

مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا

به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری

Comparison of early maladaptive schema in obese binge eaters and obese non-binge eaters

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۱

Moloodi R. *MSc*[✉], Dezhkam M. *PhD*,
Moutabi F. *PhD*, Omidvar N. *PhD*

رضا مولودی[✉]، محمود دژکام^۱، فرشته موتابی^۲،
نسرین امیدوار^۳

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to compare early maladaptive schema in obese individuals with binge eating disorder (BED) and those without it.

Method: This study was conducted in two stages. At first stage, 151 obese participants completed Binge Eating Scale (BES) in order to identify obese binge eaters and those without this disorder. In the second stage, subjects who scored above 17 in BES selected as obese binge eaters (n=30). Subjects who scored 6 or less than 6 in BES identified as obese non-binge eaters (n=30). These two groups completed Young Schema Questionnaire. Two groups were homogenized in terms of their sex and age to avoid the influence of confounding variables.

Results: Obese with binge eating disorder gained significantly higher scores than obese without binge eating disorder in abandonment/ instability, emotional deprivation and insufficient self-control/ self-discipline.

Conclusion: Abandonment/ instability, emotional deprivation and insufficient self-control and self-discipline schemas play principal role in identifying the differences between the obese individuals that have binge eating disorder and those without this disorder.

Keywords: Maladaptive Schema, Binge Eating Disorder (BED), Obesity

چکیده

مقدمه: هدف مطالعه حاضر مقایسه طرحواره‌های ناسازگار در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری بود.

روش: این مطالعه در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول، به منظور شناسایی افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری، ۱۵۱ نفر از افراد چاق مقیاس پرخوری را کامل کردند. در مرحله دوم، آزمودنی‌هایی که در مرحله اول، در مقیاس پرخوری نمره بیشتر از ۱۷ کسب کرده بودند، به عنوان افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری انتخاب شدند (n=۳۰). افرادی که نمره آنها در مقیاس پرخوری ۶ یا کمتر از ۶ بود، به عنوان افراد چاق فاقد اختلال پرخوری انتخاب شدند (n=۳۰). این دو گروه پرسش‌نامه طرحواره یانگ را کامل کردند. به منظور اجتناب از تاثیر متغیرهای مزاحم، دو گروه براساس سن و جنس همتا شدند.

یافته‌ها: افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با افراد چاق فاقد اختلال پرخوری در طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی و خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی به‌طور معنی‌داری نمرات بیشتری کسب کردند.

نتیجه‌گیری: طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی و خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی نقش مهمی در شناخت تفاوت‌های بین افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری بازی می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌های ناسازگار، اختلال پرخوری، چاقی

✉ **Corresponding Author:** Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Email: k.moloodi@gmail.com

✉ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۱ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۲ مرکز پژوهش‌های خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
^۳ گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

مطالعات *استانکار* نشان داد بعضی از افراد چاق دوره‌های پرخوری را گزارش می‌کنند. دوره‌های پرخوری با خوردن بیش از اندازه غذا و احساس ذهنی عدم کنترل بر خوردن در غیاب رفتارهای جبرانی (وادار کردن خود به استفراغ، فعالیت جسمی شدید) مشخص می‌شود [۱]. متعاقب کارهای *استانکار*، پژوهشگران دریافته‌اند الگوی پرخوری در افراد چاق بسیار شایع است و ۲۳٪ [۲] تا ۵۱/۶٪ [۳] آنها از اختلال پرخوری رنج می‌برند. در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، پرخوری (BES) به‌عنوان اختلالی برای پژوهش‌های بیشتر و نمونه‌ای از اختلالات خوردن که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است، مطرح می‌شود [۴].

اولین بار، ویٹوسک و هولون از تمرکز صرف بر افکار خودآیند منفی درباره غذا، وزن و شکل بدن انتقاد کردند [۵]. آنها معتقد بودند، مطالعات آینده در زمینه سبب‌شناسی اختلالات خوردن، باید بر تجربیات گذشته و سطوح عمیق‌تر شناخت تاکید کنند. به‌دنبال آن، پژوهش‌های متعددی درباره نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی انجام شد. به‌طور کلی این یافته‌ها نشان دادند، زنان مبتلا به بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی در مقایسه با زنان گروه شاهد، طرحواره‌های ناسازگارتری درباره خود، دنیا و دیگران دارند [۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱]. اما شواهد نسبتاً محدودی درباره طرحواره‌های افراد مبتلا به اختلال پرخوری وجود دارد. هیوز و همکاران دریافته‌اند که شناخت‌های مربوط به خوردن و طرحواره‌ی محرومیت هیجانی ۱۲٪ تغییرات پرخوری را تبیین می‌کنند [۱۲]. *والر* نشان داد، زنان مبتلا به اختلال پرخوری (که نمایه توده بدن آنها از ۲۱ تا ۳۹ متغیر بود) در مقایسه با زنان گروه شاهد، در اغلب طرحواره‌ها (به‌جز ایثار، اطاعت و خویش‌داری ناکافی) نمرات بیشتری کسب می‌کنند [۱۳]. همچنین افراد مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی در زمینه شکست، وابستگی/عدم لیاقت، استحقاق/بزرگ‌منشی باورهای شدیدتری را تجربه می‌کنند. اما یافته‌های مطالعه *والر* در پژوهش *دینجمانس* و همکاران [۱۴] تایید نشد. یافته‌های این مطالعه نشان داد، اگر چه افراد چاق مبتلا به اختلالات پرخوری در مقایسه با گروه شاهد، در تمام حوزه‌های طرحواره نمرات بیشتری کسب می‌کنند، اما نسبت به افراد دچار بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی، طرحواره‌های ناسازگار کمتری را تجربه می‌کنند. *ناتا* و همکاران نیز با استفاده از نظریه شناختی بک، افکار خودآیند منفی و طرحواره‌های زنان چاق مبتلا یا فاقد اختلال پرخوری را مورد بررسی قرار دادند [۱۵]. نتایج این مطالعه نشان داد، زنان چاق مبتلا، بیشتر از طرحواره‌های طردشدن و بی‌ارزشی رنج می‌برند؛ در حالی که، طرحواره بی‌ارادگی در افراد چاق فاقد اختلال پرخوری فراوانی

بیشتری دارد. اما به‌نظر می‌رسد این محققان، باورهای واسطه‌ای افراد چاق را مورد مطالعه قرار داده‌اند (برای مثال، اگر به استخر بروم، دیگران من را طرد می‌کنند). بعضی از مطالعات نیز نشان داده‌اند در میان افراد چاق، شدت رفتارهای پرخوری به‌طور مستقیم و معنی‌داری با طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارتباط دارد [۱۶].

چندین پژوهش به‌منظور بررسی ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار، هیجان‌های منفی و رفتارهای پرخوری از روش‌های آزمایشگاهی استفاده کرده‌اند. *والر* و *بارتر*، تاثیر سر نخ‌های زیر آستانه‌ای طرحواره ره‌اشدگی را بر رفتارهای خوردن در زنان بهنجار مورد بررسی قرار دادند [۱۷]. آنها گزارش کردند که فعال‌شدن طرحواره ره‌اشدگی، به افزایش مصرف غذا به‌عنوان روشی برای اجتناب از هیجان‌های منفی ناشی از آن منجر می‌شود. *دینجمانس* و همکاران در مطالعه‌ای رابطه بین سرکوب هیجان‌های منفی و پرخوری را در افراد مبتلا به اختلال پرخوری بررسی کردند [۱۸]. آنها دریافته‌اند، سرکوب هیجان‌های منفی پس از القای خلق منفی با میزان مصرف کالری ارتباطی ندارد. اما افراد افسرده مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با افراد مبتلا به پرخوری که افسرده نبودند، پس از القای خلق منفی به‌طور معنی‌داری کالری بیشتری مصرف کردند.

شواهدی که در زمینه عوامل خطر اختلال پرخوری وجود دارد، به‌طور ضمنی وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در افراد مبتلا به اختلال پرخوری تایید می‌کند. یافته‌های چندین پژوهش حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با افراد چاق فاقد اختلال پرخوری و افراد دارای وزن طبیعی، به احتمال زیاد سوء استفاده‌های جسمی، جنسی و هیجانی را تجربه کرده‌اند [۱۹، ۲۰، ۲۱]. *فایربورن* و همکاران نشان دادند که افراد دچار اختلال پرخوری، در دوران کودکی و نوجوانی به احتمال بیشتری از خودارزشیابی منفی، افسردگی والدین، اختلال افسردگی اساسی، مشکلات رفتاری و آسیب‌های عمدی به خود رنج می‌بردند [۲۲]. همچنین آنان از سوی اعضای خانواده خود و همسالان به‌خاطر ظاهر، وزن و شکل بدن، بیشتر مورد تمسخر و انتقاد قرار گرفته بودند. این شواهد از این نظر حایز اهمیت هستند که طبق نظریه *یانگ*، طرحواره‌های ناسازگار از طریق تعامل خلق و خوی کودک با تجارب منفی زندگی به‌وجود می‌آیند [۲۳، ۲۴].

اما در مرور ادبیات تحقیق، مطالعه‌ای یافت نشد که تفاوت‌های افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و افراد چاق فاقد اختلال پرخوری را از لحاظ طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ بررسی کرده باشد. به‌علاوه، مطالعات انجام گرفته عموماً بر روی زنان انجام شده‌اند و اغلب از گروه‌هایی استفاده کرده‌اند که از لحاظ سنی با همدیگر متفاوت بوده‌اند. به‌عبارت دیگر، زنان مبتلا به اختلال پرخوری عموماً سن بیشتری داشته‌اند. بنابراین هدف از

پرسش‌نامه را روی نمونه‌ای ۵۱۳ نفری از دانشجویان ایرانی هنجاریابی کردند و میزان همسانی درونی را در ۱۸ زیرمقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ گزارش نمودند. همچنین در این مطالعه اعتبار بازآزمایی با فاصله ۱۵ روز در مورد ۱۸ طرحواره بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس پرخوری: گورمالی و همکاران [۲۸] این مقیاس را به منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی طراحی کردند. این مقیاس از ۱۶ ماده تشکیل شده است و ماده‌های آن از سه یا چهار جمله تشکیل شده است. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود جمله‌ای را انتخاب کنند که آنها را به بهترین وجه توصیف می‌کند. ماده‌ها از صفر تا سه درجه‌بندی می‌شوند و نمره کلی از صفر تا ۴۶ متغیر است. نسخه‌های انگلیسی [۲۸، ۲۹، ۳۰]، پرتغالی [۳] و ایتالیایی [۳۱] این مقیاس از اعتبار و ضریب حساسیت و ویژگی رضایت‌بخشی برخوردار هستند. دژکام و همکاران [۳۲] در مطالعه‌ای خصوصیات روان‌سنجی نسخه ایرانی مقیاس پرخوری را بررسی کردند. آنان اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۷۲، روش دونیمه‌سازی ۰/۶۷ و روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین ضریب حساسیت و ویژگی نسخه فارسی مقیاس پرخوری با استفاده از نقطه برش ۱۷ به ترتیب ۸۴/۶ و ۸۰/۸٪ بود.

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: خصوصیات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها با استفاده از این پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت. این پرسش‌نامه اطلاعات مربوط به جنسیت، سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، سابقه کاهش وزن، روش و میزان کاهش وزن و مراجعه قبلی به برنامه‌های کاهش وزن را شامل شد.

در مرحله اول، ابتدا خصوصیات تن‌سنجی آزمودنی‌ها به وسیله یکی از کارشناسان "مطالعه قند و لیپید تهران" اندازه‌گیری شد. وزن با کمترین پوشش و بدون کفش و به وسیله ترازوی دیجیتال (Seca؛ آلمان) با دقت ۵۰۰ گرم مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. قد نیز با استفاده از متر پارچه‌ای غیرقابل ارتجاع در حالت ایستاده و در شرایطی که شانه‌ها و پشت پاها ی فرد به دیوار چسبیده بودند، اندازه‌گیری شد. سپس، آزمودنی‌ها پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و مقیاس پرخوری را کامل کردند. در مرحله دوم، افرادی که نمره مقیاس پرخوری آنها بیشتر از ۱۷ و افرادی که نمره آنها در BES ۶ یا کمتر از ۶ بود، پرسش‌نامه طرحواره یانگ را کامل کردند. مراحل انجام پژوهش حاضر مورد تایید کمیسیون اخلاق پژوهش‌کده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم قرار گرفت و از تمام آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ شد و به تمام آزمودنی‌هایی که در این پژوهش شرکت کردند، هدایایی از قبیل کتاب و ساعت رومیزی اهدا شد. به منظور بررسی نحوه توزیع داده‌های به دست آمده از آزمون اسمیرنوف-کولموگروف استفاده شد. نتایج این

انجام پژوهش حاضر، مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان و مردان چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری بود.

روش

در مرحله اول، ۱۵۷ نفر از افراد چاق حاضر در "مطالعه قند و لیپید تهران" به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و مقیاس پرخوری (BES) را کامل کردند. "مطالعه قند و لیپید تهران" مطالعه‌ای همه‌گیرشناسانه است که با هدف پیشگیری از بیماری‌های غیروابگردار طراحی شده است. این مطالعه توسط مرکز تحقیقات علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم از سال ۱۳۷۷ آغاز شده و هم‌اکنون نیز در حال اجرا است [۲۵]. معیارهای ورود به مطالعه، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، نمایه توده بدنی بالاتر از ۳۰، عدم یائسگی و حاملگی، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید روانی (مانند اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی و سوء‌مصرف مواد) و بیماری‌های جسمی که روی وزن تاثیر می‌گذارند و حداقل تحصیلات سوم راهنمایی بود. از میان آزمودنی‌های مرحله اول، ۴ نفر به دلیل عدم موافقت برای شرکت در مطالعه و ۲ نفر به دلیل ناقص گذاشتن BES از مطالعه حذف شدند. در نهایت ۱۵۱ نفر در مرحله اول شرکت کردند.

در مرحله دوم، آزمودنی‌هایی که نمره آنها در BES بیشتر از ۱۷ بود، به عنوان افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری انتخاب شدند. این گروه ۳۱ نفر (۲۲ زن و ۹ مرد) را شامل شد. همچنین، افرادی که نمره آنها در BES ۶ یا کمتر از ۶ بود، به عنوان افراد چاق فاقد اختلال پرخوری انتخاب شدند. این گروه ۳۰ نفر (۲۱ زن و ۹ مرد) را شامل شد. به منظور اجتناب از تاثیر متغیرهای مزاحم، دو گروه براساس سن و جنس هم‌تا شدند. روش هم‌تاسازی از مطالعه والر [۱۳] اقتباس شد. هر آزمودنی باید با هم‌تای خود حداکثر ۵ سال فاصله سنی داشته باشد. لازم به ذکر است که یک نفر از گروه افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری به دلیل نداشتن هم‌تا از مطالعه حذف شد.

پرسش‌نامه طرحواره یانگ (فرم ۲۳۲ ماده‌ای): پرسش‌نامه طرحواره یانگ، یک ابزار خودگزارشی است که ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را می‌سنجد. در این پرسش‌نامه از بیماران خواسته می‌شود با استفاده از مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای، میزان موافقت خود را با هر ماده مشخص کنند [۲۳]. مطالعه‌ی والر و همکاران [۲۵] نشان داد که پرسش‌نامه طرحواره یانگ برای سنجش طرحواره‌های ناسازگار در افراد مبتلا به اختلالات خوردن از روایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است. لی و همکاران [۲۶] نیز روایی سازه رضایت‌بخشی را برای نسخه استرالیایی پرسش‌نامه طرحواره یانگ گزارش کردند. فتی و همکاران [۲۷] نسخه فارسی این

میانگین سن گروه افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری $35/76 \pm 9/6$ و گروه شاهد $37/3 \pm 8/87$ بود. آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که دو گروه از لحاظ سن با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند ($F=0/53$; $p=0/59$). میانگین نمایه توده بدنی افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری $34/17 \pm 3/3$ و افراد چاق فاقد اختلال پرخوری $33/16 \pm 5/32$ بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که نمایه توده بدنی دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشتند ($F=0/88$; $p=0/38$). سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های مرحله دوم در جدول ۲ تشریح شده است. طبق نتایج آزمون مجذور کای، دو گروه از نظر وضعیت تاهل، وضعیت شغلی و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند.

جدول ۳) میانگین و انحراف استاندارد و تحلیل واریانس دو گروه پژوهش در طرح‌واره‌های ناسازگار

مقدار p	F	مبتلا به اختلال		فقد اختلال		گروه ← ↓ طرح‌واره
		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	
0/0001	14/73	0/70	2/24	0/85	3/01	رها شدگی
0/04	4/12	0/74	2/61	0/84	3/02	بی‌اعتمادی / بدرفتاری
0/0001	16/4	1/07	2/07	1/34	2/88	محرومیت هیجانی
0/006	8/06	0/69	1/87	0/66	2/37	نقص / شرم
0/03	4/63	0/95	2/04	1/09	2/61	انزوای اجتماعی
0/014	6/36	0/57	2/11	1/12	2/69	وابستگی / بی‌لیاقتی
0/02	5/13	0/76	2/44	1/01	2/96	آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری
0/11	2/5	1/13	2/41	0/91	2/83	خودتحول - نیافته / گرفتار
0/007	7/19	0/7	1/93	1/02	2/57	شکست
0/04	4/17	0/96	2/7	0/8	3/16	استحقاق / بزرگ‌منشی
0/0001	21/42	0/61	2/16	0/87	3/06	خویش‌نشن‌داری ناکافی
0/004	8/89	0/67	2/21	0/90	2/83	اطاعت
0/17	1/92	0/72	3/50	0/65	3/75	ایثار
0/004	8/89	0/78	2/57	1/23	3/41	پذیرش‌جویی / جلب توجه
0/007	7/74	0/78	2/52	0/86	3/11	منفی‌گرایی / بدبینی
0/003	9/78	1/01	2/35	0/80	3/09	بازداری هیجانی
0/02	5/38	0/68	3/04	0/82	3/49	معیارهای سرسختانه
0/07	3/4	0/70	3/01	0/65	3/34	تنبیه

آزمون نشان داد که توزیع داده‌ها در تمام طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه طبیعی است. بنابراین برای مقایسه نمرات دو گروه آزمودنی‌ها در طرح‌واره‌های ناسازگار از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. با توجه به این‌که دو گروه افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری در ۱۸ طرح‌واره‌ی ناسازگار با هم مقایسه شدند، به‌منظور کاهش خطای نوع اول از تصحیح بن‌فرونی استفاده و سطح معنی‌داری 0/002 برگزیده شد [33، 34].

یافته‌ها

میانگین سن آزمودنی‌های مرحله اول مطالعه $37/19 \pm 9/22$ و میانگین نمایه توده بدنی $33/78 \pm 4/17$ بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های مرحله اول در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱) اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در مرحله اول

(n=151)		
متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	95
	مرد	56
وضعیت	مجرد	32
	متاهل	119
تأهل	زیر دیپلم	39
	دیپلم	71
تحصیلات	فوق دیپلم	8
	لیسانس	25
شغل	بالتر از لیسانس	8
	خانه‌دار	66
شغل	کارمند	56
	آزاد	29

جدول ۲) اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در مرحله دوم

به تفکیک دو گروه (n=60)		
متغیر	مبتلا به اختلال	فقد اختلال
جنسیت	زن (70٪)	21
	مرد (30٪)	9
وضعیت	مجرد (30٪)	9
	متاهل (70٪)	21
تأهل	زیر دیپلم (16/7٪)	5
	دیپلم (60٪)	18
تحصیلات	فوق دیپلم و بالاتر (23/3٪)	7
	خانه‌دار (43/3٪)	13
شغل	کارمند (36/7٪)	11
	آزاد (20٪)	6
بازنشسته	(0٪)	0
	(3/3٪)	1

درباره وزن، شکل بدن و خوردن، لازم است که طرحواره‌های ناسازگار نیز مورد مداخله قرار گیرند. اما اثر بخشی قابل ملاحظه درمان‌های شناختی- رفتاری کلاسیک، به این معنا است که درمان‌های طرحواره محور باید به‌عنوان درمان تکمیلی برای اختلال پرخوری در نظر گرفته شوند؛ و این پژوهش‌ها روی بیمارانی انجام شود که به درمان‌های شناختی- رفتاری کلاسیک برای اختلالات خوردن پاسخ ندهاند [۱۳، ۳۵]. در افراد چاق فاقد اختلال پرخوری، به‌نظر می‌رسد که توجه به طرحواره‌های ایثار و تنبیه ضروری است. اما برای تایید این دیدگاه، به تحقیقاتی نیاز داریم که طرحواره‌های ناسازگار افراد چاق فاقد اختلال پرخوری را با افراد دارای وزن طبیعی مقایسه نمایند.

نتایج این مطالعه باید با توجه به نقاط قوت و محدودیت‌های آن تفسیر شود. از نقاط قوت این مطالعه، استفاده از آزمودنی‌های زن و مرد چاق است. این موضوع باعث می‌شود یافته‌های این پژوهش، به مردان چاق دچار اختلال پرخوری نیز قابل تعمیم باشد. هم‌سازی انفرادی دو گروه آزمایش و شاهد، از لحاظ سن و جنس، از نقاط قوت دیگر این مطالعه محسوب می‌شود. این امر باعث می‌شود اعتبار درونی مطالعه افزایش یابد. اما این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز مواجه است. اول اینکه، این مطالعه به‌صورت مقطعی انجام شده است و نمی‌تواند درباره رابطه سببی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال پرخوری تبیینی ارائه دهد و دوم، آزمودنی‌های این مطالعه به‌روش نمونه‌گیری در دسترس و از میان افراد چاق شرکت‌کننده در "مطالعه قند و لیپید تهران" انتخاب شده‌اند. بنابراین نتایج حاصل از این مطالعه ممکن است به افراد چاق مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روان‌شناختی و برنامه‌های کاهش وزن، قابل تعمیم نباشد. لذا پیشنهاد می‌شود همین مطالعه، روی افراد چاق مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روان‌شناختی و برنامه‌های کاهش وزن تکرار شود.

نتیجه‌گیری

طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی و خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی در شناخت آسیب‌شناسی‌های شناختی بیماران چاق مبتلا به اختلال پرخوری حایز اهمیت هستند. بنابراین درمان‌های شناختی- رفتاری برای اختلال پرخوری باید علاوه بر تغییر افکار خودآیند منفی، درباره شکل و وزن بدن، باورهای هسته‌ای بنیادی را نیز مورد توجه قرار دهند.

تشکر و قدردانی: از دکتر فرهاد حسین‌پناه، دکتر امیرعباس مؤمنان، دکتر نرگس سربازی، آقای سعید صادقیان و سایر کارکنان "مطالعه قند و لیپید تهران" به‌خاطر مساعدت‌هایشان در اجرای پژوهش تشکر می‌شود.

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد دو گروه مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری در طرحواره‌های ناسازگار و نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داده شده است. نتایج کلی آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره معنی‌دار نبود. با استفاده از سطح معنی‌داری ۰/۰۰۲، دو گروه در سه طرحواره با همدیگر تفاوت معنی‌داری داشتند. افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با افراد چاق فاقد اختلال پرخوری در طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی و خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی به طور معنی‌داری نمرات بالاتری کسب کردند.

بحث

افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و افراد چاق فاقد اختلال پرخوری در طیف گسترده‌ای از باورهای هسته‌ای مشابه هستند، اما طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی، این دو گروه را از هم متمایز می‌سازد. به عبارت دیگر، افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری در مقایسه با افراد چاق فاقد این اختلال، باورهای ناسازگارتری در زمینه عدم دریافت حمایت و راهنمایی از سوی افراد مهم زندگی، ترک شدن و عدم توانایی کنترل تکانه‌هایشان تجربه می‌کنند. ذکر این نکته ضروری است که دلیل عدم تفاوت دو گروه در طرحواره‌های ایثار و تنبیه، به نمرات بالای افراد چاق فاقد پرخوری در این طرحواره‌ها مربوط می‌شود. یافته‌های مطالعه حاضر تاییدی بر نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ و مدل درمان شناختی- رفتاری طرحواره محور است [۲۲، ۲۳، ۳۵]. در این نظریه‌ها، فرض بر این است که رفتارهایی مانند پرخوری به‌منظور کاهش هیجان‌های منفی ناشی از فعالیت طرحواره‌های ناسازگار به‌وجود می‌آیند؛ که با نتایج مطالعات قبلی تا حدودی همخوانی دارد. مطالعات *والر* [۱۳]، *والر و بارتز* [۱۷] و *ناتا و همکاران* [۳۶] حاکی از ارتباط بین باورهای مربوط به رهاشدگی/بی‌ثباتی و رفتارهای پرخوری هستند. پژوهش‌های *هیوز و همکاران* [۱۲] و *دینجمانس و همکاران* [۱۴] نیز نشان دادند زنان مبتلا به اختلال پرخوری، باورهای ناسازگارتری در حوزه محرومیت هیجانی تجربه می‌کنند. اما پژوهش *والر* [۱۳] نشان داد زنان مبتلا به اختلال پرخوری و زنان گروه شاهد، در باورهای مربوط به خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی با یکدیگر تفاوتی ندارند.

یافته‌های این مطالعه به‌طور تلویحی، نیاز به اجرای پژوهش‌هایی در زمینه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری طرحواره محور را در درمان افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری مطرح می‌کند. در پروتکل‌های درمانی این پژوهش‌ها، علاوه بر تکنیک‌های رفتاری و به چالش کشیدن افکار خودآیند منفی

- 20- Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: A community based case-control study. *Arch Gen Psychiatr.* 1998;55:425-32.
- 21- Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatr.* 1993;150:1472-9.
- 22- Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach. Tehran: Agah Publishing; 2005. [Persian]
- 23- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Tehran: Arjmand Publication; 2003. [Persian]
- 24- Azizi F, Ghanbarian A, Moemenan AA, Hadaegh F, Mirmiran P, Hedayati, M. Prevention of non-communicable disease in a population in nutrition transition: Tehran lipid and glucose study phase II. Tehran: Central Publication; 2009. [Persian]
- 25- Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cogn Ther Res.* 2001;25(2):137-47.
- 26- Lee Cw, Taylor G, Dunn J. Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cogn Ther Res.* 1999;23(4):441-51.
- 27- Fata L, Mootabi F, Dabson KS, Moloodi R, Ziaei K. Psychometric properties of young schema questionnaire (232q) in an Iranian non-clinical sample. *Tab Uni Psychol J.* 2009;16:227-46.
- 28- Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addic Behav.* 1982;7:47-55.
- 29- Celio AA, Wilfley DE, Crow SJ, Mitchell, J, Walsh BT. A comparison of the binge eating scale, questionnaire for eating and weight patterns-revised and eating disorder examination questionnaire with instructions with the eating disorder examination in the assessment of binge eating disorder and its symptoms. New York: Wiley Periodicals; 2004.
- 30- Timmerman GM. Binge eating scale: Further validity and reliability. *J Appl Biobehav Res.* 1999;4(1):1-12.
- 31- Ricca V, Mannucci E, Morreti S, Di Bernardo M, Zucchi T, Cabras PL. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Compr Psychiatr.* 2000;41(2):11 1-5.
- 32- Dezhkam M, Moloodi R, Mootabi F, Omidvar N. Standardization of binge eating scale among Iranian obese population. Tehran; 9th Annual Conference of Iranian Psychiatric Association, 2009. [Persian]
- 33- Grove WM, Andreasen NC. Simultaneous tests of many hypotheses in exploratory research. *J Nerv Ment Dis.* 1982;170:3-8.
- 34- Stevens J. Applied multivariate statistics for the social sciences. 4th ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publisher; 2002.
- 35- Waller G, Kennerley H, Ohanian V. Schema-focused cognitive-behavioural therapy for eating disorders. In: Riso LP, editor. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide. Washington: American Psychological Association; 2007.
- 36- Nauta H, Hospers H, Kok G. A comparison between a cognitive and a behavioral treatment for obese binge eaters and obese nonbinge eaters. *J Behav Ther.* 2000;31:441-61.
- 1- Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q.* 1959;33(2):284-95.
- 2- Elder KA, Grilo CM, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Brody ML. Comparison of two self-report instruments for assessing eating in bariatric surgery candidates. *Behav Res Ther.* 2006;44:545-60.
- 3- Freitas SR, Lopes CS, Appolinario JC, Coutinho W. The assessment of binge eating disorder in obese women: A comparison of the binge eating scale with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Eat Behav.* 2006;7:282-9.
- 4- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: Author; 1994.
- 5- Vitousek KB, Hollon SD. The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cogn Ther Res.* 1990;14:191-214.
- 6- Cooper MJ, Hunt J. Core beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. *Behav Res Ther.* 1997;36(9):895-8.
- 7- Leung N, Waller G, Thomas G. Core beliefs in anorexic and bulimic women. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187(12):736-41.
- 8- Waller G, Dickson C, Ohanian V. Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *Int J Eat Dis.* 2000;28(2):235-41.
- 9- Jones C, Harris G, Leung N. Core beliefs and eating disorder recovery. *Eur Eat Dis Rev.* 2005;13:237-44.
- 10- Leung N. Core beliefs in dieters and eating disordered women. *Eat Behav.* 2007;8:65-72.
- 11- Unokaa U, Tflgyesa T. Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: A differential association. *Compr Psychiatry.* 2007;48:199-204.
- 12- Hughes ML, Hamill M, Gerko CV, Lockwood R, Waller G. The relationship between different levels of cognition and behavioural symptoms in the eating disorders. *Eat Behav.* 2006;7:125-33.
- 13- Waller G. Schema-level cognitions in patients with binge eating disorder: A case control study. New York: John Wiley InterScience; 2003.
- 14- Dingemans AE, Spinhoven P, Furth EF. Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eat Behav.* 2006;7:258-65.
- 15- Nauta H, Hospers HJ, Jonsen A. Cognitions in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Cogn Ther Res.* 2000;24(5):521-31.
- 16- Anderson K, Riegera E, Caterson I. A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal weight control subjects. *J Psychosom Res.* 2006;60:245-52.
- 17- Waller G, Barter G. The impact of subliminal abandonment and unification cues on eating behaviour. *Int J Eat Dis.* 2005;37:156-60.
- 18- Dingemans AE. The effect of suppressing negative emotions on eating behavior in binge eating disorder. *Appetite.* 2009;52:51-7.
- 19- Allison KC, Grilo CM, Mashebb RM, Stunkard AJ. High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behav Res Ther.* 2007;45:2874-83.