young Schema Questionnaire: Short For: YSQ-SF): این ابزار به بررسی طرح‌واره‌ها یا باورهای ناسازگار اولیه می‌پردازد، باورهای ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح شناخت است و موضوعات ثابت و دراز مدتی‌اند که در دوران کودکی به وجود می‌آیند، به زندگی بزرگسالی راه می‌یابند و تا حد زیادی ناکارآمدند. نسخه اصلی پرسشنامه طرح‌واره‌ها توسط یانگ (۲۴) برای اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ساخته شد و اما فرم کوتاه آن در سال ۱۹۹۸ توسط یانگ برای اندازه‌گیری ۱۵ روان‌بنه ناسازگار اولیه ساخته شد (۲۵). این ابزار خودتوصیفی،

خوردن معکوس و معنادار، و همبستگی بقیه متغیرها مستقیم و معنادار بود (جدول ۲). متغیر باورهای ناسازگار اولیه ۳۳٪ واریانس پیوند والدینی ضعیف را تعیین می‌کند و ضرایب بتا و ضریب تعیین (جدول ۳) رابطه معنادار و مثبت باورهای ناسازگار اولیه و پیوند والدینی را نشان می‌دهد.

توزیع سه گروه مورد بررسی براساس میانگین نمره باورهای ناسازگار اولیه و مؤلفه‌های آن، و پیوند والدینی ضعیف و مؤلفه‌های آن، همراه با نتیجه آنالیز واریانس و آزمون تعقیبی توکی به ترتیب در جدول ۴ و ۵ نشان داده شده است.

اطلاعات گردآوری شده از طریق پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۶ و از طریق تحلیل‌های همبستگی، رگرسیون و تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شد.

## یافته‌ها

بین سن گروه‌های مورد بررسی تفاوت معناداری وجود نداشت اما میانگین نمایه توده بدنی، بین سه گروه متفاوت و در گروه دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی بسیار پایین‌تر از دو گروه بعدی است (جدول ۱). همبستگی نمایه توده بدنی با علائم اختلال

جدول ۱- میانگین سن و نمایه توده بدنی در سه گروه مورد بررسی

شاخص	گروه اول		گروه دوم		گروه سوم		کل نمونه (N=۷۵)
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
سن	۱۶/۰۸	۰/۲۷۵	۱۶/۲۰	۰/۳۷۲	۱۶/۱۷	۰/۳۷۰	۰/۳۴۰
نمایه توده بدنی	۱۶/۲۸	۰/۹۳۶	۲۸/۲۴	۲/۷۶	۲۲/۵۶	۱/۱۹	۵/۲۵

جدول ۲- همبستگی‌های بین طرح‌واره‌ها، باورهای اختلال خوردن و علائم اختلال خوردن با پیوند والدینی و نمایه توده بدنی

متغیرها	علائم اختلال خوردن	پیوند والدینی ضعیف	باورهای ناسازگار اولیه	نمایه توده بدنی
علائم اختلال خوردن	۱			
پیوند والدینی ضعیف	۰/۳۲*	۱		
باورهای ناسازگار اولیه	۰/۴۲**	۰/۶۰***	۱	
نمایه توده بدنی	-۰/۶۴***	۰/۳۰*	۰/۲۳*	۱

(\*P < ۰/۰۵ \*\*P < ۰/۰۱)

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون متغیر پیوند والدینی ضعیف و باورهای ناسازگار اولیه

متغیر پیش‌بین	منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری F
رگرسیون	۵۱۹۵۱	۱	۵۱۹۵۱	۵۱۹۵۱	۳۵/۱۲	۰/۰۰۰۱
باقیمانده	۱۰۷۹۹	۷۳	۱۴۷۹	۱۴۷۹		
کل	۱۵۹۹۴	۷۴				

## بحث

مطالعات اخیر در زمینه اختلال‌های خوردن و علائم آن مثل رفتارهای مختل خوردن، نشان می‌دهد که عوامل متعددی در تحول این اختلالها نقش دارند. این عوامل شامل عوامل فردی، مثل کنش روانشناختی و زیست‌شناسی، عوامل فرهنگی، مثل خانواده و فرهنگ، عامل زیست‌شناسی مثل جنس و BMI، عوامل روانشناختی مثل افسردگی و عزت نفس و عوامل اجتماعی فرهنگی مثل خانواده و عضو گروه اقلیت بودن، نژاد و... می‌باشد (۳۴). هدف از مطالعه حاضر، تعیین طرح‌واره‌ها و پیوند والدینی در سه گروه دختران نوجوان دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی و

نوجوانان دختر دارای وزن بالا و نوجوانان دختر دارای وزن طبیعی بود. نخستین یافته‌های پژوهش گویای این مطلب است که BMI با علائم اختلال خوردن، پیوند والدینی ضعیف و طرح‌واره‌های ناسازگار به طور مثبت و معناداری همبستگی دارد. BMI پایین‌تر با مقدار بیشتری از طرح‌واره‌های ناسازگار همراه بود. مطالعات قبلی شواهدی نشان دادند که BMI پایین دلالت بر ناکارآمدی‌های شناختی نیز دارد (۳۵). فازینو و همکاران (۳۶)، محاسبه BMI را به عنوان یکی از رهنمودهای مهم در تشخیص اختلال‌های خوردن می‌دانند.

سه گروه دختران نوجوان دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی و

جدول ۴- تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه سه گروه نمونه بر اساس باورهای ناسازگار اولیه و مؤلفه‌های آن

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
باورهای ناسازگار اولیه	گروه اول	۱۸۲/۴۰	۴۵	۰/۰۱
	گروه دوم	۱۹۶/۳۶	۴۴/۷	
	گروه سوم	۱۵۸/۲۰	۴۲/۵	
محرومیت هیجانی	گروه اول	۱۱/۸۸	۶/۰۹	۰/۳۹
	گروه دوم	۱۱/۹۲	۵/۰۸	
	گروه سوم	۱۰/۰۸	۵/۰۷	
رهاشدگی	گروه اول	۱۴/۴۸	۶/۳۹	۰/۰۵
	گروه دوم	۱۷/۲۰	۶/۴۱	
	گروه سوم	۱۳/۴۴	۶/۲۴	
بی‌اعتمادی	گروه اول	۱۲/۰۴	۵/۵۱	۰/۱۲
	گروه دوم	۱۲/۲۰	۵/۰۲	
	گروه سوم	۱۱/۷۶	۳/۵۶	
انزوای اجتماعی	گروه اول	۱۱/۷۶	۶/۹۳	۰/۱۹
	گروه دوم	۱۳/۲۰	۶/۴۲	
	گروه سوم	۱۱/۰۴	۴/۷۷	
شرم / نقص	گروه اول	۸/۲۸	۴/۴۰	۰/۰۱
	گروه دوم	۹/۴۸	۴/۵	
	گروه سوم	۷/۸۸	۳/۱۹	
شکست در هدف	گروه اول	۹/۲۴	۵/۱۴	۰/۳۷
	گروه دوم	۹/۷۶	۵/۳۸	
	گروه سوم	۸/۶۰	۳/۵۰	
وابستگی	گروه اول	۷/۸۰	۲/۹۳	۰/۲۹
	گروه دوم	۸/۸۴	۴/۱۹	
	گروه سوم	۷/۷	۲/۹	
آسیب‌پذیری به ضرر	گروه اول	۹/۶۸	۵	۰/۰۵
	گروه دوم	۱۲/۰۸	۶/۳	
	گروه سوم	۱۰/۸	۷	
گرفتاری	گروه اول	۱۱/۱۲	۵/۴۲	۰/۱۴
	گروه دوم	۱۱/۶	۵/۹	
	گروه سوم	۱۰/۲۰	۴/۷۶	
اطاعت	گروه اول	۱۲/۰۴	۵/۸۴	۰/۱۳
	گروه دوم	۱۱/۷۲	۵/۷۸	
	گروه سوم	۹/۲۸	۴/۰۹	
ایثار	گروه اول	۱۷/۷۶	۵/۴۶	۰/۰۵
	گروه دوم	۱۸/۴۸	۵/۸۸	
	گروه سوم	۱۴/۹۶	۵/۵۹	
بازداری هیجانی	گروه اول	۱۲/۲۰	۵/۲۰	۰/۱۵
	گروه دوم	۱۱/۳۶	۴/۵۲	
	گروه سوم	۹/۶۴	۴/۴۵	
معیارهای سرسختانه	گروه اول	۱۶/۸۸	۴/۴۴	۰/۰۵
	گروه دوم	۱۸/۵۶	۶/۵۲	
	گروه سوم	۱۴/۱۶	۶/۲۲	
استحقاق	گروه اول	۱۵/۶۸	۵/۰۸	۰/۰۵
	گروه دوم	۱۶/۶۴	۶/۳۲	
	گروه سوم	۱۲/۸۸	۴/۵۱	
خوب‌بستن داری ناکافی	گروه اول	۱۱/۵۶	۵/۰۵	۰/۱
	گروه دوم	۱۲/۶۰	۵/۰۸	
	گروه سوم	۱۰/۹۲	۵/۲۵	

جدول ۵- تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه سه گروه نمونه بر اساس پیوند والدینی ضعیف و مؤلفه‌های آن

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	آنووا	سطح معناداری	
پیوند والدینی ضعیف	گروه اول	۳۱/۴۰	۱۱/۷۱		
	گروه دوم	۳۱	۱۳/۵	۳/۱۶	۰/۰۵
	گروه سوم	۲۳/۴۰	۱۳/۳۶		
مراقبت پایین	گروه اول	۹/۹۲	۹/۹۶		
	گروه دوم	۹/۲۸	۸/۴۸	۱/۴۸	۰/۲
	گروه سوم	۶/۹۶	۷		
بیش حمایت‌کنندگی	گروه اول	۲۲/۱۲	۷/۵۵		
	گروه دوم	۲۱/۳۶	۶/۹۷	۳/۷۱	۰/۰۵
	گروه سوم	۱۶/۹۲	۷/۳۱		

می‌شود که نتیجه تجارب منفی بین فردی طی سالهای نخست زندگیست (۱۷) و چنین تجاربی می‌تواند منجر به تحول بی‌نظمیهای هیجانی در فرد شود (۴۴) و این بی‌نظمیهای هیجانی ممکن است منجر به مشکلات خوردن (۴۵) و بروز رفتارهای تکانه‌ای و ناپهنگام (۴۶) در وی شوند.

ترنر و همکاران (۷) بیان کردند که نوجوانان دارای وزن بالا در مقایسه با همسالان دارای وزن نرمال، فشارهای روان‌شناختی بیشتری را گزارش کرده‌اند. عملکرد آنها در مدرسه و تحصیل، پایین‌تر، اما در درماندگی هیجانی، بالاتر بود. کوپر و همکاران (۱۲) نیز بیان داشتند که دختران چاق خودباوریهای منفی بیشتری نسبت به دختران لاغر و متوسط دارند و طرح‌واره آنها حول محرومیت هیجانی، ترس از ترک شدن و خودکنترلی ناکافی است. والر و همکاران (۲۷) دریافتند که فراوانی نشانه‌شناسی پرخوری با طرح‌واره‌های اولیه رابطه مثبت و معناداری دارد.

همچنین یافته‌ها همسو با تحقیق لانگ می‌باشد (۳۷). وی بیان داشت که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال خوردن تحت تأثیر ادراکهای پیوند والدینی قرار دارد و میانجی روابط پیوند والدینی (مراقبت والدینی) و نشانه‌های اختلال خوردن و شدت رفتارهای پرخوری روانی می‌باشند.

طبق یافته دیگر تحقیق، پیوند والدینی ضعیف در دختران دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی و دختران دارای وزن بالا به طور معناداری بیش از گروه دارای وزن طبیعی می‌باشد. روابط فرزند-والد و روشهای نامناسب فرزندپروری به عنوان یکی از عوامل مهم در مدل چندعاملی سبب‌شناسی اختلال خوردن پذیرفته شده‌اند. زنان مبتلا به اختلال خوردن روابط منفی‌تری را در رابطه با والدینشان گزارش دادند. همچنین سبک والدین کسانی که مبتلا به اختلال خوردن بودند متفاوت بود، چنانچه آنها مادرانشان را به صورت بیش‌حمایت‌کننده، کنترل‌کننده، مداخله‌کننده و پدرانیشان را به صورت سرد، گوشه‌گیر و غیرفعال توصیف کردند (۲۷). خانواده، محیط و رسانه‌ها اثر زیادی بر نگرش دختران جوان نسبت به شکل بدنی، رژیم و

لانگ و همکاران (۳۷) نشان دادند که میان رفتارهای ناسالم پیوند والدینی و باورهای ناسازگار اولیه در اختلالهای خوردن رابطه قوی وجود دارد. عملکرد مختل خانواده با آسیب‌شناسی روانی اختلالهای خوردن ارتباط دارد و در این رابطه، باورهایی که طرح‌واره‌ها را فعال می‌کنند به عنوان میانجی مطرح می‌شوند (۳، ۲۶، ۳۸ و ۳۹). همچنین در حوزه اختلالهای خوردن مشخص شده است که تجارب آسیب‌زا یا منفی اولیه منجر به شکل‌گیری روان‌بنه‌های ناسازگاری است که اغلب با مقاومت و عاطفه بالا در مقابل تغییر، همراه است (۴۰). به علاوه، چنین باورهایی ممکن است با آسیب‌شناسی خوردن از طریق منزوی کردن خود برای جبران طرح‌واره مرتبط باشد (۴۱).

یافته‌های دیگر تحقیق، نشان داد که طرح‌واره‌ها (باورهای ناسازگار اولیه) در دختران دارای وزن بالا، بیشتر از دختران نوجوان دارای علائم اختلال خوردن است و طرح‌واره‌های ناسازگار هر دو گروه بطور معناداری بیش از نوجوانان دارای وزن نرمال می‌باشد. یک نیز در تحقیقات خود (۴۲) نشان داد که BMI در رابطه آداب غذایی و مشکلات خوردن نقش میانجی را ایفا می‌کند و به نظر می‌رسد که BMI یک عامل بنیادی در آداب خوردن باشد و بر آداب خوردن کودکی اثرگذار است. از طرفی این احتمال نیز وجود دارد که آداب خوردن بر BMI اثر بگذارد. BMI با قوانین تشویق و منع رابطه دارد به این معنا که اشخاصی که BMI بالاتری دارند (افراد چاق) قوانین بیشتر تشویق و منع غذایی را در تاریخچه زندگی خود به خاطر می‌آورند. منع غذایی نیز ممکن است منجر به ترجیح‌گذاری شود که احتمالاً سبب افزایش وزن می‌شوند و این قوانین بیشتر بر دختران اعمال می‌شود، چرا که لاغر بودن، هم برای مادران و هم برای دختران مهم است (۴۳). همانطور که تحقیق یانگ و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داده است، همین معناها و قوانین سخت، سبب ساخته شدن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مورد خوردن و کنترل وزن و متعاقباً رفتارهای نامناسب خوردن در فرزندان این خانواده‌ها

بسیار ارزشمند می‌باشد، زیرا روابط نابهنجار خانواده به خاطر تأثیرات طولانی مدت، از اهمیت خاصی برخوردارند (۳۸).

### نتیجه‌گیری

بر اساس شواهد حاضر، می‌توان چنین استنباط کرد که مکانیزم‌های شناختی از طریق باورهای ناسازگار اولیه، نقش پیش‌بینی‌کننده مهمی در مسأله چاقی دختران نوجوان دارد. همچنین پارامترهای بین فردی، ممکن است به صورت دریافت مراقبت پایین و بیش‌حمایت‌کنندگی مراقبت‌کننده اصلی، در بروز علائم اختلال خوردن و چاقی در نوجوانان مؤثر باشد. بررسی اثر رابطه طرح‌واره‌های اولیه و پیوند والدینی ممکن است به درک بهتر سبب‌شناسی اختلال‌های خوردن کمک کند.

### تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کرده‌اند به خصوص مسؤولین آموزش و پرورش تهران کمال تشکر و قدردانی را داریم.

خوردن دارند. گرچه این نگرش اغلب در محیط خانوادگی، از مادران به دختران منتقل می‌شود. خانواده، عامل اجتماعی زمینه‌ساز اولیه است که می‌تواند به عنوان عاملی فعال در نظر گرفته شود (۴۲). این دیدگاه بیان می‌کند که مادران مبتلا به اختلال خوردن، تصویر بدنی و رژیم غذایی را به دخترانشان منتقل می‌کنند. والدین، نقش فعالی بر اختلال خوردن کودکان دارند و در این بین اثر کلی محیط نباید نادیده گرفته شود (۴۳). بالبی (۴۷) نیز بر نقش مرکزی روابط والد-کودک در تحول بهنجار تأکید نموده است. همسو با یافته این تحقیق، هاسلام و همکاران (۴۸) در تحقیقات خود نشان دادند که طرد والدین با آسیب‌شناسی اختلال‌های خوردن رابطه دارد. همچنین نتایج بررسی مورای، والر و لگ (۴۹) نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال خوردن در مقایسه با افراد سالم، الگوهای متفاوتی از رفتارهای اجتماعی و متمرکز بر بدن را در مدت کودکی نشان دادند که به وسیله خودآزاری، طرد و تمسخر بدنی، وضعیت خانوادگی و فقدان صمیمیت توصیف شده‌اند. بررسی تعامل کودک-والد در اختلال‌های خوردن،

## REFERENCES

- Rosen JC, Silberg NT, Gross J. Eating attitudes test and eating disorders inventory: norms for adolescent girls and boys. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(2):305-8.
- Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2(2):15-34.
- Turner HM, Rose KS & Cooper MJ. Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The meditating role of core beliefs. *Eat Behav* 2005;6(2):113-8.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/Clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- Cooper M, Cohen-Tovée E, Todd G, Wells A, Tovée M. The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. *Behav Res Ther* 1997;35(4):381-8
- Nobakht M. Epidemiology of disorders in the feedback second year high school girl students in Tehran 76-77 (Dissertation). Mashhad: Mashhad university; 2000. (Text in Persian)
- Turner HM, Rose KS, Cooper MJ. Schema and parental bonding in overweight and non overweight female adolescents. *Int J Obes (Lond)*. 2005;29(4):381-7.
- Barzin M, Mirmiran P, Afghan M, Azizi F. The prevalence of obesity, central obesity and their relationship with nutritional status and physical activity among 18 to 25 year-old females referring to premarriage consultation centers (Tehran, Iran, Summer 2008). *Pejouhandeh* 2009;14(2):59-65. (Full text in Persian)
- Dadsetan P. Developmental pathogenesis psychology. Tehran: Samt publication; 2002. (Text in Persian)
- Vander Wal JS, Gibbons JL, Grazioso Mdel P. The sociocultural model of eating disorder development: Application to a Guatemalan sample. *Eat Behav* 2008;9(3):277-84.
- American psychiatry association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR fourth edition. USA: American Psychiatric Publication;2000.
- Cooper MJ, Rose KS, Turner HM. Core beliefs and the presence or absence of eating disorder symptoms and depressive symptoms in adolescent girls. *Int J Eat Disord* 2005;38(1):60-4.
- Blissett J. Maternal core beliefs and children's feeding problems. *Int J Eat Disord* 2005;37(2):127-34.
- Chambers JA, Power KG, Loucks N, Swanson V. Psychometric properties of the parental bonding instrument and its association with psychological distress in a group of incarcerated young offenders in Scotland. *S Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35(7):318-25.
- Mellin AE, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland M, Resnick MD. Unhealthy behaviours and psychosocial difficulties among overweight adolescents: the potential impact of familial factors. *J Adolesc Health* 2002;31(2):145-53.

16. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (revised edition). Sarasota, Florida: Professional Resource Press Inc; 1990.
17. Young JE, Klosko S, Weishaar M. Schema therapy: A practitioner's guide. J Psychosom Res 2003;57:113-6.
18. Young JE. Schema focused diagnosis for personality disorders. In Kaslow FW, editor. Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns. 1<sup>st</sup> ed. New York: Wiley-Interscience; 1996.
19. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—A critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 2005;15(4):357-76.
20. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. Am Psychol 2007;62(3):181-98.
21. Norring CEA. The eating disorder inventory: its relation to diagnostic dimensions and follow-up status. Int J Eat Disord 1990;9(6):685-94.
22. Jones C, Harris G and leung N. Parental rearing behaviours and disorders: The moderating role of core beliefs. Eat Behav 2005;6(4):355-64.
23. Shayeghian Z, Agilar vafae M. The evaluation of psychometric properties of eating disorder beliefs Questionnaire. Olomraftari Jornal. T 2010;6 (2):1-13. (Full text in Persian)
24. Young JE. The young schema questionnaire: Short form (serial online) 1998 Jan-Mar [cited 1998 Jun 5]; Available from: <http://www.Schematherapy.com>
25. Ahi Gh. Normalization of young schema questionnaire: Short form (Dissertation). Tehran: Allameh University; 2006.
26. Meyer C, Gillings K. Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. Int J Eat Disord 2004;35(2):229-33.
27. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long & short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. Cognit Ther Res 2001;25(2):137-47.
28. Babayi S. Relationship between core beliefs and ability of eating self-control with eating disorders symptoms (Dissertation). Tehran: Beheshti University; 2006. (Text in Persian)
29. Waller G, Dickson C, Ohanian V. Cognitive content in bulimic disorders core beliefs and eating attitudes. Eat Behav 2002;3(2):171-8.
30. Sadooghi Z. parental bonding styles, sensational- perceptual processes and cognitional function of internet (Dissertation). Tehran: Tarbiat Modarres University; 2007. (Text in Persian)
31. Luck A, Waller G, Meyer C, USSHER Michael, Lacey H. The role of schema processes in the eating disorders. Cognitive therapy Res 2005; 29(6):717-732.
32. Canetti L, Bachar E, Galili-Weisstub E, Kaplan-DeNour A, Shalev AY. Parental bonding and mental health in adolescence. Health Care Ind 1997;32:381-94.
28. Parker G. Parental Overprotection: A Risk Factor in Psychosocial Development. New York: Grune & Stratton Inc; 1983.
33. Parker G, Tupling H, Brown LB. The parental bonding instrument. Br J Med Psychol 1979;52:1-10.
34. Rose KS, Cooper MJ, Turner H. The eating disorder belief questionnaire: Psychometric properties in an adolescent sample. Eat Behav 2006;7(4):410-8.
35. Braitman KA. Relationships among body satisfaction, appearance schemas, early maladaptive schemas, and sociocultural attitudes towards appearance (Dissertation). Carbondale: Southern Illinois University; 2001.
36. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Daga GA, Amianto F, Rovera G, et al. Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder. Compr Psychiatry 2002;43(6):431-7.
37. Leung N, Thomas G, Waller G. The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. Br J Clin Psychol 2000;39 ( Pt 2):205-13.
38. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. Int J Eat Disord. 1997 Dec;22(4):339-60.
39. Shayeghian Z, Vafae M, Rasolzadeh Tabatabay K. The mediating role of maladaptive core beliefs and eating disorder beliefs in the relationship between parental bonding and eating disorder symptoms. Adv Cogn Sci 2010;11(4): 29-39. (Full text in Persian)
40. Cooper MJ, Rose KS, Turner HM. The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms; Eat Behav 2006;7(1):27-35.
41. Cooper MJ, Hunt J. Core beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. Behav Res Ther 1998;36(9):895-8.
42. Back E. Adolescent eating problems (Dissertation). Uppsala: Uppsala University; 2005.
43. Striegel-Moore RH, Cachelin FM. Etiology of eating disorders in women. Counseling Psychologist 2001;29(5):635–61.
44. Lineham M. Cognitive- behavioural treatment of borderline personality disorders. New York: Gilford; 1993.



45. Crostophine E, Mountford V, Tomlinson S, Waller G, Meyer C. Distress tolerance in the eating disorders. *Eat Behav* 2007;8(1):91-7.
46. Root MPP, Fallon P. Treating the victimized bulimic: The functions of binge-purge behavior. *J Interpersonal Violence* 1989;4(1):90-100.
47. Bowlby J. Attachment and loss. New York: Basis Book; 1969.
48. Haslam M, Mountford V, Meyer C, Waller G. Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa. *Eat Behav* 2008;9(3):313-8.
49. Murray C, Waller G, Legg C. Family dysfunction and bulimic Psychology: The Mediating Role of Shame. *Int J Eat Disord* 2000;28(1):84-9.