

مدل پیش‌بینی رفتار خوردن بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اختلالات شخصیت و سبک‌های مقابله

حسن میرزاحسینی^۱، سوگند ارجمند^۲، هدی لاجوردی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اختلالات شخصیت و سبک‌های مقابله در پیش‌بینی رفتار پرخوری انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: بدین منظور ۱۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم که دارای شاخص توده بدنی بالاتر از ۲۵ بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از توضیح و تبیین اهداف پژوهش از آن‌ها خواسته شد تا ابزارهای پژوهش شامل مقیاس (Millon Clinical Multiaxial Inventory یا MCMI-III)، پرسش‌نامه اجتناب (Young-Rygh Avoidance Inventory یا YRAI)، پرسش‌نامه جبران (Young Compensation Inventory یا YCI) و پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه (Young Schema Questionnaire یا YSQ-S3) را تکمیل کنند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری همبستگی Pearson و رگرسیون هم‌زمان مورد بررسی و آزمون قرار گرفت.

یافته‌ها: طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، وابستگی/بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص/شرم، خویشتن‌داری ناکافی در مجموع ۳۷/۲ درصد از واریانس پرخوری را پیش‌بینی کرد. همچنین، سبک‌های مقابله جبران افراطی و اجتنابی ۱۲/۳ درصد و اختلال‌های شخصیت مرزی، دوری‌گزین و شخصیت منفعل-پرخاشگر به طور ترکیبی قادر به پیش‌بینی ۱۸/۵ درصد از واریانس پرخوری بود.

نتیجه‌گیری: طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه‌های خودگردانی، بازداری و محدودیت‌های مختل، به خصوص بریدگی و طرد و نیز سبک‌های مقابله، اختلالات شخصیت مرزی و منفعل-پرخاشگر می‌تواند در آسیب‌شناسی و درمان اختلال پرخوری دارای اهمیت باشد. به کارگیری مداخلات روان‌شناختی در جهت کاهش رفتارهای ناشی از طرحواره‌های فوق و نیز تغییر در سبک مقابله افراد مبتلا به چاقی می‌تواند کمکی در جهت تسریع در فرایند درمان باشد.

واژه‌های کلیدی: پرخوری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اختلالات شخصیت و سبک‌های مقابله، چاقی

ارجاع: میرزاحسینی حسن، ارجمند سوگند، لاجوردی هدی. مدل پیش‌بینی رفتار خوردن بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اختلالات شخصیت و سبک‌های مقابله. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۴): ۴۸۵-۴۷۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۵/۲۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۸/۲۰

مقدمه

چاقی و اضافه وزن بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، مشکل عمده تهدید کننده سلامتی در جهان است که بیش از یک میلیارد نفر به آن مبتلا هستند (۱). گسترش فزاینده چاقی، اضافه وزن و پیامدهای مختلف جسمانی، روان‌شناختی و اقتصادی ناشی از آن موجب شده است که اختلالات خوردن یکی از مورد توجه‌ترین اختلالات روانی باشد. اختلال پرخوری در شایع‌ترین دسته از اختلالات خوردن قرار دارد و رایج‌ترین اختلال خوردن به شمار می‌رود (۲). اختلال پرخوری شامل خوردن مقدار زیادی از غذا است که به طور نامعمول و با احساس فقدان کنترل در طول دوره خوردن اتفاق می‌افتد (۳). در افراد مبتلا به اختلال پرخوری استفاده مکرر از رفتارهای جبرانی نامناسب برای کنترل وزن انجام نمی‌شود و فقط در طی دوره‌هایی بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی اتفاق نمی‌افتد. با وجود شیوع اختلال پرخوری در میان افراد مبتلا به چاقی و

اضافه وزن، این اختلال به افراد چاق محدود نمی‌شود و از سوی دیگر، مطالعات نشان داده است که نیمی از افراد مبتلا به پرخوری دچار چاقی هستند (۴).

چاقی و اختلالات خوردن به عنوان بیماری مزمن شناخته می‌شود که درمان آن‌ها با موفقیت پایینی همراه است؛ به طوری که عود و برگشت وزن مشکل شایعی است که راه حل مشخصی برای آن ارایه نشده است (۵). مشخص کردن علت پرخوری مشکل است و به نظر می‌رسد که این اختلال از همبستگی چند عامل به وجود می‌آید که تأثیر متغیرهای رفتاری و روان‌شناختی در این میان بسیار حایز اهمیت است (۶، ۷).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط Young و همکاران به منظور ارایه یک چارچوب نظری و کاربردی جهت تبیین، آسیب‌شناسی و درمان اختلالات روانی صورت‌بندی شده است (۸). مطالعات متعددی نشان دهنده وجود طرحواره‌های اولیه ناسازگارتر در افراد مبتلا به اختلالات خوردن به خصوص پراشتهایی و

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران

۲- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران

نویسنده مسؤول: حسن میرزاحسینی

Email: mirzahoseini.hasan@yahoo.com

بی‌اشتهایی عصبی در مقایسه با افراد عادی بوده است (۹). طرحواره‌های شکست، وابستگی، استحقاق و بزرگ منشی، محرومیت هیجانی، نقص و شرم، رهاشدگی و بی‌ثباتی در بین افراد مبتلا به اختلال پرخوری بیشتر از گروه شاهد گزارش شده است (۱۰). شواهد مربوط به طرحواره‌های ناسازگار افراد مبتلا به پرخوری نتایج مشابه و نیز متناقضی داشته است. در پژوهشی که Nauta و همکاران به منظور بررسی افکار ناخودآیند منفی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بین زنان چاق مبتلا به اختلال پرخوری و زنان چاق فاقد اختلال پرخوری انجام دادند، طرحواره‌های بی‌ثباتی/رهاشدگی، محرومیت هیجانی، نقص و شرم در بین زنان چاق مبتلا به اختلال پرخوری بیشتر بود؛ در حالی که در بین زنان چاق فاقد اختلال پرخوری طرحواره‌های وابستگی/بی‌کفایتی و خود انضباطی ناکافی فراوانی بیشتری داشت (۱۱). از سوی دیگر، در مطالعه‌ای که بر روی افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و نیز فاقد اختلال پرخوری صورت گرفت، افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری در طرحواره‌های بی‌ثباتی/رهاشدگی، خود انضباطی ناکافی و محرومیت هیجانی به طور معنی‌دار نمرات بالاتری نسبت به افراد چاق فاقد اختلال پرخوری کسب کردند (۱۲). آنچه از مرور ادبیات پژوهش در زمینه اختلال پرخوری به دست می‌آید، اهمیت باورهای هسته‌ای و طرحواره‌ها در افراد مبتلا به اختلال پرخوری است (۹، ۱۱، ۱۲، ۶).

بر اساس تحقیقات صورت گرفته در اختلالات خوردن، سبک مقابله با فشار روانی از جمله عمده‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده محسوب می‌شود. افراد برای مقابله با فشار روانی تلاش می‌کنند تا نوعی سبک مقابله برای کاهش آن‌ها انتخاب کنند. بر اساس نظریه پدیدارشناسی-شناختی، افراد در مواجهه با نیازها و تقاضاهای درونی، بیرونی و در چالش برای تأمین منابع لازم برای این مواجهه دچار تنیدگی و تجربه فشار روانی می‌شوند. بنابراین، مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد برای جلوگیری، مدیریت و کاهش این وضعیت صورت می‌گیرد که مقابله یا کنار آمدن نامیده می‌شود (۱۳). پژوهش‌ها نشان دهنده وجود گونه‌های مشخصی از سبک‌های مقابله در افراد است که روابط مهمی با اختلالات مختلف روانی دارد (۱۴). سبک‌های مقابله با طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز در ارتباط است و بر سازگاری و مقابله افراد تأثیر مهمی دارد. در مدل طرحواره درمانی، Young و همکاران سبک‌های مقابله اجتناب و جبران افراطی را مطرح و پرسش‌نامه‌هایی برای سنجش این سبک‌ها ارایه کرده‌اند (۸). رابطه میان سبک‌های مقابله و اختلالات خوردن در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است. افرادی که دچار اختلالات شدید خوردن هستند، از سبک‌های مقابله اجتنابی و هیجانی استفاده می‌کنند (۱۵). پژوهش گسترده Lee-Winn و Mendelson بر ۱۰۱۲۳ نوجوان آمریکایی نیز نشان داد که بهره‌گیری روش‌های مقابله اجتنابی مانند تفکر آرزومندانه، میل به تنهایی و واکنش عاطفی با شیوع اختلال پرخوری در بین افراد در ارتباط است (۱۶).

سبک‌های مقابله‌ای و طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در مدل Young مطرح می‌شود، با اختلالات مختلف در ارتباط است و می‌تواند آسیب‌شناسی اختلالات روانی مختلفی را در محور ۱ و ۲ توضیح دهد (۸). برخی از طرحواره‌ها ارتباط مشترکی با اختلالات شخصیتی و اختلالات روانی دارد که این موضوع زمینه‌ساز پژوهش‌هایی برای بررسی روابط میان طرحواره‌ها، اختلالات شخصیت و اختلالات روانی شده است. Yanovski و همکاران نشان دادند که اختلال شخصیت مرزی و اجتنابی در میان افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری به طور معنی‌داری بالاتر از افراد چاق فاقد اختلال پرخوری است (۱۷). همچنین، شیوع

این اختلالات در گروه‌های مختلف از افراد چاق با شدت متفاوت از اختلال پرخوری بالاتر از گروه دیگر بود. Anderluh و همکاران نیز در یک بررسی نشان دادند که صفات مرتبط با شخصیت و سواسی-جبری در کودکی پیش‌بینی کننده اختلالات خوردن در افراد است. افراد مبتلا به اختلالات خوردن که انعطاف‌ناپذیری و کمال‌خواهی در کودکی داشتند و زمینه‌های اختلال شخصیت و سواسی-جبری در آن‌ها وجود داشت، در بزرگسالی احتمال بیشتری برای ابتلا به اختلالات خوردن داشتند (۱۸). در مدل شناختی باورهای هسته‌ای که در دوران کودکی و نوجوانی و در نتیجه تجارب زندگی شکل گرفته‌اند، باورهایی فراگیر، کلی، انعطاف‌ناپذیر و بیش از حد تعمیم یافته هستند. این باورها غیر شرطی بوده و در مدل Young با عنوان طرحواره مطرح شده است. با توجه به رابطه‌ای که طرحواره‌های ناسازگار اولیه و باورهای هسته‌ای با اختلال پرخوری دارد و در ضمن، همین طرحواره‌ها الگوی اصلی بسیاری از اختلالات شخصیت را تبیین می‌کند، تمرکز بر روابط بین این متغیرها می‌تواند راه‌گشای شناخت دقیق‌تر از اختلال پرخوری باشد (۱۹). از این‌رو، پژوهش حاضر به بررسی رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله و اختلالات شخصیتی با اختلال خوردن می‌پردازد و میزان رابطه هر کدام از این متغیرها را با پرخوری مورد بررسی قرار می‌دهد تا از بین عوامل مطرح شده به تعیین متغیرهایی بپردازد که بیشترین مقدار واریانس پرخوری را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین، پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله و اختلالات شخصیتی در تبیین پرخوری چه تأثیری دارد و سهم هر کدام چقدر است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش همبستگی انجام شد. از بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم تعداد ۱۵۰ نفر که مبتلا به چاقی و یا اضافه وزن بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شد. معیارهای ورود عبارت از داشتن شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۴۰، داشتن سن ۲۰ تا ۵۰ سال، نداشتن بیماری‌های جسمی که بر چاقی تأثیرگذار باشد و ابتلا به اختلال پرخوری که مبنای آن به دست داشتن نمره بالاتر از ۱۷ در مقیاس پرخوری بود. ملاک‌های خروج در پژوهش عبارت از ابتلا به چاقی مرضی در اثر دلایل فیزیولوژیک (هورمونی و متابولیک) و تحت درمان روان‌پزشکی بود. ابزارهایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، عبارت بود از:

مقیاس Million Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III): پرسش‌نامه چند محوری بالینی Millon با روش خودگزارشی دامنه گسترده‌ای از ویژگی‌های شخصیتی و مقابله هیجانی پاسخ دهندگان را می‌سنجد. مطالعات ضریب Cronbach's alpha در محدوده ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ برای مقیاس‌های بالینی مختلف این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند. سطح قابل قبول ثبات بلند مدت این پرسش‌نامه حایز اهمیت است؛ به طوری که اعتبار بازآزمایی با فاصله ۳۸۹ روز برای مقیاس‌های شخصیت گزارش شده است. ضمن این که ضریب اعتبار بازآزمایی کوتاه مدت در مقیاس‌های مختلف بین ۰/۹۶ تا ۰/۸۲ حاصل شد (۲۰). مطالعه روایی تشخیصی بسیار خوب این مقیاس در جمعیت ایرانی به دست آمده است و توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها ۰/۹۲ تا ۰/۹۸ و توان پیش‌بینی منفی کل مقیاس‌ها ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ گزارش شده است. پایایی به دست آمده در مطالعات ایرانی به روش بازآزمون ۰/۷۹ تا ۰/۹۷ و به

روش ضریب Cronbach's alpha ۰/۶۴ تا ۰/۸۹ بوده است (۲۱).

مقیاس پرخوری (Binge eating scale): BES این مقیاس ۱۶ گویه‌ای به منظور اندازه‌گیری شدت پرخوری در افراد مبتلا به چاقی توسط Gormally و همکاران طراحی شده است (۲۲). هر گویه از ۳ یا ۴ جمله تشکیل شده است که افراد بهترین توصیف را انتخاب می‌کنند. این مقیاس ابعاد شناختی - عاطفی (مانند احساس گناه، اشتغال ذهنی با خوردن محدود) و رفتاری (مانند غذا خوردن سریع، تنها غذا خوردن سریع، تنها غذا خوردن) اختلال پرخوری را می‌سنجد. روایی و پایایی مقیاس اصلی به زبان انگلیسی رضایت‌بخش گزارش شده است (۲۳). در بررسی اعتبار نسخه ایرانی این مقیاس با استفاده از روش دو نیمه‌سازی ۰/۶۷، آزمون - بازآزمون ۰/۷۲ و ضریب Cronbach's alpha ۰/۸۵ به دست آمده است. همچنین، ضریب حساسیت ۸۸/۶ درصد گزارش شده است (۲۴).

پرسش‌نامه اجتناب Rygh-Young / YRAI یا Young-Rygh Avoidance Inventory): یک پرسش‌نامه ۴۰ گویه‌ای است که توسط Rygh و Young و به منظور بررسی ۱۴ راهبرد مقابله اجتنابی طراحی شده است و در یک مقیاس ۶ درجه‌ای توسط پاسخ دهندگان نمره داده می‌شود. در این مجموعه، پاسخ‌های مقابله‌ای فرد سعی می‌کند از رویه‌رو شدن و فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه اجتناب کند (۸). همسانی درونی و روایی همگرایی این پرسش‌نامه در افراد با اختلالات خوردن مناسب گزارش شده است (۲۵). در ایران این پرسش‌نامه بررسی شد و ضریب پایایی ۰/۷۹ برای آن به دست آمد. ضریب Cronbach's alpha گزارش شده برای یازده راهبرد از ۰/۲۳ تا ۰/۷۶ بود (۲۶). همچنین، همسانی درونی مقیاس ۰/۷۰ گزارش شده است (۲۷).

جبران افراطی Young پرسش‌نامه جبران Young Compensation Inventory یا YCI): یک پرسش‌نامه ۴۷ گویه‌ای است که توسط Young تهیه شده و راهبرد مقابله‌ای جبران افراطی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسش‌ها در یک مقیاس ۶ درجه‌ای توسط پاسخ دهندگان نمره داده می‌شود (۸). همسانی درونی و روایی همگرایی این پرسش‌نامه در افراد با اختلالات خوردن مناسب گزارش شده است (۲۸). در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران ضریب پایایی ۰/۷۵ گزارش شده است. همچنین، ضریب Cronbach's alpha به دست آمده برای پرسش‌نامه ۰/۷۱ است (۲۶).

پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه Young (Young Schema Questionnaire یا YSQ-S3): فرم کوتاه پرسش‌نامه Young که ۹۰ گویه دارد و هر ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را می‌سنجد. به هر طرحواره ۵ ماده اختصاص داده شده است که نمره‌گذاری آن با جمع نمره‌های آن انجام می‌گیرد. پایایی این پرسش‌نامه در بررسی که به روش بازآمایی و همسانی درونی توسط Young و همکاران بر روی نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان در آمریکا انجام شد، ۰/۸۱ و ۰/۹۵ گزارش شده است. در بررسی روایی همگرایی این پرسش‌نامه با ابزارهای علایم اختلالات شخصیت، اعتماد به نفس، درماندگی روان‌شناختی (Psychological distress) و آسیب‌پذیری شناختی (Cognitive vulnerability for depression) به افسردگی مشخص شد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلالات شخصیت، درماندگی، اختلال عملکرد، نگرش و نیز هیجانات منفی ارتباط مثبت و با ویژگی‌هایی مانند

اعتماد به نفس و عاطفه مثبت ارتباط منفی دارد (۲۹). پایایی و روایی این پرسش‌نامه در ایران توسط یوسفی و شیربگی بررسی شده و در یک نمونه ۵۷۹ نفری به روش ضریب Cronbach's alpha برای کل نمونه ۰/۹۱ و به روش دو نیمه کردن ۰/۸۶ به دست آمده است. هیچ کدام از عامل‌ها ضریب Cronbach's alpha کمتر از ۰/۸۱ نداشت. پایین‌ترین ضریب مربوط به عامل خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی به میزان ۰/۸۱ و بالاترین مقدار مربوط به عامل بیگانگی/ انزوای اجتماعی به میزان ۰/۹۱ به دست آمد. روایی همگرایی پرسش‌نامه با مقیاس تجدید نظر شده SCL-90-R یا Symptom checklist-90-revised (۰/۳۶) و با علایم اختلالات شخصیت همبستگی ۰/۳۵ به دست آمد ($P < ۰/۰۰۱$) (۳۰).

روند اجرای پژوهش بدین صورت بود که برای به دست آوردن شاخص توده بدنی شرکت کنندگان ابتدا وزن آن‌ها با استفاده از ترازوی دیجیتال، با کمترین پوشش و بدون کفش اندازه‌گیری شد. برای اندازه‌گیری قد شرکت کنندگان نیز از متر پارچه‌ای غیر قابل ارتجاع در وضعیتی که افراد در کنار دیوار قرار داشتند، استفاده گردید. به منظور همسانی داده‌ها، همه اندازه‌گیری‌ها توسط یک نفر انجام شد. در مورد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلالات شخصیت از نمره‌های راهنما استفاده گردید.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در پژوهش شامل ۸۵ نفر زن با میانگین سنی ۲۵/۶۴ سال (انحراف معیار ۳/۱۲) و ۶۵ نفر مرد با میانگین سنی ۲۷/۱۲ سال (انحراف معیار ۳/۳۴) بودند. میانگین سنی کل شرکت کنندگان ۲۶/۸۵ سال بود که در دامنه ۱۹-۳۹ سال قرار داشتند.

نتایج مربوط به همبستگی میان متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است. از بین ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه شش طرحواره رهاشدگی/ بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، وابستگی/ بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص/ شرم، خویشتن‌داری ناکافی همبستگی مثبت و معنی‌دار با اختلال پرخوری داشت.

جدول ۱. شاخص‌های گرایش مرکزی و همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین پژوهش با پرخوری

متغیرها	میانگین $\pm$ انحراف معیار	همبستگی	مقدار P
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	۱۵/۶۶ $\pm$ ۴/۶۸	-۰/۴۸۱	۰/۰۰۱
محرومیت هیجانی	۱۴/۹۱ $\pm$ ۵/۲۸	-۰/۴۵۲	۰/۰۰۱
وابستگی/ بی‌کفایتی	۱۱/۲۴ $\pm$ ۴/۲۶	-۰/۳۴۳	۰/۰۱۸
بازداری هیجانی	۱۳/۴۵ $\pm$ ۴/۴۵	-۰/۳۶۸	۰/۰۰۶
نقص/ شرم	۱۱/۶۱ $\pm$ ۴/۱۱	-۰/۳۵۱	۰/۰۱۰
خویشتن‌داری ناکافی	۱۴/۸۷ $\pm$ ۵/۱۶	-۰/۴۶۹	۰/۰۰۱
شخصیت مرزی	۱۱/۶۲ $\pm$ ۴/۱۵	-۰/۳۰۵	۰/۰۰۱
شخصیت دوری‌گزین	۹/۲۳ $\pm$ ۳/۶۵	-۰/۲۱۱	۰/۰۱۹
شخصیت منفعل - پرخاشگر	۱۰/۳۱ $\pm$ ۳/۲۸	-۰/۲۲۶	۰/۰۲۵
سبک جبران افراطی	۱۰/۵۹ $\pm$ ۴/۶۵	-۰/۲۹۴	۰/۰۰۱
سبک اجتنابی	۸/۲۵ $\pm$ ۳/۱۳	-۰/۲۱۴	۰/۰۲۶

جدول ۲. شاخص‌های تحلیل رگرسیون هم‌زمان و تحلیل واریانس مدل رگرسیون برای پیش‌بینی پرخوری بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه

متغیر	B	β	t	P	F	R	R^2	R^2 Adjusted
مدل طرحواره‌ها				۰/۰۰۱	۲۱/۴۱۰	۰/۶۲۰	۰/۳۷۲	۰/۳۵۱
رهاشده‌گی/بی‌ثباتی	۰/۴۰۰	۰/۳۱۹	۴/۲۷۳	۰/۰۰۱				
محرومیت هیجانی	۰/۲۸۴	۰/۲۲۱	۴/۳۵۸	۰/۰۰۱				
وابستگی/بی‌کفایتی	۰/۲۱۹	۰/۱۹۲	۲/۳۹۱	۰/۰۴۰				
بازداری هیجانی	۰/۲۳۲	۰/۲۱۷	۲/۵۲۰	۰/۰۳۵				
نقص/شرم	۰/۲۵۴	۰/۲۴۳	۳/۷۶۴	۰/۰۲۹				
خوشتن‌داری ناکافی	۰/۳۲۴	۰/۳۰۲	۴/۱۹۷	۰/۰۰۲				

به دست آمد. این مقادیر بیانگر رابطه مثبت و معنی‌دار این متغیرها با متغیر ملاک اختلال پرخوری بود.

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، نتایج تحلیل واریانس سه اختلال شخصیت مرزی، دوری‌گزین و شخصیت منفعل-پرخاشگر نشان دهنده معنی‌داری کل مدل و شاخص‌های آماری در مقایسه با مقادیر بحرانی بود ($F = ۲۱/۴۱$, $P < ۰/۰۰۱$). اختلال‌های شخصیت مرزی، دوری‌گزین و شخصیت منفعل-پرخاشگر مطرح شده به عنوان متغیرهای پیش‌بین به طور ترکیبی ۱۸/۵ درصد از متغیر ملاک پرخوری را تبیین کرد ($P < ۰/۰۰۱$). بررسی ضرایب رگرسیون نشان دهنده سهم معنی‌دار تمامی متغیرهای پیش‌بین بود که برای اختلال شخصیت مرزی ($\beta = ۰/۳۱۹$, $P < ۰/۰۰۱$)، اختلال شخصیت دوری‌گزین ($\beta = ۰/۲۱۴$, $P < ۰/۰۰۱$) و اختلال شخصیت منفعل-پرخاشگر ($\beta = ۰/۱۹۸$, $P < ۰/۰۰۱$) به دست آمد که بیانگر رابطه مثبت و معنی‌دار این متغیرها با متغیر ملاک بود.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل همبستگی متغیرهای پژوهش نشان داد که طرحواره‌های رهاشده‌گی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، وابستگی/بی‌کفایتی، بازداری هیجانی، نقص/شرم و خوشتن‌داری ناکافی دارای همبستگی مثبت و معنی‌دار با اختلال پرخوری است که از این میان طرحواره‌های رهاشده‌گی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی و خوشتن‌داری ناکافی رابطه قوی‌تری با اختلال پرخوری دارد. این نتایج با یافته‌های مطالعات قبلی همخوانی دارد (۱۲-۱۰). پژوهش‌های Nauta و همکاران (۱۱) و Barter و Waller (۳۱) نشان دهنده رابطه طرحواره‌های بی‌ثباتی/رهاشده‌گی، محرومیت هیجانی، خود انضباطی ناکافی و نقص/شرم با پرخوری بود. این یافته‌ها فرض زیربنایی مدل طرحواره محور Young در مورد فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه به خصوص در حوزه بریدگی و طرد و استفاده از رفتارهایی مانند پرخوری برای مقابله با آن را مورد تأیید قرار می‌دهد (۸).

بیشترین رابطه مشاهده شده مربوط به سه طرحواره رهاشده‌گی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی، خوشتن‌داری ناکافی بود ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین، سه اختلال شخصیت مرزی، شخصیت دوری‌گزین و شخصیت منفعل-پرخاشگر دارای همبستگی مثبت و معنی‌دار با اختلال پرخوری بود که از این میان اختلال شخصیت مرزی رابطه قوی‌تری با اختلال پرخوری داشت ($P < ۰/۰۰۱$). سبک‌های مقابله جبران افراطی و اجتنابی نیز دارای رابطه مثبت و معنی‌دار با اختلال پرخوری بود.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، نتایج تحلیل واریانس شش طرحواره ناسازگار نشان دهنده تأثیر کلی مدل و معنی‌داری شاخص‌ها در مقایسه با مقادیر بحرانی بود ($F = ۲۱/۴۱$, $P < ۰/۰۰۱$). طرحواره‌های مطرح شده به عنوان متغیرهای پیش‌بین به طور ترکیبی ۳۷/۲ درصد از متغیر ملاک پرخوری را تبیین کرد و در صورت تمهیم نتایج به جامعه اصلی توان پیش‌بینی ۲۵/۱ درصد از واریانس اختلال پرخوری را داشت ($P < ۰/۰۰۱$). بررسی ضرایب رگرسیون نشان دهنده سهم معنی‌دار تمامی متغیرهای پیش‌بین بود که برای طرحواره رهاشده‌گی/بی‌ثباتی ($\beta = ۰/۳۱۹$, $P < ۰/۰۰۱$)، طرحواره محرومیت هیجانی ($\beta = ۰/۲۲۱$, $P < ۰/۰۰۱$)، طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی ($\beta = ۰/۱۹۲$, $P < ۰/۰۰۱$)، طرحواره بازداری هیجانی ($\beta = ۰/۲۱۷$, $P < ۰/۰۰۱$)، طرحواره نقص/شرم ($\beta = ۰/۲۴۳$, $P < ۰/۰۰۱$)، طرحواره خوشتن‌داری ناکافی ($\beta = ۰/۳۰۲$, $P < ۰/۰۰۱$) به دست آمد و بیانگر رابطه مثبت و معنی‌دار این متغیرها با متغیر ملاک (پرخوری) بود.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، نتایج تحلیل واریانس دو سبک مقابله جبران افراطی و اجتنابی نشان دهنده تأثیر کلی مدل و معنی‌داری شاخص‌ها در مقایسه با مقادیر بحرانی بود ($F = ۱۹/۲۴$, $P < ۰/۰۰۱$). سبک‌های مقابله جبران افراطی و اجتنابی به عنوان متغیرهای پیش‌بین به طور ترکیبی ۱۲/۳ درصد از متغیر ملاک پرخوری را تبیین کرد و در صورت تمهیم نتایج به جامعه اصلی توان پیش‌بینی ۱۱/۵ درصد از واریانس اختلال پرخوری را داشت ($P < ۰/۰۰۱$). بررسی ضرایب رگرسیون نشان دهنده سهم معنی‌دار هر دو متغیر پیش‌بین بود که برای سبک مقابله جبران افراطی ($\beta = ۰/۲۲۳$)

جدول ۳. شاخص‌های تحلیل رگرسیون هم‌زمان و تحلیل واریانس مدل رگرسیون برای پیش‌بینی پرخوری بر اساس سبک‌های مقابله

متغیر	B	β	t	P	F	R	R^2	R^2 Adjusted
مدل سبک‌های مقابله				۰/۰۰۱	۱۹/۲۴۰	۰/۳۵۰	۰/۱۲۳	۰/۱۱۵
جبران افراطی	۰/۲۴۰	۰/۲۲۳	۲/۶۵۴	۰/۰۰۹				
اجتنابی	۰/۲۳۱	۰/۲۳۸	۲/۳۱۹	۰/۰۲۸				

جدول ۴. شاخص‌های تحلیل رگرسیون هم‌زمان و تحلیل واریانس مدل رگرسیون برای پیش‌بینی پرخوری بر اساس اختلالات شخصیت

متغیر	B	β	t	P	F	R	R ²	R ² Adjusted
مدل اختلالات شخصیت	۰/۳۱۰	۰/۳۱۹	۳/۸۹۲	۰/۰۰۱	۱۹/۳۵۰	۰/۴۳۰	۰/۱۸۵	۰/۱۷۶
شخصیت مرزی	۰/۲۸۴	۰/۲۱۴	۲/۸۶۹	۰/۰۱۹				
شخصیت دوری‌گزین	۰/۲۳۶	۰/۱۹۸	۲/۳۹۱	۰/۰۴۳				
شخصیت منفعل-پرخاشگر								

طرحواره‌هایی که در مطالعات مختلف مرتبط با اختلال پرخوری گزارش شده متفاوت بود، با این حال رابطه با شدت رفتارهای پرخوری و نیز اشتراک در طرحواره‌هایی مانند رهاشدگی/بی‌ثباتی و محرومیت هیجانی در پژوهش‌های متعددی مشخص شده است (۳۲، ۱۶، ۱۰، ۹). با توجه به بالا بودن نمرات طرحواره‌های حوزه یک در بیماران مبتلا به پرخوری که بیانگر بی‌ثباتی در خلق و رفتار آنان است، رفتار خوردن تکانشی آنان قابل درک می‌شود. همچنین، تحلیل رگرسیون و همبستگی متغیرهای پژوهش مشخص کرد که اختلال‌های شخصیت مرزی، دوری‌گزین و منفعل-پرخاشگر توان پیش‌بینی پرخوری را دارد. این نتایج همسو با برخی مطالعات قبلی است (۱۹، ۱۷). در مورد تفاوت مشاهده شده در این یافته پژوهشی با مطالعه Anderluh و همکاران این احتمال مطرح است که اختلالات بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی با اختلال شخصیت وسواسی-جبری در ارتباط است و اختلال پرخوری رابطه نزدیک‌تری به اختلال شخصیت مرزی و اجتنابی دارد (۱۸). احتمال دارد که آسیب‌شناسی هر کدام از این اختلالات به همدیگر شبیه‌تر باشد؛ به طوری که بیشترین رابطه با اختلال شخصیت مرزی به دست آمد. شخصیت مرزی با آسیب‌پذیری شناختی شدید و بدتنظیمی هیجانی همراه است. به نظر می‌رسد، افرادی که مبتلا به پرخوری هستند، باورهای ناسازگارتری در مورد ترک شدن، عدم دریافت حمایت از سوی افراد مهم زندگی و نیز ناتوانی در مدیریت تکانه‌های خود دارند (۱۲). سبک‌های مقابله جبران افراطی و اجتنابی نیز توانایی تبیین بخشی از واریانس پرخوری را داشت. این یافته‌ها با بخشی از نتایج تحقیقات قبلی

همخوان است (۱۵). راهبرد مقابله اجتنابی با الگوهای رفتاری و هیجانی غیر مرتبط با سلامتی در ارتباط است (۳۳). نتایج پژوهش گسترده Lee-Winn و Mendelson نیز نشان داد که انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه به جای حل تعارضات می‌تواند منجر به بروز انواع اختلالات خوردن شود (۱۶). سبک جبران افراطی در افراد دارای اضافه وزن و مبتلا به اختلال پرخوری ممکن است که رابطه‌ای تعدیل‌کننده یا میانجی با طرحواره‌های بی‌ثباتی/رهاشدگی، محرومیت هیجانی و خود انضباطی ناکافی داشته باشد. برای آزمون این موضوع و نیز ارتباطی که بین این متغیرها و اختلالات دیگر، پژوهش‌های بیشتری مورد نیاز است.

برخی از محدودیت‌ها در پژوهش حاضر وجود داشت که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. استفاده از ابزارهای خودگزارشی باعث محدودیت در بررسی بالینی مشارکت کنندگان بود. همچنین، نمی‌توان بیان داشت که متغیرهای مورد بررسی با اختلال پرخوری روابط علی دارد. افراد شرکت‌کننده در پژوهش به صورت در دسترس و از بین دانشجویان دانشگاه انتخاب شدند. پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین افراد مراجعه‌کننده به مراکز کاهش وزن انجام گیرد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر با همکاری دانشجویان و کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم مقدور شد. مراتب سپاسگزاری نویسندگان از این بزرگواران ابراز می‌شود.

References

1. Naghashpour M, Shakerinejad G, Lourizadeh MR, Hajinajaf S, Jarvandi F. Nutrition education based on health belief model improves dietary calcium intake among female students of junior high schools. *J Health Popul Nutr* 2014; 32(3): 420-9.
2. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord* 1993; 13(2): 137-53.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2014.
4. Mitchell JE, Devlin MJ, de Zwaan M, Peterson CB. Binge-eating disorder: Clinical foundations and treatment. New York, NY: Guilford Press; 2007.
5. Klatt IM. Treating the obese-binge eating disorder and food addiction: A model program. San Francisco, CA: California Institute of Integral Studies; 2008.
6. Derouche SA. A treatment program for obese binge eaters [PhD Thesis]. California, CA: California School of Professional Psychology; 1998.
7. Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: A qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27(8): 955-62.
8. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Trans. Hamidpour H, Andooz Z. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2010. p. 27-51. [In Persian].
9. Unoka Z, Tolgyes T, Czobor P. Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Compr Psychiatry* 2007; 48(2): 199-204.
10. Waller G. Schema-level cognitions in patients with binge eating disorder: A case control study. *Int J Eat Disord* 2003; 33(4): 458-64.

11. Nauta H, Hospers HJ, Jansen A, Kok G. Cognitions in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Cognit Ther Res* 2000; 24(5): 521-31.
12. Moloodi R, Dezhkam M, Mootabi F., Omidvar N. Comparison of early maladaptive schema in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *J Res Behav Sci* 2010; 4(2): 9-10. [In Persian].
13. Lazarus RS. Theory-Based Stress Measurement. *Psychol Inq* 1990; 1(13): 13.
14. Vollrath M, Torgersen S. Personality types and coping. *Pers Individ Dif* 2000; 29(2): 367-78.
15. Fitzsimmons EE, Bardone-Cone AM. Coping and social support as potential moderators of the relation between anxiety and eating disorder symptomatology. *Eat Behav* 2011; 12(1): 21-8.
16. Lee-Winn A, Mendelson T. Coping strategies and binge eating disorder: Implications for mindfulness-based approaches for binge eating disorder. *Proceedings of the Bridging the Hearts and Minds of Youth: Mindfulness in Clinical Practice, Education and Research*; 2013 Feb 1-3; San Diego, CA.
17. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993; 150(10): 1472-9.
18. Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 2003; 160(2): 242-7.
19. Sempertegui Gabriela A, Karreman A, Arntz A, Bekker Marrie HJ. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(3): 426-47.
20. Hesse M, Guldager S, Linneberg IH. Convergent validity of MCMI-III clinical syndrome scales. *Br J Clin Psychol* 2012; 51(2): 172-84.
21. Sharifi AA, Moulavi H, Namdari K. The validity of MCMI-III (Millon) scales. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2008; 9(34): 27-38. [In Persian].
22. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982; 7(1): 47-55.
23. 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. *Int J Eat Disord* 2004; 36(4): 434-44.
24. Dezhkam M, Moloodi R, Mootabi F, Omidvar N. Standardization of binge eating scale among Iranian obese population. *Proceedings of the 9th Annual Conference of Iranian Psychiatric Association*; 2009 Nov 24-27; Tehran, Iran. [In Persian].
25. Sheffield A, Waller G, Emanuelli F, Murray J, Meyer C. Do schema processes mediate links between parenting and eating pathology? *Eur Eat Disord Rev* 2009; 17(4): 290-300.
26. Salavati M. The dominant schemas and efficacy of schema therapy for women patient with borderline personality disorder [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Psychiatric Institute, Tehran University of Medical Science; 2007. [In Persian].
27. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie ME, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfahanian N. Factor analysis of the young schema questionnaire-short form in a nonclinical Iranian sample. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(2): 214-2. [In Persian].
28. Luck A, Waller G., Meyer C., Ussher M, Lacey H. The role of schema processes in the eating disorders. *Cogn Ther Res* 2005; 29(6): 717-32.
29. Yousefi N, Etemadi O, Bahrami F, Ahmadi SA, AL-Sadat Fatehi zاده M. Comparing early maladaptive schemas among divorced and non-divorced couples as predictors of divorce. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010; 16(1): 21-31.
30. Yousefi N, Shirbagi N. Validating the young early maladaptive schema questionnaire (YEMSQ) among students. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2010; 4(1): 38-46. [In Persian].
31. Waller G, Barter G. The impact of subliminal abandonment and unification cues on eating behavior. *Int J Eat Disord* 2005; 37(2): 156-60.
32. 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.
33. Hirokawa K, Yagi A, Miyata Y. Effects of stress coping strategies on psychological and physiological responses during speeches in Japanese and English. *J Soc Behav Pers* 2002; 30(2): 203-12.

The Predictive Model of Eating Behaviour Based on Early Maladaptive Schemas, Personality Disorders, and Coping Styles

Hasan Mirzahoseini¹, Sogand Arjmand², Hoda Lajevardi³

Original Article

Abstract

Aim and Background: This study aimed to investigate the role of early maladaptive schemas, personality disorders, and coping styles in predicting binge eating behavior.

Methods and Materials: The study subjects included 150 students of Qom Branch, Islamic Azad University with body mass index (BMI) of higher than 25 kg/m². They were selected through convenience sampling based on the inclusion and exclusion criteria. After explaining the purpose of the study, they were asked to fill out the questionnaires. The research tools included the Young-Rygh Avoidance Inventory (YRAI), Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III), Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3), Binge Eating Scale (BES), and Young Compensation Inventory (YCI). Data were analyzed using the Pearson correlation and simultaneous regression in SPSS.

Findings: The abandonment/instability, emotional deprivation, dependence/incompetence, insufficient self-control, emotional inhibition, and defectiveness/shame schemas were able to explain 37.2% of variance in binge eating. In addition, avoidance and compensation coping styles explained 12.3% of variance in binge eating, and borderline, avoidant, and passive-aggressive personality disorders explained 18.5% of variance in binge eating.

Conclusions: It seems that early maladaptive schemas areas of impaired autonomy, inhibition, and limits, especially disconnection and rejection, as well as coping styles, and borderline and passive-aggressive personality disorders have an important role in the pathology and treatment of binge eating disorder. Use of psychological interventions for the reduction of behaviors caused by the mentioned schemas and alterations in the coping style of overweight individuals may accelerate the healing process.

Keywords: Early maladaptive schemas, Coping styles, Personality disorders, Binge eating disorder, Obesity

Citation: Mirzahoseini H, Arjmand S, Lajevardi H. **The Predictive Model of Eating Behaviour Based on Early Maladaptive Schemas, Personality Disorders, and Coping Styles.** J Res Behav Sci 2016; 14(4): 479-85.

Received: 14.08.2016

Accepted: 10.11.2016

1- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

2- PhD Student, Department of Clinical Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

Corresponding Author: Hasan Mirzahoseini, Email: mirzahoseini.hasan@yahoo.com