

## Schema therapy as a group on marital satisfaction and couple burnout among the women with bulimia

\*Sudabeh Ali Mohammadi<sup>1</sup>, Farshad Mohsenzadeh<sup>2</sup>, Kianoush Zahrakar<sup>3</sup>

**Author Address**

1. MSc in Family Counseling, Tehran Kharazmi University, Tehran, Iran;
2. Assistant Professor, Tehran Kharazmi University, Tehran, Iran;
3. Associate Professor, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Corresponding Author's Email: [Sudabeh.alimohamadi@gmail.com](mailto:Sudabeh.alimohamadi@gmail.com)

Received: 2018 February 8; Accepted: 2018 June 10

### Abstract

**Background & Objectives:** Neurological overdose is a psychological disorder characterized by extreme eating disorders and inappropriate compensatory behaviors to prevent weight gain. Having mental disorders, including nervous overcrowding is considered a crisis for the whole family. Among the aspects affected by this crisis, marital satisfaction and marital boredom require special attention. Several approaches have been proposed to treat and correct inefficient beliefs, one of which is schema therapy. The schema therapy developed by Yang et al (1990–1990) is a modern and integrated therapy. The schema therapy provides a framework that recognizes behaviors and interpersonal interactions associated with eating pathology in a specific way. The schema-based model for eating disorders, including nerve birth, suggests that compensatory processes and schemes play a central role in eating disorders. Therefore, the aim of this study was to determine the effectiveness of group schematic therapy on increasing marital satisfaction and reducing marital burning in women with bulimia.

**Methods:** This study designed as a quasi-experimental pre-test and post-test with control group. The study population was women (18–40) with neurological overcharge who had referred to the weight gain/loss and diabetes clinic in Tehran (capital city of Iran) and were exposed to medical nutritional interventions. Totally, 68 people were diagnosed to be affected by extreme eating disorder. These people at least once a month reported compassionate behaviors such as deliberate vomiting, the arbitrary use of diarrhea and urinary tract medication and extreme sports. To this end, 40 people were selected by available sampling method from the people who referred to the Obstetrics and Gynecologic Clinic, and randomly 20 subjects divided in the experimental group and 20 in the control group. Anrich's marital satisfaction questionnaire and Paynes's burnout married scale (CBM) was completed. The experimental group was trained the schema therapy program for 10 sessions 2 hours per week, while the control group did not receive any training in this period. After the end of the sessions, Anrich's marital satisfaction questionnaire and Paynes's burnout married scale were performed for the second time in two groups as post-test. Eventually, data were analyzed using descriptive statistics, multivariate covariance analysis with SPSS16 software.

**Results:** The results of multivariate analysis showed that by controlling the effect of pre-test scores, the mean score of total marital boredom of the experimental group in the posttest stage was significantly lower than the mean score of marital burnout in the control group ( $p<0.05$ ). In addition, results of multivariate covariance analysis showed that by controlling the effect of pre-test scores, the mean total score of marital satisfaction in the experimental group was significantly higher in the experimental group than the mean marital satisfaction scores in the control group ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** Considering results of the research obtained, it may be stated that schema therapy has been led to reduction in marital burnout and increased marital satisfaction and its subcomponent in women affected by nervous bulimia.

**Keywords:** Marital Satisfaction, Marital Burnout, Schema Therapy, Nervous bulimia.

## اثربخشی طرح واره درمانی گروهی بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی زناشویی زنان مبتلا به پرخوری عصبی

\*سودابه علی‌محمدی<sup>۱</sup>، فرشاد محسن‌زاده<sup>۲</sup>، کیانوش زهراءکار<sup>۳</sup>

### توضیحات نویسندها

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانوار، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران؛

۲. استادیار، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران؛

۳. دانشیار، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

\* ریاضامه نویسنده مسئول: Sudabeh.alimohamadi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۹ بهمن ۱۳۹۶؛ تاریخ پذیرش: ۲۰ خرداد ۱۳۹۷

### چکیده

**هدف و زمینه:** پرخوری عصبی اختلالی روان‌شناختی است که با حالت‌های عود‌کننده مبنی بر خوردن افراطی و رفتارهای جبرانی نامناسب برای پیشگیری از افزایش وزن، توصیف می‌شود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرح واره درمانی گروهی بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی آن در زنان مبتلا به پرخوری عصبی بود.

**روش پژوهشی:** طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه هدف را تمامی زنان مبتلا به پرخوری عصبی شهر تهران تشکیل دادند. از افراد مراجعه‌کننده به کلینیک چاقی و لاغری و دیابت سلامت، چهل نفر بهروش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و بهطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. نمونه‌ها پرسشنامه رضایت زناشویی پایز (CBM) را تکمیل کردند. طرح واره درمانی به تعداد ده جلسه و به مدت دو ساعت در هفت‌های اجرا شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، میانگین نمره کل فرسودگی زناشویی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به طور معناداری کمتر از میانگین نمره فرسودگی زناشویی در گروه کنترل است ( $p < 0.05$ ). همچنین براساس یافته‌ها، میانگین نمره کل رضایت زناشویی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به صورت معناداری بیشتر از میانگین آن در گروه کنترل به دست آمد ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** تأثیر طرح واره درمانی به شکل گروهی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی آن، دارای مفاهیم نظری و عملی مهمی است که می‌تواند در کلینیک‌های مشاوره و رژیم درمانی استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** رضایت زناشویی، فرسودگی زناشویی، طرح واره درمانی، پرخوری عصبی.

و سرانجام به فرسودگی می‌انجامد (۹). برای درمان و اصلاح باورهای ناکارآمد رویکردهای متعددی توصیه شده که یکی از آنها طرح‌واره‌درمانی است. طرح‌واره‌درمانی که توسط یانگ و همکاران تهیه شد، درمانی نوین و یک پارچه بوده که به طور عمده براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های شناختی‌رفتاری کلاسیک بنا شده است. این رویکرد، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی‌رفتاری، دل‌بستگی، گشالتات، روابط شیئی و روان‌کاوی را در قالب مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (۱۱).

طرح‌واره‌درمانی چارچوبی را ارائه می‌دهد که شناخت، احساس‌ها، رفتارها و اختلال در عملکرد بین‌فردي مرتب با آسيب‌شناسی غذاخوردان، به صورتی خاص بررسی می‌شود. مدل مبتنی بر طرح‌واره‌درمانی برای اختلال‌های خوردن مانند پرخوری عصبی، پیشنهاد می‌کند فرآيندها و طرح‌واره‌های جبرانی<sup>۱</sup> نقش محوري را در اين اختلال‌ها دارد. مدل مذکور براساس شواهدی است که با باورهای بنیادی ناکارآمد برای انواع مختلف اختلال‌های خوردن، شباهت زیادی نشان می‌دهد. اين باورهای ناکارآمد اغلب از الگوهای مشابه تجربیات اولیه ریشه گرفته و رشد کرده‌اند (۱۲). ازنظر یانگ طرح‌واره‌درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید دارد؛ از اين‌رو به‌دبان آن است که هسته مرکزي مشكل را اصلاح کند. اين عمل از ميزان موقفيت چشمگيری در کاهش عالئي مانند اضطراب و افسردگي و جلوگيري از برگشت آن پرخوردار است (۱۳). کارآمدی طرح‌واره‌درمانی در درمان اختلال‌های متعددی مانند افسردگي و عزت‌نفس، اختلال‌های خوردن محور I، افسردگي، اضطراب و فوبيا اجتماعي، اختلال‌های خوردن و اختلال‌های شخصيت مشخص شده است (۱۴). در زمينه درمان اختلال پرخوری عصبی، مداخلات مختلف دارويي و روان‌درمانی به‌كار رفته‌اند؛ اما هنوز اثربخشی مداخلات درمانی بر بعضی از مسائل مهم همراه با اين اختلال همچون رضایت زناشوبي و فرسودگي زناشوبي به‌طور كافی مدنظر پژوهش‌ها قرار نگرفته است و باید به عوامل روانی و شخصیتی و کیفیت روابط بین‌فردي افراد مبتلا به این بیماری توجه ویژه‌ای شود. همچنین مداخلات استفاده‌شده در این اختلال، بيشتر متمرکز بر رفع نشانه‌های اختصاصي آن است؛ درحالی‌که به‌نظر می‌رسد مداخلاتی همچون طرح‌واره‌درمانی می‌تواند به‌طور ریشه‌ای تری در این زمينه دخالت کرده و مسائل جدي زیربنايی همراه با آن را پوشش دهد؛ بنابراین با فرض نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان الگوي پاسخ‌دهی ناکارآمد و انعطاف‌ناپذير در رضایت زناشوبي کم و به‌تبع آن فرسودگي زناشوبي، اين سؤال مطرح شد که آيا طرح‌واره‌درمانی بر رضایت زناشوبي و فرسودگي آن در زنان داري پرخوری عصبی مؤثر است؟

## ۲ روش بررسی

طرح پژوهش حاضر، نيمه‌آزمایشي از نوع پيش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه كنترل بود. جامعه آماري را تمامي زنان ۱۸ تا ۴۰ سال مبتلا به پرخوری عصبی تشکيل دادند که از فوردين ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۴ به کلينيك چاقی و لاغري و ديبات سلامت منطقه ۱۴ تهران مراجعه و

پرخوری عصبی<sup>۲</sup> اختلالی روان‌شناختی است که با حالت‌های عود‌کننده مبنی بر خوردن افراطي و رفتارهای جبرانی نامناسب برای پيشگيري از افزایش وزن، توصيف می‌شود (۱). رفتارهای جبرانی افراد مبتلا به پرخوری عصبی از قبل استفراغ تعمدي و استفاده خودسرانه از داروهای مسهله و ادراوار و ورزش‌های شديد و طاقت‌فرسا، بعد از نشخوار فكري زياد، جهت ازدست‌دادن كنترل‌شان بر وزن و پرخوری، به وجود می‌آيد (۲). اين رفتارهای جبرانی می‌تواند به آسيب‌های فيزيولوژيکي جدي مانند افزایش فشار وريدهای شكمي، آسيب جدي كبد، اختلال الکتروليت، ازدست‌دادن حجم زيادي از آب بدن، اتساع حاد معده، مشكل‌های مرتبه با دهان و دندان، بيماري‌های دستگاه گوارشي، مقاومت به انسولين و ديبات نوع دو، منجر شود (۳). متغيرهای زيادي در اختلال پرخوری عصبی دخيل هستند: از جمله فشارهای اجتماعي، مسائل خانوادگي، ارتباط همسالان، تبلیغات رسانه‌ها و عوامل شخصي مثل عزت‌نفس، کمال‌گرایي منفي، ناخشنودي بدني، افسردگي و ناکامي. در ميان همه اين متغيرها گزينه‌اي مشترك ديده می‌شود و آن باورهای ناکارآمد است. باورهای ناکارآمد متعددی در پرخوری عصبی به عنوان علل خطر وجود دارد (۴). اين باورهای ناکارآمد می‌تواند بر سطح رضایت زناشوبي افراد تأثيرگذار باشد و رضایت در اين زمينه از عوامل بسيار مهم در پيشرفت و دست‌يابي به اهداف زندگي و تحت‌تأثير ثبات عاطفي زوجين است (۵). وودسايد در پژوهشي نشان داد افراد مبتلا به اختلال خوردن، رضایت و صميميه زناشوبي كمتری دارند (۶). هاكينز رضایت زناشوبي را احساس‌های عيني از خشنودي و رضایت و لذت تجربه‌شده توسيط زن يا شوهر به‌هنگام درنظرگرفتن همه تجربه‌های زندگي می‌داند (به نقل از ۷). برخی اين رضایت را نتيجه سه عامل رضایت از زندگي مشترك و روابط جنسی و نيز رضایت‌مندي زناشوبي و هيچاني بيان می‌کنند (۸). روابط سالم باعث افزایش رضایت زناشوبي و آشتگي در ارتباط‌ها سبب نارضایتي و فرسودگي زناشوبي می‌شود. فرسودگي زناشوبي، حالت خستگي جسمی و عاطفي و ذهني است که در موقعیت درگيري طولاني مدت همراه با مطالبات عاطفي به وجود می‌آيد. در اين تعريف خستگي ذهني با کاهش انرژي، خستگي مزمن، ضعف و تنوع وسعي از شکایت‌های جسمی و روان‌تني مشخص می‌شود. خستگي عاطفي شامل احساس‌های درمانگي و نامدي و فريب است و خستگي روانی به رشد نگرش منفي در مقابل خود و کار و زندگي برمي‌گردد (۹). فرسودگي زناشوبي ناشي از نبود تناسب ميان واقعيات و توقعات است و مقدار آن به ميزان سازگاری زوجه‌ها و باورهایشان بستگي دارد. فرسودگي با فروپاشي رابطه و با رشد آگاهي و توجه به چيزهایي شروع می‌شود که به اندازه گذشته خوشایند نبوده و اگر در اين مرحله، کاري برای جلوگيري از پيشرفت اين روند صورت نگيرد، همه‌چيز از مرحله بد، به بدتر می‌رسد (۱۰). شروع فرسودگي به‌ندرت ناگهانی است. معمولاً روند آن تدریجي بوده و خيلي کم از پذيله‌های ناگوار يا حتی چند ضربه ناراحت‌کننده ناشي می‌شود. انباسته‌شدن سرخورده‌گها و تنش‌های زندگي روزمره، فرسایش روانی ايجاد می‌کند

<sup>1</sup>. Bulimia

ابداع شد<sup>(۹)</sup>). پرسشنامه مذکور ۲۰ ماده دارد که شامل سه جزء اصلی خستگی جسمی (مانند احساس خستگی، سستی، داشتن اختلال‌های خواب) و ازپاافتادن عاطفی (مثل احساس افسردگی، نالمیدی، در دامافتادن) و ازپاافتادن روانی (مانند احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی، خشم به همسر) است. تمام این مواد روی مقیاس هفت‌امتیازی پاسخ داده می‌شود. ارزیابی ضریب اعتبار مقیاس فرسودگی زناشویی نشان داد که دارای همسانی درونی بین متغیرها در دامنه ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است. روایی نیز از طریق همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت، تأثیر شده است: مانند نظر مثبت درباره ارتباط، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خودشکوفایی، احساس هدفمندی، کشش و جاذبه اعطاً فعالیت، خسروز و کیفیت رابطه جنسی آن‌ها. نسخه‌های ترجمه شده CBM به‌طور موقیت‌آمیزی در مطالعات بین‌فرهنگی در نروژ، مجارستان، مکزیک، اسپانیا، پرتغال، فنلاند و اسرائیل استفاده شده است<sup>(۸)</sup>. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۱ به‌دست آمد.

شیوه اجرا به این ترتیب بود که پرسشنامه‌ها به ۴۰ نفر نمونه انتخابی ارائه شد و آن‌ها به پرسشنامه پاسخ دادند. سپس جلسات طرح‌واره‌درمانی برای ۲۰ نفر در گروه آزمایش، برگزار و پس از اتمام جلسات، برای بار دوم پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و مقیاس دل‌زدگی زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. در پایان تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره<sup>۲</sup> صورت گرفت.

مداخله‌های درمانی پژوهشی و تعذیبی‌ای را دریافت کردند. در مجموع برای ۶۸ نفر در این بازه زمانی تشخیص پرخوری داده شد. این افراد حداقل یک‌بار در ماه رفتارهای جبرانی را مانند استفراغ تعمدی و استفاده خودسرانه از داروهای مسهله و ادرارآور و ورزش‌های شدید و طاقت‌فرسا گزارش کردند. از این تعداد، ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و بهروش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند.

ابزار گردآوری اطلاعات: در این پژوهش رضایت زناشویی نمره‌ای است که فرد در پاسخ به پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (پیرارسازی و تقویت رابطه، ارتباط و خشنودی)<sup>۱</sup> کسب می‌کند. این پرسشنامه ۴۷ سؤال‌ها به صورت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف) بوده و به هر گزینه بهترتیب پنج تا یک امتیاز تعلق می‌گیرد. نمره کم در این پرسشنامه، نارضایتی زناشویی و نمره زیاد، رضایت از رابطه زناشویی را نشان می‌دهد. کمترین نمره ۴۷ امتیاز و بیشترین نمره ۲۳۵ امتیاز است. ضریب همبستگی «پرسشنامه انریچ» با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۰/۶۱ درصد و با مقیاس‌های رضایت از زندگی ۰/۳۲ درصد گزارش شده که نشانه روایی سازه آن است<sup>(۱۵)</sup>. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۹۲ به‌دست آمد.

در این پژوهش منظور از میزان فرسودگی زناشویی نمره‌ای است که افراد در مقیاس فرسودگی زناشویی (CBM) دریافت می‌کنند. مقیاس فرسودگی زناشویی، ابزار خودسنجی است. این مقیاس توسط پایز

جدول ۱. خلاصه محتوای طرح‌واره‌درمانی گروهی

جلسه

	خلاصه محتوا
۱	<p><b>هدف:</b> ایجاد ارتباط اولیه؛ بیان اهداف، روش کار و تعامل، تعیین اهداف و تغییرات مطلوب در بین اعضای گروه؛ مطرح کردن قوانین گروه و مسئله مهم رازداری؛ فراهم‌سازی زمینه اعتماد؛ آموزش مفهوم طرح‌واره و طرح‌واره‌درمانی.</p> <p><b>روش:</b> آموزش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها (نیازهای هیجانی بنیادین، تجربه اولیه زندگی) به زبانی ساده و مفهومی، بیان مثال‌هایی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و چگونگی شکل‌گیری آن‌ها.</p> <p><b>تکلیف:</b> اجرای فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ.</p>
۲	<p><b>هدف:</b> شناخت و برانگیختن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه؛ درک ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها در دوران کودکی و نوجوانی؛ ربط دادن طرح‌واره‌ها به مشکلات فعلی مراجعت.</p> <p><b>روش:</b> استفاده از تکنیک‌های تجربی به خصوص تصویرسازی ذهنی؛ توجه به طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای فعال شده مراجعت در حین جلسه؛ بررسی پرسشنامه‌های اجرایشده و نام‌گذاری طرح‌واره‌های مراجعت با کمک خودشان.</p> <p><b>تکلیف:</b> انجام تکنیک تصویرسازی ذهنی در خارج از جلسه و توجه به طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای برانگیخته شده در تصویر ذهنی.</p>
۳	<p><b>هدف:</b> چالش با طرح‌واره از بُعد شناختی از طریق تبدیل طرح‌واره به باور مرکزی<sup>۳</sup>؛ جست‌وجوی باورهای زیربنایی فکری.</p> <p><b>روش:</b> تکنیک پیکان رویه‌پایین، تکنیک تعریف و ازهها.</p> <p><b>تکلیف:</b> استفاده از تکنیک پیکان رویه‌پایین درباره افکار مختلف ایجاد شده در ذهن‌شان؛ پرکردن فرم تعریف و ازهها.</p>
۴	<p><b>هدف:</b> طرح‌ریزی موضعی منطقی و عقلانی در برابر طرح‌واره؛ درنظرگرفتن طرح‌واره‌ها به صورت فرضیه‌های آزمون‌شونده، نه به عنوان حقایق مطلق.</p> <p><b>روش:</b> آزمون اعتبار طرح‌واره. ۱. بررسی شواهد عینی تأییدکننده طرح‌واره؛ ۲. بررسی شواهد ردکننده طرح‌واره.</p> <p><b>تکلیف:</b> جمع‌آوری فهرستی از شواهد زندگی گذشته و فعلی حمایت و ردکننده طرح‌واره.</p>

<sup>2</sup>. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)  
<sup>3</sup>. core belief

<sup>1</sup>. ENRICH: Enhancing and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness

<b>۱</b> <b>هدف:</b> بی اعتقاد کردن مراجعان به شواهد حمایت کننده طرح واره؛ پیدا کردن احساس رهایی از سبک‌های خوگرفته شده تغکر؛ <b>کسب کردن روش‌های تفکر و احساس جدیدتر و سالم‌تر.</b>	<b>روش:</b> تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح واره؛ به کاربردن تکنیک گفت و گو بین «جنبه سالم» و «جنبه طرح واره»؛ در نظر گرفتن شواهدی از دوران اولیه کودکی مراجعتان؛ ایفای نقش هر دو جنبه طرح واره از طریق تکنیک صندلی خالی؛ <b>تکلیف:</b> به کاربردن تکنیک‌های آموخته شده در بیرون از جلسه.
<b>۲</b> <b>هدف:</b> آشنایی کردن اعضا با سبک‌های مقابله‌ای (تسليیم، اجتناب، جبران افراطی)؛ ارزیابی مزايا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای. <b>روش:</b> بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه؛ بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای. <b>تکلیف:</b> بررسی بیشتر و یادداشت سبک‌های مقابله‌ای خود خارج از گروه.	<b>۳</b> <b>هدف:</b> یادگیری مهارت‌هایی به منظور مقابله با طرح واره‌ها به هنگام برانگیخته شدن در موقعیت‌های روزمره؛ <b>کمک به مراجعتان جهت مشاهده کلی نقش طرح واره‌ها در زندگی روزمره خود.</b>
<b>۴</b> <b>هدف:</b> یادگیری نیازهای مرتبط با طرح واره‌های ناسازگار اولیه؛ بازوالدینی مراجعتان به منظور بهبود هیجان‌ها و ارضای نسبی نیازهای برآورده شده؛ گرددن باور شناختی مراجعتان از غلط‌بودن طرح واره‌ها به باور هیجانی. <b>روش:</b> تصویرسازی از دوران کودکی؛ - ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال؛ - مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرح واره. <b>تکلیف:</b> تمرین تکنیک تصویرسازی در خارج از جلسه.	<b>۵</b> <b>هدف:</b> برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرح واره‌های ناسازگار اولیه؛ بازوالدینی مراجعتان به منظور بهبود هیجان‌ها و ارضای نسبی نیازهای برآورده شده؛ گرددن باور شناختی مراجعتان از غلط‌بودن طرح واره‌ها به باور هیجانی. <b>روش:</b> تصویرسازی ذهنی. - تصویرسازی از دوران کودکی؛ - ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال؛ - مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرح واره. <b>تکلیف:</b> تمرین تکنیک تصویرسازی در خارج از جلسه.
<b>۶</b> <b>هدف:</b> شناسایی نیازهای ارضانشده؛ توانمندسازی مراجعتان برای جنگیدن در برابر طرح واره و فاصله‌گرفتن از طرح واره؛ پیدا کردن راه‌های جدید برقراری ارتباط. <b>روش:</b> برقراری گفت و گوی خیالی با والدین در جلسه از طریق روش صندلی خالی؛ تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی. <b>تکلیف:</b> نوشتن نامه به والدین.	<b>۷</b> <b>هدف:</b> جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تر به جای الگوهای رفتاری طرح واره‌ها؛ جمع‌بندی مباحث مطرح شده در کل جلسات؛ <b>گرفتن بازخورد از اعضاء؛ اجرای پس‌آزمون.</b>
<b>۸</b> <b>روش:</b> تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر؛ افزایش انگیزه برای تغییر رفتار. <b>تکلیف:</b> تمرین تکنیک تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش.	<b>۸</b> <b>هدف:</b> جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تر به جای الگوهای رفتاری طرح واره‌ها؛ جمع‌بندی مباحث مطرح شده در کل جلسات؛ <b>گرفتن بازخورد از اعضاء؛ اجرای پس‌آزمون.</b>
<b>۹</b> <b>روش:</b> تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر؛ افزایش انگیزه برای تغییر رفتار. <b>تکلیف:</b> نوشتن نامه به والدین.	<b>۹</b> <b>هدف:</b> جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تر به جای الگوهای رفتاری طرح واره‌ها؛ جمع‌بندی مباحث مطرح شده در کل جلسات؛ <b>گرفتن بازخورد از اعضاء؛ اجرای پس‌آزمون.</b>
<b>۱۰</b> <b>۱.</b> ارتباط دادن رفتار آماجی با ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی؛ <b>۲.</b> بازنگری مزايا و معایب ادامه رفتار؛ <b>۳.</b> تهیه کارت‌های آموزشی؛ <b>۴.</b> تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش.	<b>۱۰</b> <b>۱.</b> ارتباط دادن رفتار آماجی با ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی؛ <b>۲.</b> بازنگری مزايا و معایب ادامه رفتار؛ <b>۳.</b> تهیه کارت‌های آموزشی؛ <b>۴.</b> تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش.

### ۳ یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد مقیاس کلی و مؤلفه‌های رضایت و فرسودگی زناشویی و همچنین نتایج آنالیز کواریانس آمده است. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد توزیع نمرات متغیرهای مطالعه شده در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است. در این پژوهش آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره به کار رفت و پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه با آزمون لوین بررسی و ملاحظه شد واریانس‌های نمرات دو گروه تفاوت معناداری نداشت و پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برای نمرات متغیرهای مطالعه شده برقرار است. با توجه به ضریب F محاسبه شده، تعامل گروه و پیش‌آزمون‌ها معنادار نیست؛ درنتیجه تفاوت معناداری میان ضرایب دیده نمی‌شود و فرض همگنی رگرسیون در تمامی متغیرها وجود دارد. همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، براساس نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، میانگین

متغیر فرسودگی زناشویی نیز ۰/۷۱ به دست آمد؛ یعنی اثر باتوجه به مقیاس کوهن (۱۹۸۸) اندازه اثر بزرگ در نظر گرفته می شود؛ بنابراین فرضیه اثربخشی طرح واره درمانی گروهی بر میزان فرسودگی زناشویی به تأیید می رسد.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مؤلفه های رضایت زناشویی و فرسودگی زناشویی در گروه کنترل و آزمایش به همراه نتایج آنالیز کوواریانس

متغیر	نمره کلی رضایت زناشویی	پیش آزمون پس آزمون مقایسه پس آزمون						
		گروه	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	مقدار F	مقدار P
موضعات شخصی	ارتباط زناشویی	گروه آزمایش	۱۴/۹۶	۱۴۵/۱۵	۱۴/۷۳	۹۱/۴۵	۰/۷۹	<۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۱۲/۷۹	۹۷/۳۰	۱۷/۲۶	۹۳/۶۵	۱۰۰/۱۱۱	<۰/۰۰۱
حل تعارض	مدیریت مالی	گروه آزمایش	۲/۲۰	۱۲/۰۰	۲/۱۳	۸/۹۵	۰/۳۲	<۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۲/۲۴	۸/۷۵	۱/۶۹	۹/۱۵	۱۲/۶۲۰	<۰/۰۰۱
فعالیت های اوقات فراغت	روابط جنسی	گروه آزمایش	۱/۸۹	۱۲/۰۰	۲/۱۱	۸/۰۰	۰/۴۲	<۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۲/۱۱	۸/۴۰	۲/۳۵	۸/۱۰	۱۸/۹۱۲	<۰/۰۰۱
روابط با خانواده و دوستان	جهت گیری مذهبی	گروه آزمایش	۲/۳۴	۱۲/۶۰	۲/۰۶	۷/۴۵	۰/۵۸	<۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۲/۱۴	۸/۱۰	۱/۰۶	۷/۶۰	۳۵/۸۳۲	<۰/۰۰۱
روابط جنسی	فرسودگی زناشویی	گروه آزمایش	۲/۲۳	۱۳/۸۰	۱/۰۹	۸/۳۰	۰/۵۲	<۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۲/۱۱	۹/۵۰	۱/۷۰	۸/۴۵	۲۸/۶۸۱	<۰/۰۰۱
فعالیت های اوقات فراغت	ارتباط زناشویی	گروه آزمایش	۲/۲۷	۱۱/۳۵	۱/۰۵	۷/۲۰	۰/۴۹	<۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۱/۵۹	۷/۳۰	۱/۷۰	۷/۹۵	۲۵/۳۹۰	<۰/۰۰۱
روابط جنسی	جهت گیری مذهبی	گروه آزمایش	۲/۳۸	۱۳/۱۰	۱/۸۲	۸/۹۵	۰/۵۳	<۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۱/۷۴	۸/۱۰	۱/۹۵	۸/۶۰	۳۰/۳۳۱	<۰/۰۰۱
روابط با خانواده و دوستان	فرسودگی زناشویی	گروه آزمایش	۲/۰۷	۱۲/۷۵	۱/۹۵	۶/۹۵	۰/۴۷	<۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۲/۱۶	۸/۸۰	۲/۰۳	۷/۴۵	۲۳/۶۱۱	<۰/۰۰۱
جهت گیری مذهبی	نمره کلی رضایت زناشویی	گروه آزمایش	۱/۸۲	۱۱/۴۵	۱/۸۳	۷/۲۵	۰/۵۹	<۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۱/۲۶	۸/۱۵	۱/۸۸	۸/۲۰	۳۸/۰۲۳	<۰/۰۰۱
فرسودگی زناشویی	نمره کلی رضایت زناشویی	گروه آزمایش	۰/۶۰	۲/۱۸	۰/۲۸	۴/۶۴	۰/۷۱	<۰/۰۰۱
		گروه کنترل	۰/۷۴	۴/۲۹	۰/۴۹	۴/۵۵	۶۶/۴۴۲	<۰/۰۰۱

#### ۴ بحث

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی طرح واره درمانی گروهی بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی زناشویی زنان مبتلا به پرخوری عصبی انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد طرح واره درمانی گروهی بهطور معناداری بر کاهش میزان فرسودگی زناشویی در مرحله پس آزمون تأثیر دارد. همسو با این نتیجه، پژوهش ها حاکمی از اثربخشی این روش درمانی بر افزایش کیفیت روابط زناشویی است (۱۶). پناهی فرو همکاران در تحقیقی دریافتند طرح واره درمانی منجر به کاهش تعارض های زناشویی می شود (۱۷). در تبیین این نتیجه می توان گفت طبق نظر پاینی و نائز، فرد فرسوده نمی شود؛ مگر اینکه با موضوعی مربوط به بافت موقعیتی خود مثل عشق و کار، بیماری علاوه بر روندهای فرهنگی، مشکلات مالی، ساعات کاری گسترش دارد، کار در وضعیت اضطراب آور و به لحاظ عاطفی طاقت فرسا و... بهشدت درگیر شده باشد (۹). بیماری پرخوری

و شخصی‌سازی بوده که بر تمام زندگی‌شان سایه می‌اندازد و میزان رضایت زناشویی را در این افراد کاهش می‌دهد (به نقل از ۱۵). بسیاری از بیماران مبتلا به پرخوری عصبی، تفکراتی مشابه با اندیشه‌های خاص اشاره شده بک دارند و می‌توان چنین استباط کرد که ریشه در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه داشته باشند. به عنوان مثال طرح‌واره محرومیت هیجانی شامل باورهایی است مبنی بر نیاز افراطی به محبت و پشتیبانی و تحت پذیرش دیگران واقع شدن. اگر فرد در این زمینه هیجان منفی را تجربه کند جهت کاهش آن ممکن است به خوردن و پرخوری پناه برد. باور به اینکه اضافه‌فزون سبب جذاب‌نودن در نگاه دیگران می‌شود، می‌تواند طرح‌واره ناسازگار رهاشده‌گی یا طرح‌واره بی‌شرمی/انزوا را در فرد فعل کند. در این حالت رضایت زناشویی شخص بهشدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد. گاهی همین باور موجب فعل شدن طرح‌واره ناسازگار گوش بهزنگی و بازداری شده که با در نظر گرفتن معیارهای سرسختانه و تنبیه، بر کیفیت رابطه با همسر و رضایت زناشویی فرد مبتلا به پرخوری عصبی تأثیر مستقیم می‌گذارد (۲۱).

باتوجه به اینکه پرخوری عصبی اختلالی روانی است که بین خوردن مقدار زیادی غذا در مدت کوتاه و بعد تعدیل کردن کالری‌های اضافی با استفاده یا اعمال افراطی دیگر مشخص می‌شود (۲۲)، وجود تنها چند علامت از علائم پرخوری عصبی کاهش چشمگیری را در عملکرد فرد در زندگی زناشویی بهنیال دارد؛ بنابراین برنامه درمانی کوتاه‌مدت، علاوه‌بر نداشتن هزینه و زمان زیاد، می‌تواند مشکلات ایجاد شده به‌تبع پرخوری عصبی را در خانواده، بهبود بخشد.

## ۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به آنچه بیان شد، برخی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و طرح‌واره مربوط به‌ظاهر، با چاقی مرتبط بوده و لازم است تا مفهوم پردازی‌های نظری و مداخلات روان‌شناختی این متغیرها مدنظر قرار گیرد؛ بنابراین می‌توان چنین استباط کرد که نه تنها بیماری پرخوری عصبی بر رضایت زناشویی تأثیر داشته و باعث فرسودگی زناشویی می‌شود، بلکه نبود رضایت زناشویی نیز می‌تواند به تشدید بیماری پرخوری عصبی منجر شود. این ارتباط دوطرفه بین بیماری پرخوری عصبی و کیفیت زندگی زناشویی دارای مقاهم نظری و عملی مهمی است که در مراکز مشاوره و درمان رژیمی و دارویی اختلال‌های خوردن می‌تواند استفاده شود.

جبرانی<sup>۱</sup> نقش محوری در این اختلال‌ها دارد. مدل مذکور مبتنی بر شواهدی است که با باورهای بنیادی ناکارآمد برای انواع مختلف اختلال‌های خوردن، شباهت زیادی نشان می‌دهد. این باورهای ناکارآمد اغلب از الگوهای مشابه تجربیات اولیه ریشه گرفته و رشد کرده‌اند (۱۲). در رویکرد طرح‌واره‌درمانی، طرح‌واره همان الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری است که از خاطره‌ها، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده و در مسیر زندگی تداوم داشته است. از نظر یانگ طرح‌واره‌درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید دارد؛ از این‌رو بهنیال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح کند. این عمل از میزان موفقیت چشمگیری در کاهش علائم مانند اضطراب و افسردگی و جلوگیری از برگشت آن برخوردار است (۱۲)؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت با تغییر این نگرش‌ها و باورهای ناکارآمد از طریق طرح‌واره‌درمانی در بیماران مبتلا به پرخوری عصبی، به کاهش فرسودگی زناشویی کمک کرد.

همچنین یافته‌ها مشخص کرد طرح‌واره‌درمانی گروهی به‌طور معناداری بر افزایش میزان رضایت زناشویی در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد. هم‌سو با این نتیجه، مختاری و همکاران در پژوهش خود دریافتند این روش درمانی سبب افزایش رضایت زناشویی در افراد مبتلا به سواس شده است (۱۸). نتیجه این تحقیق با پژوهش بروجنی و لیاقت و افحمنی، همسو است (۱۹). آن‌ها بیان کردند طرح‌واره‌درمانی سبب ارتقای توانایی همسران در نوازش و دلچسپی‌کردن می‌شود که به‌تun آن رضایت زناشویی بیشتری را به‌همراه دارد. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش شکری و نوابی و احقف همخوان است (۲۰).

در تبیین این یافته می‌توان گفت طبق نظر اپشتاین و آیدلسون، افراد با مجموعه‌ای از انتظارها و باورها و تخیل‌ها درباره نقش همسرشان و نیز نقش خودشان ازدواج می‌کنند و بسیاری از این انتظارها ممکن است غیرواقع‌بینانه باشد که سبب نومیدی، دلسردی، بی‌اعتمادی و خصومت می‌شود. به‌اعتقاد آن‌ها میزان باورهای غیرمنطقی درباره رابطه زناشویی پیش‌بینی‌کننده نیرومندی پریشانی زندگی زناشویی است (به نقل از ۱۵). بک اظهار می‌دارد «وقتی از نزدیک مشکلات زوج‌ها را بررسی کردم دریافتیم که آن‌ها نیز مانند بیماران افسرده و مضطرب گرفتار اختلالات شناختی هستند». وی طی کار با زوج‌های درمانده به این نتیجه رسید که آن‌ها دارای تفکرهای خاصی از جمله گسته‌بینی، تجربیدهای انتخابی، تعمیم افراطی، درشت‌نمایی، برچسب‌زدن منفی

<sup>1</sup>. compensatory schemas

## References

1. Grob S, Stern J, Gamper L, Moergeli H, Milos G, Schnyder U, et al. Behavioral responses to catecholamine depletion in unmedicated, remitted subjects with bulimia nervosa and healthy subjects. *Biol Psychiatry*. 2015;77(7):661–7. doi:[10.1016/j.biopsych.2013.09.013](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.09.013)
2. Grilo CM, Ivezaj V, White MA. Evaluation of the DSM-5 severity indicator for bulimia nervosa. *Behav Res Ther*. 2015;67:41–4. doi:[10.1016/j.brat.2015.02.002](https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.02.002)
3. Watson HJ, Steele AL, Bergin JL, Fursland A, Wade TD. Bulimic symptomatology: The role of adaptive perfectionism, shape and weight concern, and self-esteem. *Behav Res Ther*. 2011;49(9):565–72. doi:[10.1016/j.brat.2011.04.002](https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.04.002)
4. Sassaroli S, Gallucci M, Ruggiero GM. Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders, Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(4):467–88. doi:[10.1016/j.jbtep.2007.11.005](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.11.005)
5. Fisher TD, McNulty JK. Neuroticism and marital satisfaction: the mediating role played by the sexual relationship. *J Fam Psychol*. 2008;22(1):112–22. doi:[10.1037/0893-3200.22.1.112](https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.1.112)
6. Woodside DB, Lackstrom JB, Shekter-Wolfson L. Marriage in eating disorders comparisons between patients and spouses and changes over the course of treatment. *J Psychosom Res*. 2000;49(3):165–8. doi:[10.1016/S0022-3999\(00\)00154-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00154-9)
7. Farzane H, Mehrabizadeh Honarmand M, Khajedin N, Zargar Y. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on neurological overweight in women referring to Ahwaz's overeating center. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2012;10(4):417–25. [Persian]
8. Abasi R, Rasoulzade Tabatabaei SK. Marital satisfaction and individual differences: the role of personality factors. *Journal of Behavioral Sciences*. 2009;3(3):237–42. [Persian]
9. Pines AM, Nunes R. The relationship between career and couple burnout: implications for career and couple counseling. *J Employ Couns*. 2003;40(2):50–64. doi:[10.1002/j.2161-1920.2003.tb00856.x](https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2003.tb00856.x)
10. Pines AM. Marriage burnout: A new conceptual framework for working with couples. *Psychotherapy in Private Practice*. 1987;5(2):31–44. doi: [10.1080/J294v05n02\\_03](https://doi.org/10.1080/J294v05n02_03)
11. Young J, Klosko J, Weishaar M. Schema therapy. Hamidpour H, Andouz Z (Persian translators). First edition. Tehran, Iran: Arjmand; 2014, pp:23.
12. Mountford V, Waller G, Watson D, Scragg P. An experimental analysis of the role of schema compensation in anorexia nervosa. *Eat Behav*. 2004;5(3):223–30. doi:[10.1016/j.eatbeh.2004.01.012](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.01.012)
13. Ashoori J. Comparing the effectiveness of meta-cognitive therapy and schema therapy on decrease symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. *Journal of Arak Univ Med Sci*. 2015;18(2):50–61. [Persian] <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-3277-en.html>
14. Amani A, Behzad D. Effectiveness of schema therapy in promoting marital engagement and couples self-esteem. *Journal of Counseling Research*. 2012;41(11):117–33. [Persian]
15. Khanabadi M. Investigating the effectiveness of collaborative analysis of information exchange on marital satisfaction [Thesis for MA in family counseling]. [Tehran, Iran]: Faculty of Psychology, University of Allameh Tabataba'i; 2010, pp: 40–45. [Persian]
16. Khatamsaz B, Forouzandeh E, Ghaderi D. Effectiveness of schema therapy on marital satisfaction and marital relationship quality in married woman. *Journal of international educational & Psychological Researches*. 2017;3(1):11–16. doi:[10.4103/2395-2296.186513](https://doi.org/10.4103/2395-2296.186513)
17. Panahifar S, Taghizade M, Esfandyari H, Mahdavi A, Salehi S. Effectiveness of schema focused couple therapy to reduce marital relations conflict applicant for divorce. *Advance in Natural and Applied Sciences*. 2015;9(1):70.
18. Mokhtari S, Bahrami F, Padash Z, Hosseiniyan S, Soltanizadeh M. The effect of schema therapy on marital satisfaction of couples with obsessive compulsive personality disorder. *Journal of Contemporary Research in Business*. 2012;3(12):207–25.
19. Borujeni Rouhi S, Liaghat R, Afkhami I. Effectiveness of Young's schema therapy in enhancing one's capability to caress his wife. *Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities*. 2014;4(11):263–72. doi:[10.5958/2249-7315.2014.01052.1](https://doi.org/10.5958/2249-7315.2014.01052.1)
20. Shekari Ghandpazi F, Navabi Nezhad Sh, Ghodsi A. Effectiveness of group counseling based on schema therapy approach in the attachment styles of married housewives. *European Online Journal of Natural and Sciences*. 2014;3(2):276–84.
21. Anderson K, Rieger E, Caterson I. A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *J Psychosom Res*. 2006;60(3):245–52. doi:[10.1016/j.jpsychores.2005.08.002](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.08.002)
22. Halgin R, Whitbourne S. *Psychological Pathology*. SeiyedMohammadi Y. (Persian translator). First edition. Tehran, Iran: Ravan publishing; 2003, pp: 80.

23. Brannan ME, Petrie TA. Psychological well-being and the body dissatisfaction–bulimic symptomatology relationship: An examination of moderators. Eat behav. 2011;12(4):233-41.  
doi:[10.1016/j.eatbeh.2011.06.002](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.06.002)