



The Effectiveness of Schema Therapy training on Perfectionism and Fear of Intimacy in female with obesity

Mansoureh. Ebrahimi¹, Zohre. Raeisi*², Mahdi. Taheri³, Seyyed Abbas Haghayegh⁴

1. Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Sajjad University, Mashhad, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 478-491

Corresponding Author's Info

Email: z.tadbir@yahoo.com

Article history:

Received: 2022/05/13

Revised: 2022/08/11

Accepted: 2022/08/22

Published online:

2022/11/06

Keywords:

perfectionism, fear of intimacy, schema therapy, obesity.

ABSTRACT

Background and Aim: Currently, there is an agreement among health researchers that weight gain in people is the result of the interaction between biological and psychological factors. Despite this, researches have looked at the psychological issues of obese people more as the consequences of obesity rather than investigating the predictive role of psychological issues in the occurrence of obesity and overweight; the aim of this study was to evaluate the effectiveness of schema therapy training on perfectionism and fear of intimacy in women with obesity in Tehran in 2020. **Method:** The research method is quasi-experimental with pre-test-post-test design with control and follow-up groups. The statistical population of the study consisted of all obese women referred to the nutrition and diet therapy clinic in Tehran, from which 40 people were selected by purposive sampling method and randomly were assigned to an experimental group (20 people in each group) and one control group (20 people). The experimental group underwent 12 sessions of 60 minutes and the control group remained on the waiting list. The instruments used in the present study included the Perfectionism (Terry Short et al., 1995), and the Fear of Intimacy Questionnaire (Deskatner and Tellen, 1991). Analysis of information obtained from the questionnaire was performed in two parts: descriptive and inferential (analysis of variance with repeated measures). **Results:** The results showed that schema therapy training has an effect on the components of perfectionism (positive perfectionism and negative perfectionism) in women with obesity. The results also showed that schema therapy training has an effect on the components of fear of intimacy (fear of intimacy in relation to the spouse and fear of intimacy in relation to others) of women with obesity. **Conclusion:** The results showed the effectiveness of schema therapy training on perfectionism and fear of intimacy in obese women. Therefore, therapists can use this method to promote mental health in women with obesity.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Ebrahimi, M., Raeisi, Z., Taheri, M., & Haghayegh, S. A. (2022). The Effectiveness of Schema Therapy training on Perfectionism and Fear of Intimacy in female with obesity. *jayps*, 3(2): 478-491.



اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر کمالگرایی و ترس از صمیمیت زنان مبتلا به چاقی

منصوره ابراهیمی^۱، زهره رئیسی*^۲، مهدی طاهری^۳، سیدعباس حقایق^۴

۱. گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سجاد، مشهد، ایران
۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: پژوهشی صفحات: ۴۷۸-۴۹۱ اطلاعات نویسنده مسئول ایمیل: z.tadbir@yahoo.com	زمینه و هدف: در حال حاضر بین پژوهشگران حوزه سلامت این توافق وجود دارد که افزایش وزن در افراد در نتیجه تعامل بین فاکتورهای زیستی و روانی است. با وجود این، پژوهش‌ها به مسائل روان‌شناختی افراد چاق بیشتر به عنوان پیامدهای چاقی به این مسائل نگاه کرده‌اند تا این که به بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی مسائل روانشناسی در بروز چاقی و اضافه‌وزن بپردازند؛ لذا پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر کمالگرایی و ترس از صمیمیت زنان مبتلا به چاقی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شد. روش پژوهش: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیه و رژیم درمانی شهر تهران تشکیل دادند که از بین آنها، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در یک گروه آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش طرحواره درمانی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه کمالگرایی (تری شورت و همکاران، ۱۹۹۵)، و پرسشنامه ترس از صمیمیت (دسکاتر و تین، ۱۹۹۱) بودند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) انجام گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش طرحواره درمانی بر مولفه‌های کمالگرایی (کمالگرایی مثبت و کمالگرایی منفی) زنان مبتلا به چاقی تاثیر دارد. همچنین نتایج نشان داد آموزش طرحواره درمانی بر مولفه‌های ترس از صمیمیت (ترس از صمیمیت در رابطه با همسر و ترس از صمیمیت در رابطه با دیگران) زنان مبتلا به چاقی تاثیر دارد. نتیجه‌گیری: نتایج نشان دهنده اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر کمالگرایی و ترس از صمیمیت در زنان مبتلا به چاقی بود. بنابراین، درمانگران می‌توانند از روش مذکور برای ارتقای سلامت روان در زنان مبتلا به چاقی استفاده نمایند.
واژگان کلیدی کمالگرایی، ترس از صمیمیت، طرحواره درمانی، چاقی.	

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.
تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

ابراهیمی، منصوره؛ رئیسی، زهره؛ طاهری، مهدی؛ و حقایق، سیدعباس. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر کمالگرایی و ترس از صمیمیت زنان مبتلا به چاقی. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲): ۴۹۱-۴۷۸

مقدمه

امروزه چاقی^۱ و اضافه وزن به یکی از چالش‌های سلامت عمومی در جوامع تبدیل شده است. چاقی با پیامدهای ناخوشایند برای سلامت مانند بیماری‌های قلبی، فشارخون، سکت، دیابت قندی، انواع سرطان و مرگ زودرس ارتباط دارد (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۱۹). درباره ریشه‌های روان‌شناختی چاقی، پژوهش‌های زیادی تاکنون صورت گرفته است. یکی از مهم‌ترین زمینه‌های رفتاری که باعث ایجاد اضافه وزن و چاقی و چاق ماندن در افراد می‌گردد رفتارهای خوردن^۳ است (مسما و استینل^۴، ۲۰۲۰). در زمینه عادات و سبک‌های غذا خوردن در افرادی که دچار چاقی و اضافه وزن هستند، نظریات مختلفی وجود دارد. اولین نظریه، نظریه مرتبط با روان‌تنی^۵ است. بر اساس این نظریه، بعضی از افراد، گرسنگی واقعی را نمی‌توانند درست تشخیص دهند و در اکثر اوقات در پاسخ به حالات هیجانی، شروع به خوردن می‌کنند که به این سبک خوردن هیجانی^۶ می‌گویند. نظریه دوم نظریه برونی^۷ بودن نام گرفته است. بر اساس این نظریه افراد مبتلا به چاقی بیشتر تحت تأثیر محرک‌های محیطی، به خوردن دست می‌زنند و نه با توجه به گرسنگی واقعی‌شان، که به این سبک خوردن، برونی گفته می‌شود. سومین نظریه که نظریه بازداری یا منع^۸ نام دارد، رفتارهای ناهنجارانه خوردن در افراد چاق در این نظریه به خاطر رژیم گرفتنشان است. به عبارت دیگر، این افراد به دلیل منع شدن از خوردن، نسبت به خوردن غذاها تمایل بیشتری پیدا می‌کنند. این سبک خوردن، بازداری شده^۹ نام دارد (ربانی پارسا، ۱۳۹۶). شناسایی نمودن رفتارهای خوردن در افراد، می‌تواند علاوه بر طرح‌ریزی برنامه‌های درمانی مناسب، عاملی نیز برای پیش‌بینی رفتارهای خوردن در افراد و برآورده کردن اندازه

موفقیت آن‌ها در کاهش وزنشان، در نظر گرفته می‌شود. رفتار خوردن، پیش‌بینی کننده خوبی برای پر خوری در موقعیت‌های هیجانی است (کیو و هیو^{۱۰}، ۲۰۲۰). روند رو به رشد چاقی در افراد، پژوهشگران را بر آن داشته که بررسی‌های گوناگونی را در زمینه عوامل مرتبط با چاقی انجام دهند. در این میان بیشتر پژوهش‌های انجام شده در زمینه شیوع اضافه وزن و چاقی می‌باشد و کمتر به مسائل روان‌شناختی مرتبط با رفتارهای خوردن در این افراد پرداخته شده است. اما در حال حاضر بین پژوهشگران حوزه سلامت این توافق وجود دارد که افزایش وزن در افراد در نتیجه تعامل بین فاکتورهای زیستی و روانی است. با وجود این، پژوهش‌ها به مسائل روان‌شناختی افراد چاق بیشتر به عنوان پیامدهای چاقی به این مسائل نگاه کرده‌اند تا این که به بررسی نقش پیش‌بینی کنندگی مسائل روان‌شناسی در بروز چاقی و اضافه وزن بپردازند (خلیلی دوآبی، ۱۳۹۷؛ استیلز-شیلدز و هلمبک^{۱۱}، ۲۰۱۹). بنابراین با وجود شناخت چاقی به عنوان یک بیماری مزمن و جدی و مشکل بزرگ سلامتی در میزان موفقیت درمان چاقی بدبینی وجود دارد (دای، زو و ران^{۱۲}، ۲۰۲۰).

از جمله متغیرهایی که می‌تواند نقش مهمی در مساله چاقی و اضافه وزن داشته باشد، کمال‌گرایی است که به عنوان جستجوی استانداردهای غیرمنطقی و بسیار بالا در زمینه اهداف و انتظارات شخصی تعریف شده است (بنگ و چیانگ^{۱۳}، ۲۰۱۹). کمال‌گرایی مثبت به عنوان انگیزش برای رسیدن به هدف معین، درست همانند رسیدن به نتیجه مطلوب است و کمال‌گرایی منفی به عنوان انگیزش برای رسیدن به هدف میعین و اجتناب از نتایج برعکس همراه با نگرش منفی نسبت به اشتباهات، خودانتقادی شدید و احساس ناهمخوانی بین عملکرد و انتظارات تعریف شده است (حسینی، دوستی و باقری، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش سلا، ایناکون و کورتوفو^{۱۴} (۲۰۱۹) نشان

1. obesity
2. World Health Organization
3. eating behaviours
4. Mesmar & Steinle
5. psychosomatic
6. emotional
7. external
8. restraint
9. restrained eating behaviour

10. Qiu & Hou
11. Stiles-Shields & Holmbeck
12. Dai, Xu & Ran
13. Bang & Chung
14. Cella, Iannaccone & Cotrufo

و احساسات خود می‌ترسند، این افراد از این که عمیقاً دیده شوند، هراسان‌اند و از تقسیم عشق، احساسات، لبخند و شادی و حتی تقسیم خلایق با دیگران واهمه دارند (منبک،^۶ ۲۰۱۹). ترس از صمیمیت که ابعاد مختلف عاطفی، شناختی و رفتاری صمیمیت را تحت تاثیر قرار می‌دهد، روابط بین فردی و سلامت عمومی افراد به شدت مختل می‌کند (میتلند و نیلسون^۷، ۲۰۲۱). با افزایش ترس از صمیمیت، برقراری و تداوم ارتباط، احساس مثبت به روابط و ابراز احساسات و عواطف با مشکل مواجه می‌شود و در نتیجه رضایت از زندگی کاهش می‌یابد (دومینگز-پریرا^۸، ۲۰۱۸). در همین راستا نتایج پژوهش اسکالر^۹ (۲۰۲۰) نشان داد ترس از صمیمیت رابطه منفی و معناداری، با کیفیت روابط افراد مبتلا به چاقی دارد. در واقع با افزایش ترس از صمیمیت، کیفیت روابط افراد مبتلا به چاقی کاهش می‌یابد.

تاکنون برنامه‌های درمانی مختلفی به منظور درمان چاقی و اضافه وزن و پیشگیری از مشکلات سلامتی مرتبط با آن‌ها طراحی شده است که در اغلب این برنامه‌ها مشخصاً روی کاهش دریافت انرژی و تحرک فعالیت بدنی تاکید شده است (آگاه هریس، علی پور، جان بزرگی، موسوی و نوحی، ۱۳۹۲). در حالی که بسیاری از پژوهشگران معتقدند این مداخله‌ها در طولانی مدت نسبتاً ناکارآمد واقع می‌شوند، چرا که مطالعات پیگیری بیانگر میزان بالای بازگشت وزن و چاقی هستند. تلاش برای کاهش وزن تقریباً در اکثر این افراد مانند تلاش‌های قبلی برای رژیم گرفتن بدون موفقیت باقی می‌ماند و در نتیجه به ایجاد چرخه نامطلوب کاهش و افزایش وزن منتهی می‌شود (پونته و مارتینز-مارکوس^{۱۰}، ۲۰۱۸). یکی از این روش‌های درمانی برای افراد مبتلا به چاقی، طرحواره درمانی است. طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای

داد که افراد مبتلا به چاقی در کمالگرایی منفی نمرات بیشتری بدست می‌آورند. همچنین نتایج نشان داد که کمالگرایی منفی با اختلال خوردن ارتباط دارد (برگاند و دریت اسچل^۱، ۲۰۲۰). بر اساس تحقیقات، کمالگرایی منفی واریانس قابل مشاهده‌ای از نگرش‌های خوردن در زنان را پیش بینی می‌کند و افراد دارای اختلال خوردن نگرانی‌های زیادی در مورد اشتباهات دارند که این امر یکی از مولفه‌های کمالگرایی است (ونتز، بجورک و داهلگرن^۲، ۲۰۱۹). همچنین، کمالگرایی پیش‌بینی برای بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی و نگرش‌های ناسازگارانه خوردن است و ترکیبی از استانداردهای شخصی بالا و نگرانی در مورد اشتباهات و نگرانی در مورد ارزیابی به عنوان دو بعد از ابعاد کمالگرایی با نشانه‌های اختلال خوردن در ارتباط است و کمالگرایی منفی با نشانه‌های پراشتهایی ارتباط معناداری دارد (ونزولا، کینکل-رام و لوینسون^۳، ۲۰۲۱).

از سوی دیگر توانایی برقراری روابط صمیمانه با دیگران یکی از عوامل کلیدی در سلامت و بهزیستی افراد است (راج^۴، ۲۰۲۰). وقتی ظرفیت و توانمندی فرد برای ابراز صمیمیت تحلیل رود، ترس از صمیمیت شکل می‌گیرد. ترس از صمیمیت درست نقطه مقابله رابطه بسیار نزدیک است که پشت دیوارها و موانع عاطفی پنهان شده است (پناهی و همکاران، ۱۳۹۶). ترس از صمیمیت یک مشکل فردی بی‌سر و صدا است و چنان شایع گشته که می‌توان آن را یک بیماری اجتماعی نامید؛ زیرا ترس از صمیمیت موجب اضطراب اجتماعی، هراس اجتماعی، عدم اعتماد به نفس، نداشتن مهارت‌های اجتماعی و عدم سازگاری با جمع می‌شود (لو و چان^۵، ۲۰۱۸). در واقع ترس از صمیمیت، زمانی مشاهده می‌شود که افراد از تجربه‌ای مانند سهیم کردن دیگران در عمیق‌ترین افکار

6. Manbeck
7. Maitland & Neilson
8. Dominguez-Pereira
9. Sklar
10. Puente & Martínez-Marcos

1. Bergunde & Dritschel
2. Wentz, Björk & Dahlgren
3. Vanzhula, Kinkel-Ram & Levinson
4. Raj
5. Lau & Chan

بریدگی و طرد و در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، این درمان اثربخش است. در همین رابطه نتایج پژوهش پیرانی (۱۳۹۶)، نشان داد که طرحواره درمانی بر احساس ترک شدن و هیجانات منفی افراد موثر است. شانون^۹ (۲۰۱۷) در بررسی اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر سبک‌های حل مساله و کمال گرایی افراد نشان داد میانگین نمره سبک‌های حل مساله و کمال گرایی در گروه آزمایش در پس آزمون به طور معنی داری نسبت به پیش آزمون بهبود داشته است. شریبر، گرانت و اولداگ^{۱۰} (۲۰۱۲). نیز در پژوهشی که با عنوان اثر بخشی آموزش طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان شناختی، عزت نفس و صمیمیت در زوجین انجام شد نتیجه گرفتند که آموزش طرحواره درمانی بر کنترل شناختی هیجان، عزت نفس و بهبود صمیمیت در زوجین تاثیر مثبت دارد.

تاکنون برنامه‌های درمانی مختلفی به منظور درمان چاقی و اضافه وزن و پیشگیری از مشکلات سلامتی مرتبط با آن‌ها طراحی شده است که در اغلب این برنامه‌ها مشخصا روی کاهش دریافت انرژی و تحریک فعالیت بدنی تاکید شده است. در حالی که بسیاری از پژوهشگران نظیر گارنر و وولی^{۱۱} (۱۹۹۱) معتقدند این مداخله‌ها در طولانی مدت نسبتا ناکارآمد واقع می‌شوند، چرا که مطالعات پیگیری بیانگر میزان بالای بازگشت وزن و چاقی هستند. البته مطالعات صورت گرفته در این زمینه نشان داده اند که بکارگیری طرحواره درمانی در مقایسه با راهبردهای رادیکال کاهش وزن، اثربخشی بیشتری دارد و می‌تواند به ابقای کاهش وزن بیشتری بیانجامد. در واقع، با توجه به اثربخشی بالای این درمان‌ها و کم هزینه و کم زمان بودن آن‌ها و هم چنین تاثیر ژرفی که بر ساختار شناخت و آگاه سازی افراد از مشکل خود بر جای می‌گذارند، می‌توانند تاثیرات مفیدی بر روند بهبود بیماران در کنترل وزن خود و بازگشت ناپذیری آن ایفا نمایند؛ بنابراین با

ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب شناسی روانی میان فردی^۱ به صورت سوتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده و گمانه زنی‌های نادرست، هدف و چشم داشت‌های غیرواقع بینانه مشخص می‌شوند (کوپرز، ون، پین و دکر^۲، ۲۰۲۱). رویکرد طرحواره درمانی، بر الگوهای خودویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. این الگوها طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۳ نامیده می‌شوند. این دسته از طرحواره‌های ناسازگار به رشد و شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌انجامد. طرحواره‌های آسیب رسانی که از جریان اولیه رشد آغاز و در طول زندگی تداوم می‌یابد (قربانعلی زاده، مقدم زاده و جعفری، ۱۳۹۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می‌دهد و در شرایط خاص فعال می‌شوند (دومن^۴، ۲۰۱۸). در شکل‌گیری طرحواره‌ها خلق و خوی^۵ ذاتی با تجارب ارتباطی غیرانطباقی اولیه به ویژه آسیب‌های کودک^۶ تعامل می‌کنند و به طور خاص تر، این طرحواره‌ها در صورتی به طرحواره‌های ناسازگار تبدیل می‌شوند که نیازهای روان‌شناختی فرد (مثل نیازهای استقلال، محبت و دلبستگی) برآورده نشوند (آرنتز و ون گندرن^۷، ۲۰۲۰). در همین رابطه تاسکا و بلفورم^۸ (۲۰۱۴)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که بیماران بی‌اشتهایی عصبی سطوح بالاتری از نامنی دلبستگی و حالات ذهنی آشفته را نشان می‌دهند. در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه نتایج بیانگر این بود در حوزه

1. nterpersonal psychopathology
2. Koppers, Van, Peen & Dekker
3. Early Maladaptive Schemas
4. Doomen
5. Temperment
6. Childhood Trauma
7. Arntz & Van Genderen
8. Tasca & Balfour

9. Shannon
10. Schreiber, Grant & Odlaug
11. Garner & Woolley

بررسی پیشینه پژوهش و با توجه به فقر پژوهش‌هایی که به این موضوع پرداخته اند و از آن جا که جمعیت ایران به طور جدی در معرض خطر چاقی و به تبع آن مشکلات جسمانی و روان شناختی همراه آن قرار دارد، توجه به بحث درمان این بیماری و مشکلات همبود با آن و برداشتن موانع موفقیت درمان این افراد، از ضروریات انکارناپذیر می‌باشد. از این رو، با توجه به این که عوامل روانشناختی در ایجاد و تداوم چاقی نقش دارند، توجه به درمان‌های روانشناختی، در جهت درمان موثرتر این اختلال مزمن ضروری به نظر می‌رشد. با توجه به مطالب گفته شده پیرامون اثربخشی طرحواره درمانی و از آن جایی که به نظر می‌رسید پژوهشی که این شیوه درمانی را در درمان چاقی و عوامل موثر بر آن بسنجد، یافت نمی‌شود، این پژوهش قصد دارد تاثیر این شیوه را بر کمالگرایی و ترس از صمیمیت و اثرات مقطعی و پایدار آن‌ها را انجام دهد.

کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه گردید و وزن نیز با استفاده از ترازوی دیجیتالی با حساسیت ۱۰۰ گرم و قد با استفاده از یک متر نواری غیرقابل اتساع به دقت ۰/۵ سانتی متر اندازه گیری شد). معیارهای ورود آزمودنی‌ها به گروه‌ها عبارت از: دارا بودن اختلال چاقی بر اساس معاینه بالینی متخصص تغذیه، BMI مساوی یا بزرگتر از 30 kg/m^2 (لازم به ذکر است که اضافه وزن بر حسب ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع $\text{BMI} > 30$ کیلوگرم بر متر مربع، چاقی بر حسب $\text{BMI} \leq 30$ و نمره بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ نرمال تعریف شده است)، نداشتن مشکلات روانشناختی حاد و مزمن بر اساس مصاحبه تشخیصی، داشتن حداقل مدرک دیپلم برای هر بیمار، جنسیت زن و عدم شرکت در دوره‌های روان درمانی طی ۶ ماه اخیر بود. ملاک خروج آزمودنی‌ها، داشتن بیماری خاصی دال بر چاقی و عدم رضایت برای شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کمالگرایی تری شورت و همکاران (۱۹۹۵). این مقیاس توسط تری-شورت (۱۹۹۵) و همکارانش ساخته شده است و دارای ۴۰ گویه و دو خرده مقیاس مثبت (۲۰ گویه شامل: ۲، ۳، ۹، ۶، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۴۰) و منفی (۲۰ گویه شامل: ۱، ۴، ۵، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۶، ۲۷، ۳۱، ۳۳، ۳۶، ۳۸، ۳۹) می‌باشد. آزمودنی بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نه موافقم و نه مخالف، مخالفم و کاملاً مخالفم) به گویه‌ها پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات هر آزمودنی در هر زیرمقیاس ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. نقطه برش این آزمون برای افراد دارای اختلال در خرده مقیاس کمال گرایی منفی ۶۹ و به بالا است. تری-شورت و همکاران (۱۹۹۵) در بررسی اعتبار، این مقیاس نشان دادند که ورزشکاران بالاترین نمره را در کمالگرایی مثبت کسب کردند. در حالی که بیماران مبتلا به اختلال تغذیه بالاترین نمره را در کمالگرایی منفی بدست آوردند. در

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح، پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بسط یافته بود که به همراه مرحله پیگیری انجام شد. جامعه آماری مطالعه را کلیه زنان مبتلا به چاقی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ که به کلینیک تغذیه و رژیم درمانی در فصل‌های پاییز و زمستان مراجعه کردند، تشکیل داد. در ابتدا روش نمونه گیری به صورت هدفمند بود و فقط کسانی در پژوهش شرکت داده شد که به عنوان بیماران دارای اختلال چاقی مراجعه کرده بودند. سپس بیماران توسط متخصص تغذیه مورد مصاحبه و ارزیابی بالینی قرار گرفتند که در طی این فرایند با استفاده از ملاک تشخیصی و شاخص توده بدنی کسانی که چاق تشخیص داده شدند ۴۰ نفر انتخاب و با گمارش تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای داده شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش طرحواره درمانی، و ۲۰ نفر در گروه کنترل). (شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها توسط کارشناس تغذیه مرکز درمانی از تقسیم وزن (به

۰/۸۹ برخوردار است. به علاوه تحلیل عاملی این آزمون نشان داد که تنها یک عامل که ۳۳/۴ درصد واریانس را برآورد می‌کند در مقیاس غالب است، که این امر حاکی از روایی سازه این مقیاس به عنوان آزمونی است که ماهیتاً تک بعدی است. این مقیاس در جامعه ایرانی، توسط فلاح زاده و همکاران (۱۳۹۱) هنجار و روایی و پایایی آن بررسی شده است و پژوهشگران مذکور همسانی درونی برای کل مقیاس را برابر ۰/۸۳، برای عامل ۱ سوال‌های ۱ تا ۳۰ را برابر با ۰/۸۱ و برای عامل ۲ سوال‌های ۳۱ تا ۳۵ را برابر ۰/۷۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و برای عامل‌های فرعی ۱ و ۲ را به ترتیب برابر با ۰/۸۷ و ۰/۸۵ گزارش کردند.

۳. شرح جلسات آموزش طرحواره درمانی. طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر پایه الگوی یانگ بر روی کلیه شرکت کنندگان گروه آزمایش در جلسه‌های درمانی اجرا شد (یانگ، کلوסקو و ویشار، ۲۰۰۳). پس از اجرای پیش آزمون در هر دو گروه، گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه، ۲ روز در هفته، هر جلسه ۶۰ دقیقه تحت مداخله درمانی قرار گرفت، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد و پس آزمون هم در یک هفته پس از اتمام درمان برای گروه آزمایش و کنترل انجام شد و این درمان توسط متخصص در مراکز درمانی و مشاوره انجام شده است.

مطالعه هاوس و همکاران (۱۹۹۵) ضریب آلفای کرونباخ برای کمالگرایی مثبت ۰/۸۴ و برای کمال گرایی منفی ۰/۸۳ می‌باشد. در ایران نیز بشارت (۱۳۸۳) ضریب همسانی درونی کمالگرایی مثبت و منفی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۶ گزارش نموده است.

۲. پرسشنامه ترس از صمیمیت دسکاتنر و تلن (۱۹۹۱). این پرسشنامه ۳۵ گویه‌ای خودگزارشی، توسط دسکاتنر و تلن (۱۹۹۱) ساخته شد. در این پرسشنامه از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود در حالی که تصور می‌کنند در یک رابطه نزدیک قرار دارند، به تکمیل پرسشنامه بپردازند و هر یک از ۳۵ گویه را روی مقیاسی ۵ درجه‌ای از ۱= به هیچ وجه توصیف کننده من نیست، تا ۵= کاملاً توصیف کننده من است؛ درجه بندی کنند. این پرسشنامه دو عامل ترس از صمیمیت در ارتباط با همسر (گویه‌های ۱ تا ۳۰) و ترس از صمیمیت در ارتباط با دیگران (گویه‌های ۳۱ تا ۳۵) را مورد بررسی قرار می‌دهد. افرادی که در این مقیاس نمره بالا می‌گیرند، مشکلات متعددی در زمینه صمیمیت دارند. برای تعیین پایایی و روایی این مقیاس نتایج مطالعه دسکاتنر و تلن (۱۹۹۱) نشان داد که ترس از صمیمیت از همسانی درونی بالا با آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی بالا برابر با

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش طرحواره درمانی

جلسات	محتوا
اول	مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه و انجام توافق‌های لازم، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، درمان گروهی، تکمیل کردن پرسشنامه برای پیش آزمون، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم سازی زمینه اعتماد، ارائه تکلیف
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی با مصرف غذا و رفتار خوردن، فرایندهای شناختی، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضای، ارائه تکلیف
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در روند درمان، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار، عوامل موثر در اکتساب طرحواره، ارائه تکلیف
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت و برانگیختن طرحواره‌های بیمار، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل گیری طرحواره نقش داشته اند، کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه، ارائه تکلیف
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله ای، بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه، بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله ای، ارائه تکلیف

ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع آوری شواهد عینی تاکید کننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع آوری شواهد عینی رد کننده طرحواره، تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره، ارائه تکلیف
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا، تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره، معرفی فرم ثبت طرحواره ها، ارائه تکلیف
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، به کار بردن تکنیک گفتگوی خیالی، گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره، ارائه تکلیف
نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، برقراری گفتگوی بین طرحواره و جنبه سالم، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آن‌ها در جلسه درمان از طریق روش صدلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، ارائه تکلیف
دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای موثر در تداوم طرحواره، بررسی روش‌های موثر در توانایی کنترل هیجانات و تکانه‌های خود، ارائه تکلیف
یازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی برخی از طرحواره‌ها مانند ایثار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در اعضای گروه، آموزش شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان، ارائه تکلیف
دوازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبل، بررسی روش‌های موثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره خویشتن داری، انجام اقدامات و آمادگی‌های لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه آزمون

یافته‌ها

در این بخش میانگین و انحراف معیار نمرات کمالگرایی و ترس از صمیمیت در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل گزارش می‌شود.

تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده بوسیله پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار spss22 در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر) انجام پذیرفت.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار کمالگرایی و ترس از صمیمیت به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها				
گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون
طرحواره درمانی	کمالگرایی مثبت	میانگین	۴۶.۰۰	۶۸.۰۰
		انحراف معیار	۸.۶۹	۱۰.۳۷
کنترل	کمالگرایی مثبت	میانگین	۴۸.۶۰	۴۸.۲۰
		انحراف معیار	۱۱.۶۰	۱۶.۷۰
طرحواره درمانی	کمالگرایی منفی	میانگین	۵۵.۸۰	۴۰.۴۰
		انحراف معیار	۱۱.۳۲	۱۰.۲۴
کنترل	کمالگرایی منفی	میانگین	۵۴.۴۰	۵۵.۴۰
		انحراف معیار	۱۰.۹۶	۱۱.۱۲
طرحواره درمانی	ترس از صمیمیت در رابطه با همسر	میانگین	۹۰.۹۰	۷۲.۳۰
		انحراف معیار	۱۱.۸۹	۱۵.۷۵
کنترل	ترس از صمیمیت در رابطه با دیگران	میانگین	۹۱.۵۰	۹۰.۳۰
		انحراف معیار	۱۲.۸۹	۱۳.۸۳
طرحواره درمانی	ترس از صمیمیت در رابطه با همسر	میانگین	۱۲.۸۰	۹.۸۰

انحراف معیار	۲.۵۷	۲.۲۹	۲.۲۷
کنترل	ترس از صمیمیت در رابطه با میانگین	۱۲.۷۰	۱۱.۷۰
دیگران	انحراف معیار	۱.۹۴	۲.۳۰

شده است. در ادامه به منظور بررسی تاثیر روش آموزش طرحواره درمانی بر نمرات مؤلفه‌های کمالگرایی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنی‌ها و یک عامل بین آزمودنی‌ها) استفاده شد.

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون تغییر نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول ۲، می‌توان به این توصیف دست زد که طرحواره درمانی باعث کاهش کمالگرایی منفی شده است. همچنین نتایج نشان داد طرحواره درمانی باعث کاهش ترس از صمیمیت

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های کمالگرایی با معیار گرین هاوس گیزر							
متغیر	شاخص آماری	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایستا
کمالگرایی مثبت	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۳۲۲۹.۸۷	۱.۱۲	۲۸۹۷.۷۹	۳۹.۵۳	۰.۰۰۱	۰.۵۱
	تعامل آزمون* گروه	۲۶۸۹.۰۷	۱.۱۲	۲۴۱۲.۵۹	۳۲.۹۱	۰.۰۰۱	۰.۴۶
	بین گروهی	۳۲۰۳.۳۳	۱.۰۰	۳۲۰۳.۳۳	۷.۷۴	۰.۰۱	۰.۱۷
کمالگرایی منفی	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۱۴۴۲.۴۰	۱.۷۹	۸۰۷.۷۶	۱۵.۵۶	۰.۰۰۱	۰.۲۹
	تعامل آزمون* گروه	۱۵۸۴.۸۰	۱.۷۹	۸۸۷.۵۰	۱۷.۱۰	۰.۰۰۱	۰.۳۱
	بین گروهی	۲۳۲۳.۲۰	۱.۰۰	۲۳۲۳.۲۰	۸.۷۸	۰.۰۱	۰.۱۹

دار وجود دارد. همچنین بین نمرات مؤلفه‌های کمالگرایی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، بطوری که نمرات مؤلفه‌های کمالگرایی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر معنی دار نداشته است. با توجه به نتایج جدول ۳ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین دو گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های کمالگرایی معنادار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون،

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ برای هر دو مؤلفه معنادار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات مؤلفه‌های کمالگرایی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های کمالگرایی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی

پس آزمون و پیگیری مؤلفه کمالگرایی مثبت در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های ترس از صمیمیت با معیار گرین هاوس گیزر						
متغیر	شاخص آماری	SS	df	MS	F	Sig
ترس از صمیمیت در رابطه با همسر	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۲۰۹۵.۲۰	۱.۸۶	۱۱۲۷.۳۱	۱۰.۹۶	۰.۰۰۱
	تعامل آزمون* گروه	۲۰۱۸.۴۰	۱.۸۶	۱۰۸۵.۹۹	۱۰.۵۶	۰.۰۰۱
	بین گروهی	۴۴۶۵.۲۰	۱.۰۰	۴۴۶۵.۲۰	۱۰.۹۰	۰.۰۰۱
ترس از صمیمیت در رابطه با دیگران	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۸۹.۶۰	۱.۳۵	۶۶.۳۲	۱۸.۴۱	۰.۰۰۱
	تعامل آزمون* گروه	۳۹.۴۷	۱.۳۵	۲۹.۲۱	۸.۱۱	۰.۰۰۱
	بین گروهی	۷۳.۶۳	۱.۰۰	۷۳.۶۳	۷.۰۷	۰.۰۱

پیگیری مؤلفه ترس از صمیمیت در رابطه با همسر در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر کمالگرایی و ترس از صمیمیت زنان مبتلا به چاقی انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش طرحواره درمانی بر مولفه‌های کمالگرایی (کمالگرایی مثبت و کمالگرایی منفی) زنان مبتلا به چاقی تاثیر دارد. مطابق تایید فرضیه فرعی دوم در مورد اثربخشی بالاتر طرحواره درمانی بر زنان مبتلا به چاقی است، کالورت و همکاران (۲۰۱۹)، پژوهشی تحت عنوان اثربخشی طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر مشکلات روانشناختی در افراد مبتلا به اختلالات خوردن انجام دادند. نتایج نشان داد که افراد مبتلا به اختلالات خوردن بعد از آموزش طرحواره درمانی میزان افسردگی، اضطراب، کمال گرایی منفی و نشخوار فکری در این افراد به طور معناداری کاهش پیدا کرده بودند. نتایج پژوهش حاضر با تحقیقات مالیویر و همکاران (۲۰۱۹) نیز هماهنگ است که نشان دادند طرحواره‌های ناسازگار اولیه منجر به افزایش کمالگرایی در فرد می‌گردد. نتایج تحقیق گروس و جزایری (۲۰۱۴) نیز مشابه پژوهش حاضر بود و طبق نظریه طرحواره، کمالگرایان دارای یک طرح بین فردی ناسازگار دانستند

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ برای هر دو مؤلفه معنا دار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات مؤلفه‌های ترس از صمیمیت در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنا دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های ترس از صمیمیت در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین بین نمرات مؤلفه‌های ترس از صمیمیت در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، بطوری که نمرات مؤلفه‌های ترس از صمیمیت در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر معنی دار نداشته است. با توجه به نتایج جدول ۴ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین دو گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های ترس از صمیمیت معنا دار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و

ریشه‌های تحولی آسیب انجام شود. چون طرحواره درمانی بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روان شناختی و کشف طرحواره‌های ناکارآمد اولیه تاکید دارد، می‌تواند موفقیت بالایی داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد که آموزش طرحواره درمانی بر مولفه‌های ترس از صمیمیت (ترس از صمیمیت در رابطه با همسر و ترس از صمیمیت در رابطه با دیگران) زنان مبتلا به چاقی تاثیر دارد. نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش کالورت و همکاران (۲۰۱۹)، مک اینتوش و همکاران (۲۰۱۶)، محمودیان دستنایی و همکاران (۱۳۹۶) و اعتمادی و شریفی (۲۰۱۲) همسو بود. کالورت و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث افزایش صمیمیت و کاهش علائم اختلال خوردن شد. شریفی و اعتمادی (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود گزارش کردند که طرحواره درمانی گروهی باعث کاهش ترس از صمیمیت و باورهای اختلال خوردن در افراد می‌گردد. در تبیین این یافته بر مبنای نظر یانگ و همکاران (۲۰۰۳) می‌توان گفت که افراد چاق و دارای اضافه وزن در دوران کودکی به احتمال بیشتری از خودارزیابی منفی رنج می‌برند. همچنین آنان از سوی اعضای خانواده خود و دوستان و اطرافیان به خاطر ظاهر، وزن و شکل بدن بیشتر مورد تمسخر و انتقاد قرار می‌گیرند و این امر موجب تقویت ارزیابی و برداشت منفی آنان از خود می‌گردد. لذا افرادی که ترس از صمیمیت دارند، خواهان ارتباط بین شخصی هستند ولی از طرد شدن می‌ترسند، در نتیجه طی ارتباط کلامی و غیر کلامی با دیگران، اضطرا را تجربه می‌کنند و در نهایت آکنده از درد و ناکامی خواهد بود، تقویت می‌کند. آموزش‌های طرحواره درمانی از طریق اصلاح طرحواره‌های دوران کودکی باعث کاهش ارزیابی و برداشت منفی از خود و افزایش ارزیابی برداشت مثبت از خود می‌شود. هدف نهایی طرحواره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت واره هستند، بهبود طرحواره‌ها به بهبود همه آن‌ها منجر می‌شود. در نتیجه همزمان با بهبود آن‌ها افراد تمایل بیشتری برای بهبود ظاهر بدنی خود دارند و بیشتر رفتارهای مرتبط با سلامت به ویژه سلامت فیزیکی از

که به تجربیات عاطفی مشکل ساز کمک می‌کند در نتیجه طرحواره‌های ناسازگار بین فردی زمانی ایجاد می‌شود که به جای دریافت عشق و پذیرش، انتقاد و طرد صورت می‌گیرد در نتیجه طرحواره درمانی می‌تواند به کاهش کمالگرایی کمک کند. نصرت آبادی و همکاران (۱۳۹۵)، عابدی (۱۳۹۷) نشان دادند که از لحاظ نظری بین طرحواره‌های کمال گرایی، بازداری هیجانی، انزوای اجتماعی، خود تحول نایافته، نقص و محرومیت هیجانی رابطه وجود دارد. بنابراین شناخت و تغییر این طرحواره‌ها تلویحات بالینی مهمی به همراه دارد. در واقع با هدف قرار دادن این طرحواره‌ها از طریق مداخلات درمانی متمرکز بر طرحواره می‌توان موجب تغییر و اصلاح آن‌ها شد. افراد مبتلا به کمالگرایی به دلیل داشتن علائمی مانند یاس، ناامیدی، کندی روانی حرکتی، انگیزش کافی برای مشارکت در درمان ندارند. در درمان متمرکز بر طرحواره درمانگر در فرایند درمان با بیمار مشارکت همدلانه (همکاری دو جانبه) دارد، بنابراین باعث می‌شود بیمار انگیزش لازم برای یادگیری راهبردهای تغییر را کسب نماید. همچنین نتایج با پژوهش هویت و همکاران (۲۰۱۷) که نشان دادند طرحواره درمانی بر کاهش رفتارهای کمالگرایانه تاثیر دارد همخوان است. در پژوهش فوق عزت نفس افراد کمال گرا به دلیل نیاز به تشویق و تایید و ترس از طرد خدشه دار شده بود از طریق طرحواره درمانی ارتقا یافت در نتیجه کمالگرایی کاهش یافت. افرادی که دچار کمالگرایی هستند دارای طرحواره‌ها و رفتارهای خودآسیب رسانی هستند که در برابر تغییر و اصلاح مقاومت می‌کنند. این افراد از اصلاح و تغییر الگوهای رفتاری و افکار هسته‌ای خود ناامید هستند و اصرار دارند که این شناخت‌ها و رفتارها جزء جدایی ناپذیر زندگی شان است و در نتیجه نمی‌توانند تغییر کنند. به نظر می‌رسد طرحواره درمانی این آمایه‌های کهنه، شناخت واره‌ها و طرحواره‌ها را که مقاوم ترین مشکلات بالینی هستند به چالش کشیده و باعث کاهش مقاومت بیماران در برابر تغییر می‌شود. از آنجایی که بیشتر مشکلات بالینی دارای تاریخچه تحولی هستند و در مراحل تحول در ذهن فرد رسوخ می‌کنند، تغییر در صورتی ممکن می‌شود که به صورت هدف قرار دادن

مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آگاه هریس، مژگان؛ علی پور، احمد؛ جان بزرگی، مسعود؛ موسوی، الهام و نوحی، شهناز. (۱۳۹۲). مقایسه درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مساله و مقابله با شناخت درمانگری مدیریت وزن در کاهش شاخص توده بدنی و بهبود سبک زندگی کارآمد وزن. دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۰ (۹)، ۱۲-۱.
- پناهی، مریم؛ کاظمی جمارانی، شبنم، عنایت پور شهربابکی، مهدیه، و رستمی، مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی رفتاری-تلفیقی بر کاهش دلزدگی زناشویی و ترس از صمیمیت زوجها. روانشناسی کاربردی، ۱۱ (۳): ۳۷۳-۳۹۲
- حسینی، سیدحمزه؛ دوستی، یارعلی و باقری، سمیه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه اختلال خوردن با کمالگرایی و تحریف‌های شناختی دانشجویان دختر. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۴۲ (۸۹)، ۲۴۵-۲۴۸.
- خلیلی دواپی، مهسا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر پردازش هیجانی و کاهش وزن نوجوانان دارای اضافه وزن. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور، استان کرمانشاه.
- عابدی، علی. (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکردهای درمان شناختی رفتاری، طرحواره درمانی و درمان فراشناختی بر علائم بدشکلی بدنی، کمال‌گرایی و احساس تنهایی در دانشجویان دارای تصویر بدنی مختل. پایان نامه دکتری تخصصی، دانشگاه لرستان.

جمله تغذیه و ورزش خود را کنترل می‌کنند، لذا طرحواره درمانی می‌تواند باعث کاهش اختلال خوردن شود. همچنین طرحواره درمانی از طریق تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار دوران کودکی، ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگار و کارآمد به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود افکار فراهم می‌آورد. همچنین طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا به جای الگوهای رفتاری برخاسته از طرحواره از سبک‌های مقابله‌ای سالم تری استفاده نمایند و به جای این که طرحواره‌ها را یک حقیقت مسلم بدانند که باید از آن پیروی نمایند، آن‌ها را به صورت یک حقیقت مزاحم بنگرند. در نتیجه، طرحواره درمانی با اصلاح و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار دوران کودکی، تکنیک‌های شناختی و رفتاری، الگوهای رفتاری کارآمد و تغییر و اصلاح سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند باعث کاهش رفتارهای پرخوری شود. این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود که از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: این پژوهش بر روی نمونه‌هایی از زنان مبتلا به چاقی شهر تهران انجام شد، لذا در تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط رعایت شود. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. بنابراین توصیه می‌گردد که در پژوهش‌های بعد اثربخشی طرحواره درمانی بر روی مردان مبتلا به چاقی و بر روی سایر ویژگی‌های روانشناختی بررسی شود. پیشنهاد دیگر مقایسه اثربخشی روش درمانی طرحواره درمانی با سایر روش‌های درمانی مثل دارو درمانی، رژیم غذایی، ذهن آگاهی و غیره می‌باشد. آخرین پیشنهاد استفاده از طرح‌های مداخله‌ای برای بررسی تداوم نتایج در بلند مدت است.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش

- model. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-12.
- Dai, Z. H., Xu, X. T., & Ran, Z. H. (2020). Associations Between Obesity and the Effectiveness of Anti-Tumor Necrosis Factor- α Agents in Inflammatory Bowel Disease Patients: A Literature Review and Meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, 1060028019900660.
- Dominguez-Pereira, G. (2018). *Attachment style, fear of intimacy, and romantic jealousy* (Doctoral dissertation, Fielding Graduate University).
- Doomen, L. (2018). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 66-76.
- Falahzadeh, H., Farzad, V., & Falahzadeh, M. (2011). Examining the psychometric properties of the fear of intimacy scale. *Journal of Research in Psychological Health*, 5(2), 79-70. (In Persian)
- Ghorban Alizadeh, M., Moghadamzadeh, A., & Jafari, I. (2017). The effectiveness of schema therapy and meaning therapy on death anxiety in people with narcissism. *Journal of Clinical and Counseling Psychology Research*, 7(1), 2-14. (In Persian)
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science*, 2(4), 387-401.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. (2017). Perfectionism; theory, reserch and treatment. *European Eating Disorders Review*, 12, 68
- Hosseini, S. H., Dosti, Y., & Bagheri, S. (2016). Investigating the relationship between eating disorder and perfectionism and cognitive distortions of female students. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 142 (89), 245-248. (In Persian)
- Khalili Doai, M. (2018). The effectiveness of mindfulness training on emotional processing and weight loss of overweight teenagers. Master's thesis, Payam Noor University, Kermanshah province. (In Persian)
- Koppers, D., Van, H., Peen, J., & Dekker, J. J. (2021). Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 31(7), 831-842.
- Lau, Y., & Chan, K. S. (2018). Psychometric evaluation of the Chinese version of the fear of intimacy with helping professionals scale. *PLoS one*, 13(5).
- فلاح زاده، هاجر؛ فرزاد، ولی الله و فلاح زاده، محمود. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان سنجی مقیاس ترس از صمیمیت. *مجله پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۵ (۲)، ۷۹-۷۰.
- قربانعلی زاده، مسعود؛ مقدم زاده، علی و جعفری، عیسی. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی و معنادرمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری. *مجله پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۷ (۱)، ۱۴-۲.
- محمودیان دستنایی، طاهره؛ امیری، شعله؛ نشاط دوست، حمید طاهر و منشئی، غلامرضا. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال خوردن در بیماران ۱۶-۲۳ سال مبتلا به پراشتهایی روانی با توجه به پیوند والدینی. *مجله روانشناسی معاصر*، ۱۲ (۱)، ۳۸-۵۲
- Abedi, A. (2018). Investigating and comparing the effectiveness of group training based on the approaches of cognitive behavioral therapy, schema therapy and metacognitive therapy on the symptoms of body deformity, perfectionism and loneliness in students with disturbed body image. Doctoral thesis, Lorestan University. (In Persian)
- Aghah Harris, M., Alipour, A., Janbozorgi, M., Mousavi, E., & Nouhi, S. (2013). Comparison of therapy based on problem solving skills and coping with cognitive therapy of weight management in reducing body mass index and improving weight efficient lifestyle. *Bi-Quarterly Journal of Clinical and Personality Psychology*, 20(9), 1-12. (In Persian)
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2020). *Schema therapy for borderline personality disorder*. John Wiley & Sons.
- Bang, J. W., & Chung, E. J. (2019). Relationship between Prescribed Perfectionism and Disordered Eating Behaviors: The Double Mediating Effects of Self-Compassion and Body Shame in Obesity Clinical Women. *The Journal of the Korea Contents Association*, 19(5), 588-601.
- Bergunde, L., & Dritschel, B. (2020). The shield of self-compassion: A buffer against disordered eating risk from physical appearance perfectionism. *PLoS one*.
- Calvert, F., Smith, E., Brockman, R., & Simpson, S. (2019). Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Journal of eating disorders*, 6(1), 1.
- Cella, S., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2019). Does body shame mediate the relationship between parental bonding, self-esteem, maladaptive perfectionism, body mass index and eating disorders? A structural equation

- Children,. *Journal of Research in Personality*, 20, 474-495.
- Sklar, E. (2020, October). Body mass index, fear of intimacy and body image avoidance. In *APHA's 2020 VIRTUAL Annual Meeting and Expo (Oct. 24-28)*. American Public Health Association.
- Stiles-Shields, C., & Holmbeck, G. N. (2019). Health behaviors and disordered eating in adolescents and young adults with spina bifida: results from a national survey. *Disability and rehabilitation*, 1-7.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.
- Vanzhula, I. A., Kinkel-Ram, S. S., & Levinson, C. A. (2021). Perfectionism and Difficulty Controlling Thoughts Bridge Eating Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: A Network Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 283, 302-309.
- Wentz, E., Björk, A., & Dahlgren, J. (2019). Is There An Overlap Between Eating Disorders and Neurodevelopmental Disorders in Children with Obesity?. *Nutrients*, 11(10), 2496.
- Mahmoudian Dastanai, T., Amiri, S., Neshat Dost, H. T., & Manshai, G. (2017). Comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on eating disorder symptoms in 16-23 year old patients with anorexia nervosa according to parental bonding. *Journal of Contemporary Psychology*, 12(1), 38-52. (In Persian)
- Maitland, D. W., & Neilson, E. C. (2021). A proposed model for the role of fear of intimacy and social support in behavioral activation: a cross-sectional analysis. *Current Psychology*, 1-11.
- Malivoire, B. L., Kuo, J. R., & Antony, M. M. (2019). An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. *Clinical psychology review*, 71, 39-50.
- Manbeck, K. E. (2019). *Fear of Intimacy in the Interpersonal Process Model: A Multi-Modal Investigation* (Doctoral dissertation).
- McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry research*, 240, 412-420.
- Mesmar, B., & Steinle, N. (2020). Genomics of Eating Behavior and Appetite Regulation. In *Principles of Nutrigenetics and Nutrigenomics* (pp. 159-165). Academic Press.
- Panahi, M., Kazemi Jamarani, S., Enayatpour Shahrabaki, M., & Rostami, M. (2017). The effectiveness of behavioral-integrated couple therapy on reducing marital boredom and fear of intimacy in couples. *Applied Psychology*, 11(3): 373-392
- Puente, J. M. G., & Martínez-Marcos, M. (2018). Overweight and obesity: effectiveness of interventions in adults. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 28(1), 65-74.
- Qiu, C., & Hou, M. (2020). Association between Food Preferences, Eating Behaviors and Socio-Demographic Factors, Physical Activity among Children and Adolescents: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 12(3), 640.
- Raj, S. S. (2020). *Feeling Queer Jurisprudence: Injury, Intimacy, Identity*. Routledge.
- Schreiber K. Grant M. Oldag. N. (2012). Effectiveness of Schema Therapy Training on Emotional Stamina and Problem Solving Styles in Patients with Heart. New York: Praeger.
- Shannon T. (2017) Effectiveness of Schema Therapy Training on Problem Solving Styles in