



Original Research Article



The Application of Family Therapy Models in Interventions for Eating Disorders

Zahra Harsini*¹ , Elham Keshvari² 

1- Department of Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

2- Department of Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.

ARTICLE INFO

Article History

Date Received: 8 February 2025

Date Revised: 30 April 2025

Date Accepted: 25 June 2025

Date published: 16 November 2025

Keywords

Family Therapy,
Eating Disorders,
Mental Disorders,
Psychological Intervention,
Family Resilience.

Corresponding Author Email:

Zahra_hars55@gmail.com

ABSTRACT

This research aimed to investigate the efficacy of family therapy models in interventions for eating disorders (such as anorexia nervosa, binge eating, and psychological eating dysregulation) and related mental disorders (including depression, anxiety, and addiction). In this mixed-methods study (qualitative-quantitative), a descriptive-analytical and correlational approach was employed with a pre-test/post-test control group design. The statistical population consisted of 60 patients with eating disorders (30 in the intervention group and 30 in the control group) who were randomly selected. The intervention included 12 sessions of family therapy based on structural, systemic, and resilience-focused models. Assessment tools included the Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS), Beck Depression Inventory (BDI-II), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and the Family Assessment Device (FAD). Data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation), paired t-tests, the Mann-Whitney U test, and multiple regression analysis. The results showed that, following the intervention, there was a significant improvement in the severity of eating disorder symptoms ($p < 0.001$), depression ($p = 0.002$), and anxiety ($p = 0.008$) in the intervention group, whereas no significant improvement was reported in the control group. Furthermore, improvement in family functioning ($p < 0.001$) and an increase in family resilience ($p = 0.003$) occurred significantly in the intervention group. Multiple regression results indicated that the structural and resilience-focused models had the highest predictive power in improving eating disorder symptoms. These findings highlight the high and sustainable efficacy of family therapy models as a comprehensive and multidimensional intervention in the management of eating disorders and related mental health conditions.

How to cite this article:

Harsini, Z., Keshvari, E. (2025). The Application of Family Therapy Models in Interventions for Eating Disorders. *Journal of Studies and Research in Behavioral Sciences*, 7(3), 18-25.



©2023 The author(s). This is an open access article distributed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC), which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source.

Publisher: Chatre Andisheh International Publishing Institute



مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری

Homepage: <https://Jobssar.ir>



مقاله پژوهشی

کاربرد مدل‌های خانواده‌درمانی در مداخلات مربوط به اختلالات خوردن

زهرا هرسینی*^۱، الهام کشوری^۲ 

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۲- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۸/۲۵

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی کارایی مدل‌های خانواده‌درمانی در مداخلات اختلالات خوردن (مثل بی‌اشتهایی عصبی، بی‌نظارتی خوردن و بی‌نظمی خوردن روان‌شناختی) و همچنین اختلالات روانی مرتبط (مانند افسردگی، اضطراب و اعتیاد) انجام شد. در این مطالعه ترکیبی (ترکیبی کیفی-کمی)، از روش مطالعه توصیفی-تحلیلی و پیوندی با طراحی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری شامل ۶۰ بیمار مبتلا به اختلالات خوردن (۳۰ نفر در گروه مداخله و ۳۰ نفر در گروه کنترل) بودند که به‌صورت تصادفی انتخاب گردیدند. مداخله شامل ۱۲ جلسه خانواده‌درمانی مبتنی بر مدل‌های ساختاری، سیستمی و تاب‌آوری‌محور بود. ابزارهای ارزیابی شامل پرسشنامه تشخیصی اختلالات خوردن (EDDS)، مقیاس افسردگی بک (BDI-II)، مقیاس اضطراب استاندارد (STAI) و پرسشنامه خانواده‌سازی (FAD) بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار)، آزمون تی زوج‌شده، آزمون من-ویتنی و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. نتایج نشان داد که پس از مداخله، بهبود معناداری در شدت علائم اختلالات خوردن ($p < 0.001$)، افسردگی ($p = 0.002$) و اضطراب ($p = 0.008$) در گروه مداخله مشاهده شد، در حالی که در گروه کنترل بهبود معناداری گزارش نشد. همچنین، بهبود عملکرد خانوادگی ($p < 0.001$) و افزایش تاب‌آوری خانوادگی ($p = 0.003$) به‌طور معناداری در گروه مداخله رخ داد. نتایج رگرسیون چندگانه حاکی از آن بود که مدل ساختاری و تاب‌آوری‌محور بیشترین توان پیش‌بینی‌کنندگی را در بهبود علائم اختلالات خوردن داشتند. این یافته‌ها حاکی از کارایی بالا و پایدار مدل‌های خانواده‌درمانی به‌عنوان مداخله‌ای جامع و چندبعدی در مدیریت اختلالات خوردن و اختلالات روانی مرتبط است.

واژه‌های کلیدی

خانواده‌درمانی،
اختلالات خوردن،
اختلالات روانی،
مداخله روان‌شناختی،
تاب‌آوری خانوادگی.

ایمیل نویسنده مسئول

Zahra_hars55@gmail.com

استناد به این مقاله: هرسینی، زهرا و کشوری، الهام. (۱۴۰۴). کاربرد مدل‌های خانواده‌درمانی در مداخلات مربوط به اختلالات خوردن. *مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری*،

۷(۳)، ۱۸-۲۵.

ناشر: موسسه انتشارات بین‌المللی چتر اندیشه

Creative Commons: CC BY 4.0



مقدمه

اختلالات خوردن به عنوان مجموعه‌ای از آسیب‌شناسی‌های پیچیده روانی-جسمانی، با تظاهراتی نظیر بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال خوردن هیجانی، نه تنها سلامت فردی را به مخاطره می‌اندازند، بلکه به دلیل ریشه‌های عمیق در ساختار تعاملات انسانی، تمامی ابعاد نظام خانواده را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند (هرسینی و کی‌منش، ۱۴۰۴). در دنیای معاصر، افزایش نرخ ابتلا به این اختلالات، همگام با گسترش استرس‌های اجتماعی، نگرانی‌های مربوط به تصویر بدنی و فشارهای روانی، به یکی از چالش‌های اصلی سلامت عمومی در سطوح ملی و بین‌المللی تبدیل شده است (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۳). برخلاف رویکردهای سنتی که عمدتاً بر درمان فردمدار متمرکز بودند، شواهد علمی فزاینده نشان می‌دهند که اختلال خوردن صرفاً یک معضل شخصی نیست، بلکه نشانه‌ای از ناکارآمدی در پویایی‌های سیستمی خانواده است (لوک و همکاران، ۲۰۲۲). بیان مسئله این پژوهش بر این محور استوار است که عدم مداخله در بافتار خانواده، شانس عود مجدد علائم را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد. با وجود اهمیت نقش خانواده، شکاف دانشی عمیقی در نحوه بکارگیری مدل‌های ساختاری و تاب‌آوری محور در بافت فرهنگی ایران وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که بسیاری از مداخلات هنوز در گذار از مدل‌های کلاسیک به مدل‌های یکپارچه‌نگر با چالش‌های ساختاری روبرو هستند (حسینی و همکاران، ۱۴۰۲). اهمیت این پژوهش در آن است که با تلفیق مدل‌های خانواده‌درمانی، گامی به سوی بازسازی شبکه حمایتی بیمار برمی‌دارد. در این راستا، این تحقیق با هدف بررسی تحلیلی کارایی مدل‌های خانواده‌درمانی بر کاهش علائم اختلالات خوردن و اختلالات همبود نظیر افسردگی و اضطراب طراحی شده است تا با تکیه بر یافته‌های تجربی، پاسخی به این پرسش ارائه دهد که آیا تغییر در ساختار خانواده می‌تواند به بهبود پایدار سلامت روانی در بیماران مبتلا منجر شود یا خیر (دیویس و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات اخیر نشان داده‌اند که نادیده گرفتن تعاملات میان‌فردی در فرآیند درمان، نه تنها اثربخشی مداخلات دارویی و رفتاردرمانی فردی را محدود می‌کند، بلکه در درازمدت موجب جایگزینی اختلال خوردن با سایر آسیب‌های روانی نظیر اعتیاد به مواد یا افسردگی بالینی می‌گردد (گارسیا و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، هدف نهایی این پژوهش، ارائه مدلی جامع است که با بکارگیری استراتژی‌های خانواده‌محور، تاب‌آوری روانی خانواده‌ها را در مواجهه با فشارهای ناشی از بیماری افزایش داده و از این طریق، از آسیب‌های ثانویه و بازگشت بیماری جلوگیری نماید (محمدی و همکاران، ۱۴۰۳). این پژوهش در تلاش است با نقد و تحلیل مدل‌های موجود و ارائه یک چهارچوب مداخله‌ای پیشرفته، بستری علمی برای درمانگران فراهم آورد تا با تمرکز بر مؤلفه‌های ساختاری خانواده، تغییراتی ماندگار در وضعیت بیمار و اعضای خانواده ایجاد نمایند؛ چرا که در سیستم‌های خانواده‌درمانی، تغییر در یک جزء، ناگزیر منجر به تغییر در کل سیستم می‌گردد (تامپسون، ۲۰۲۵).

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

در بررسی بنیان‌های نظری خانواده‌درمانی برای اختلالات خوردن، نخست باید به نظریه سیستم‌های خانواده اشاره کرد که خانواده را به عنوان یک واحد کل‌نگر می‌بیند که در آن رفتارهای فردی، تابعی از تعاملات جاری میان اعضا است (مین‌وچین، ۲۰۱۹؛ حسینی و همکاران، ۱۴۰۲). بر اساس این دیدگاه، اختلال خوردن در یک فرد، اغلب نقش کارکردی در حفظ هم‌ایستایی خانواده ایفا می‌کند؛ به عبارت دیگر، علائم فرد بیمار ممکن است ناخودآگاه مانع از فروپاشی پیوندهای آسیب‌دیده والدین شود (براون و همکاران، ۲۰۲۱). در مدل ساختاری تأکید بر بازسازی مرزها، سلسله‌مراتب قدرت و زیرسیستم‌هاست. در خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اختلال خوردن، اغلب مرزهای "درهم‌تنیده" دیده می‌شود که در آن فردیت و استقلال اعضا به بهای حفظ صمیمیت افراطی فدا می‌شود و همین امر موجب ایجاد خفقان روانی و بروز رفتارهای اجتنابی در قالب امتناع از غذا خوردن می‌گردد (سالوادور و همکاران، ۲۰۲۲؛ کریمی، ۱۴۰۳).

در کنار این، رویکرد تاب‌آوری محور به جای آسیب‌شناسی صرف، بر ظرفیت‌های ترمیم‌کننده خانواده تمرکز دارد. تاب‌آوری در این بافتار به معنای توانایی خانواده برای مدیریت بحران، سازماندهی مجدد ساختار خود و برقراری ارتباط صادقانه حول محور بیماری است (والش، ۲۰۲۰؛ رضایی و همکاران، ۱۴۰۲). مدل‌های سیستمی مدرن نیز بر این باورند که "خانواده‌درمانی مبتنی بر

خانواده” به عنوان استاندارد طلایی، مسئولیت تغذیه بیمار را در مراحل اولیه درمان به والدین می‌سپارد تا با کاهش فشار از روی بیمار، اضطراب وی را مدیریت کنند (لاک و لگرانژ، ۲۰۲۳). این مداخلات نه تنها بر نشانه‌های جسمی، بلکه بر فرآیندهای هیجانی-روانی از جمله “اتصال عاطفی” تمرکز دارند. بر پایه نظریه دلبستگی، اختلالات خوردن می‌توانند بازتابی از ناامنی در دلبستگی اولیه باشند که در بزرگسالی به صورت تلاش افراطی برای کنترل بدن (به جای کنترل عواطف غیرقابل پیش‌بینی) نمود می‌یابد (جانسون، ۲۰۲۱؛ محمدی، ۱۴۰۱).

علاوه بر این، مفهوم بار شناختی خانواده در نظریات جدید مطرح شده است؛ یعنی چگونه نگرانی‌های افراطی خانواده درباره سلامت فرد، خود به عامل استرس‌زای مضاعفی تبدیل می‌شود که اضطراب عمومی بیمار را تشدید کرده و به سمت اختلالات همبود نظیر افسردگی بالینی سوق می‌دهد (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۴). در نهایت، مبانی نظری این پژوهش بر این اصل استوار است که تغییر در روایت‌های خانوادگی و کاهش سرزنش‌های متقابل، منجر به افزایش خودکارآمدی در سیستم خانواده می‌شود که این خود بهترین پیش‌بینی‌کننده برای عدم عود بیماری است (واکر، ۲۰۲۲؛ علوی و همکاران، ۱۴۰۳).

جدول ۱. تحلیل مقایسه‌ای مدل‌های خانواده‌درمانی در اختلالات خوردن

مدل درمانی	محور اصلی مداخله	هدف غایی
ساختاری	اصلاح مرزها و سلسله‌مراتب	ایجاد استقلال و تفرد فردی
تاب‌آوری محور	تقویت منابع حمایتی و معنایی	بازسازی اعتماد و انسجام خانوادگی
سیستمی-روایت‌درمانی	تغییر الگوهای ارتباطی و کلامی	کاهش انگ و مسئولیت‌پذیری مشترک
دلبستگی محور	بهبود ایمنی عاطفی و پیوند	کاهش نیاز به کنترل بدن به مثابه ابزار امنیت

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که رویکردهای نوین در خانواده‌درمانی، تغییر پارادایم از “بیمارمحوری” به “سیستم‌محوری” را به عنوان عاملی کلیدی در پیش‌بینی پیامدهای درمانی در اختلالات خوردن شناسایی کرده‌اند. در مطالعاتی که بر اثربخشی درمان‌های سیستمی تمرکز داشته‌اند، یافته‌ها حاکی از آن است که خانواده‌درمانی مبتنی بر مدل مودسلی تأثیرات پایدارتری نسبت به درمان‌های فردی در میان نوجوانان و جوانان دارد (ایزنبرگ و همکاران، ۲۰۲۲). برای نمونه، پژوهش‌های میدانی در بافت فرهنگی ایران نشان داده است که نقش مداخلات ساختاری در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، منجر به کاهش تعارضات زناشویی والدین و در نتیجه کاهش فشارهای روانی مستقیم بر فرزند بیمار شده است (قاسمی و همکاران، ۱۴۰۲).

در پژوهشی که توسط ویلیامز و همکاران (۲۰۲۳) بر روی ۸۰ خانواده انجام شد، مشخص گردید که تقویت مهارت‌های تاب‌آوری خانوادگی، شاخص‌های افسردگی بالینی را در بیماران مبتلا به اختلال خوردن تا ۴۰ درصد کاهش داده است. این پژوهشگران تأکید کردند که خانواده‌هایی که قادر به بازتعریف نقش‌های خود در دوران بحران بوده‌اند، در مقایسه با خانواده‌های با ساختار صلب و ناکارآمد، پیامدهای درمان بسیار موفق‌تری را گزارش کرده‌اند. در مقابل، کریمی و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه‌ای تطبیقی با تأکید بر ساختار فرهنگی حاکم بر خانواده‌های ایرانی، دریافته‌اند که مداخله در مرزهای عاطفی می‌تواند به‌طور چشمگیری از فرآیند “مثلث‌سازی” - که در آن بیمار نقش واسطه برای جلوگیری از طلاق عاطفی والدین را ایفا می‌کند - جلوگیری کند.

تحقیقات اخیر در سال‌های ۲۰۲۴ و ۲۰۲۵ نشان‌دهنده تغییر جهت به سمت مداخلات ترکیبی است. جانسون و اسمیت (۲۰۲۴) در پژوهش فراتحلیلی خود بر روی ۱۰۲ مطالعه بین‌المللی، بیان داشتند که ادغام تکنیک‌های شناختی-رفتاری با مداخلات سیستمی، بهترین پاسخ درمانی را برای اختلالات خوردن همراه با اعتیاد همبود ایجاد می‌کند؛ زیرا این رویکرد همزمان به تنظیم هیجان در فرد و اصلاح الگوهای ارتباطی در سیستم خانواده می‌پردازد (رضایی و علوی، ۱۴۰۳). همچنین، مطالعات تیمبرلیک

(۲۰۲۵) نشان داده است که پایداری بهبود در افرادی که در جلسات خانواده‌درمانی شرکت کرده‌اند، به‌طور معناداری ($p > 0.01$) بیشتر از افرادی است که تنها درمان‌های دارویی دریافت کرده‌اند. با این حال، علی‌رغم یافته‌های مثبت در سطح جهانی، برخی از مطالعات داخلی نظیر پژوهش مرادی و راد (۱۴۰۲) به محدودیت‌هایی در دسترسی به درمانگران آموزش‌دیده در مدل‌های تاب‌آوری محور در شهرهای کوچک‌تر اشاره کرده‌اند که این خود یک شکاف بزرگ دانشی در توزیع عادلانه خدمات سلامت روان ایجاد کرده است. در جمع‌بندی پیشینه پژوهش می‌توان گفت، اجماع نظر در متون تخصصی بر این است که خانواده نه تنها بستر آسیب، بلکه اصلی‌ترین منبع بهبودی است (وانگ و همکاران، ۲۰۲۳؛ محمدی، ۱۴۰۳). این پژوهش حاضر، با بهره‌گیری از این خلاءها، در پی آن است که اثربخشی یکپارچه مدل‌های ساختاری و تاب‌آوری محور را در یک طراحی تجربی دقیق ارزیابی کند.

جدول ۲. خلاصه مطالعات منتخب در زمینه مداخلات خانوادگی

محققین (سال)	نوع مداخله	جامعه آماری	یافته کلیدی
ایزنبرگ و همکاران (۲۰۲۲)	مدل مودسلی (سیستمی)	۵۰ نوجوان	موفقیت بالاتر در حفظ وزن نسبت به درمان فردی
قاسمی و همکاران (۱۴۰۲)	خانواده‌درمانی ساختاری	۳۵ خانواده	کاهش تعارضات زناشویی و اضطراب بیمار
ویلیامز و همکاران (۲۰۲۳)	مدل تاب‌آوری محور	۸۰ خانواده	کاهش ۴۰ درصدی شاخص‌های افسردگی
کریمی و همکاران (۱۴۰۱)	تحلیل سیستمی (بافت ایران)	۴۰ خانواده	کاهش مثلث‌سازی و بهبود پیوند عاطفی
وانگ و همکاران (۲۰۲۳)	درمان ترکیبی	۶۰ بیمار	افزایش تاب‌آوری و کاهش نرخ بازگشت بیماری

روش‌شناسی تحقیق

این پژوهش با هدف دستیابی به نتایجی دقیق و قابل‌تعمیم در حیطه درمان اختلالات خوردن، از یک طرح پژوهشی «ترکیبی» با رویکرد «تبیینی متوالی» بهره برده است که در آن فاز کمی بر فاز کیفی مقدم بوده و مکمل یکدیگر عمل کرده‌اند. جامعه آماری مورد مطالعه شامل تمامی بیماران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تهران بود که بر اساس معیارهای تشخیصی استاندارد (DSM-5)، ابتلای آنان به اختلالات خوردن (شامل بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال خوردن هیجانی) توسط متخصصان تأیید شده بود. از میان این افراد، تعداد ۶۰ بیمار به‌صورت داوطلبانه و با رعایت اصول اخلاق در پژوهش (از جمله رضایت آگاهانه و حق خروج از مطالعه) انتخاب و سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به دو گروه ۳۰ نفری «مداخله» و «کنترل» تقسیم شدند تا از سوگیری‌های ناشی از تفاوت‌های فردی پیش از مداخله جلوگیری به عمل آید. طراحی این مطالعه به صورت «پیش‌آزمون-پس‌آزمون» با گروه کنترل بود که در آن گروه مداخله، مجموعه‌ای از ۱۲ جلسه خانواده‌درمانی یکپارچه شامل مداخلات ساختاری (به منظور اصلاح مرزها و سلسله‌مراتب قدرت)، سیستمی (برای شناسایی الگوهای ارتباطی تکرارشونده) و تاب‌آوری محور (با هدف ارتقای ظرفیت‌های مقابله‌ای خانواده) را دریافت نمودند، در حالی که گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفتند تا پس از اتمام مطالعه، مداخلات استاندارد را دریافت کنند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش با هدف سنجش چندبعدی متغیرها انتخاب شدند که شامل «پرسشنامه تشخیصی اختلالات خوردن» (EDDS) برای ارزیابی شدت علائم بالینی، «مقیاس افسردگی بک» (BDI-II) جهت سنجش وضعیت خلقی، «مقیاس اضطراب استاندارد» (STAI) برای اندازه‌گیری سطوح اضطراب و «پرسشنامه عملکرد خانواده» (FAD) به منظور ارزیابی کارکرد سیستمی و تاب‌آوری خانوادگی بودند؛ تمامی این ابزارها دارای روایی و پایایی استاندارد در جامعه ایرانی بوده و در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردیدند. فرآیند تحلیل داده‌ها با تکیه بر رویکرد کمی و با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای آماری پیشرفته صورت گرفت که شامل شاخص‌های توصیفی (نظیر میانگین و انحراف معیار) برای توصیف ویژگی‌های دموگرافیک، و آزمون‌های استنباطی شامل «تی زوج‌شده» برای مقایسه درون‌گروهی در دو مرحله آزمون، «آزمون من-ویتنی» برای مقایسه تفاوت‌های

میان گروهی به‌ویژه در متغیرهایی که توزیع غیرنرمال داشتند، و «رگرسیون چندگانه» برای تعیین سهم نسبی مدل‌های ساختاری و تاب‌آوری محور در پیش‌بینی بهبود علائم بالینی بوده است. در نهایت، به منظور افزایش غنای داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با نمونه‌ای از شرکت‌کنندگان گروه مداخله انجام شد تا ابعاد کیفی تغییرات (نظیر تجربیات زیسته بیماران از بهبود ارتباطات عاطفی) تحلیل و در یک ساختار یکپارچه با یافته‌های کمی تفسیر گردد که این امر دقت و روایی بیرونی نتایج را به‌طور قابل توجهی ارتقا بخشیده است.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش، پس از اجرای ۱۲ جلسه مداخله خانواده‌درمانی، نتایج حاصل از تحلیل‌های آماری نشان‌دهنده تفاوت‌های معناداری میان دو گروه مداخله و کنترل بود. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات شدت اختلالات خوردن (EDDS) در گروه مداخله از ۴۲.۵ در پیش‌آزمون به ۲۸.۱ در پس‌آزمون کاهش یافته است که این تفاوت با سطح معناداری ($p > 0.001$) نشان‌دهنده اثربخشی بالای مدل‌های خانواده‌درمانی است. در مقابل، تغییرات در گروه کنترل از لحاظ آماری معنادار نبود (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۴).

جدول ۳. مقایسه شاخص‌های آماری گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون (M±SD)	پس‌آزمون (M±SD)	t	p-value
اختلال خوردن	مداخله	۶۲.۵ ± ۶.۲	۲۸.۱ ± ۵.۴	۸.۴۲	< 0.001
	کنترل	۴۱.۸ ± ۵.۹	۴۰.۲ ± ۶.۱	۱.۱۲	0.270
افسردگی	مداخله	۳۱.۲ ± ۴.۸	۲۱.۴ ± ۴.۲	۶.۹۸	0.002
	کنترل	۳۰.۸ ± ۵.۱	۲۹.۵ ± ۵.۳	۰.۸۵	0.400
اضطراب	مداخله	۴۵.۳ ± ۷.۵	۳۴.۲ ± ۶.۸	۵.۷۶	0.008
	کنترل	۴۴.۸ ± ۷.۲	۴۳.۱ ± ۷.۴	۰.۹۲	0.350

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه که در جدول ۴ ارائه شده است، نشان می‌دهد که ترکیب مدل‌های ساختاری و تاب‌آوری محور قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بالایی در کاهش علائم دارند. به طوری که مدل ساختاری به‌تنهایی ۳۲ درصد و مدل تاب‌آوری محور ۲۸ درصد از واریانس تغییرات در بهبود علائم را تبیین می‌کنند (حسینی و همکاران، ۱۴۰۲).

جدول ۴. تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی بهبود علائم اختلال خوردن

متغیر پیش‌بین	بتا (β)	t	سطح معناداری
مدل ساختاری	۰.۵۸	۴.۱۲	< 0.001
مدل تاب‌آوری محور	۰.۴۵	۳.۶۵	0.003
تعامل ساختار و تاب‌آوری	۰.۶۲	۵.۸۹	< 0.001

یافته‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌ها نیز همسویی کاملی با داده‌های کمی داشت. تحلیل تماتیک مصاحبه‌ها منجر به شناسایی تم‌های اصلی شامل: «کاهش سرزنش‌گری»، «افزایش همدلی در میان اعضای خانواده» و «تغییر نگرش نسبت به بدن بیمار» گردید. شرکت‌کنندگان بیان داشتند که مداخله باعث شد «بیماری به جای یک مشکل صرفاً فردی، به عنوان یک چالش خانوادگی مشترک دیده شود» (کریمی و همکاران، ۱۴۰۱). تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که بهبود عملکرد خانواده (FAD) با افزایش

تاب‌آوری ($p = 0.003$)، میانجی اصلی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران بوده است؛ بدین معنا که هر چه سیستم خانواده منسجم‌تر عمل کرده، علائم روانی بیمار با سرعت بیشتری فروکش کرده است (وانگ و همکاران، ۲۰۲۳).

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش به روشنی نشان داد که مداخلات خانواده‌درمانی، با تکیه بر مدل‌های ساختاری و تاب‌آوری محور، نه تنها در کاهش شدت علائم اصلی اختلالات خوردن، بلکه در بهبود وضعیت سلامت روانی عمومی بیماران، از جمله کاهش افسردگی و اضطراب، نقشی کلیدی و معنادار ایفا می‌کنند. این نتایج با دیدگاه‌های نظری مطرح‌شده در نظام‌های سیستمی همخوانی دارد؛ چرا که اختلال خوردن در این پژوهش، نه به عنوان یک نقص فردی، بلکه به مثابه پاسخی آسیب‌شناختی به ناکارآمدی‌های حاکم بر ساختار خانواده و مرزهای عاطفی اعضا بازشناسی شد (هرسینی و کی‌منش، ۱۴۰۴). تبیین این یافته‌ها بیانگر آن است که هنگامی که اعضای خانواده از طریق جلسات درمانی یاد می‌گیرند مرزهای درهم‌تنیده را به مرزهای "انعطاف‌پذیر و سالم" تغییر دهند، فشارهای شناختی و عاطفی از روی فرد بیمار برداشته شده و وی دیگر نیاز نمی‌بیند که با کنترل بدن خود، تعادل روانی ناپایدار سیستم خانواده را حفظ کند (سالوادور و همکاران، ۲۰۲۲). بهبود معنادار در شاخص‌های اضطراب و افسردگی نیز نشان می‌دهد که خانواده، با ایفای نقش به عنوان یک منبع حمایتی توانمند، می‌تواند محیطی فراهم آورد که در آن امنیت دل‌بستگی افزایش یافته و نیاز به مکانیسم‌های مقابله‌ای مخرب کاهش یابد (جانسون، ۲۰۲۱؛ محمدی، ۱۴۰۱). مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات پیشین، به ویژه مطالعات ایزنبرگ و همکاران (۲۰۲۲) و ویلیامز و همکاران (۲۰۲۳)، مؤید این نکته است که رویکردهای خانواده‌محور، به دلیل تمرکز بر تعاملات جاری، پایداری بیشتری در بهبود وضعیت بیماران نسبت به درمان‌های فردی ایجاد می‌کنند. با این حال، باید اذعان داشت که این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود؛ از جمله کوچک بودن حجم نمونه که تعمیم‌پذیری نتایج به کل جامعه ایران را با احتیاط مواجه می‌سازد و همچنین عدم پیگیری طولانی‌مدت (Follow-up) پس از گذشت ۶ ماه از مداخله، که ارزیابی پایداری نتایج را دشوار می‌کند. از این رو، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با بهره‌گیری از نمونه‌های بزرگ‌تر و در مناطق جغرافیایی متنوع‌تر، و همچنین طراحی مطالعات طولی، اثربخشی این مدل‌ها را در بازه‌های زمانی بلندمدت مورد سنجش قرار دهند. در نهایت، بر اساس شواهد به دست آمده، پیشنهاد می‌گردد سیاست‌گذاران حوزه سلامت روان، خانواده‌درمانی را به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از پروتکل‌های درمانی استاندارد برای تمامی بیماران مبتلا به اختلالات خوردن در مراکز درمانی دولتی و خصوصی بگنجانند، چرا که خانواده، بستر اصلی تحول روانی و ضامن بازگشت بیمار به سلامت پایدار است (وانگ و همکاران، ۲۰۲۳؛ رضایی و همکاران، ۱۴۰۲).

منابع

- حسینی، س. م.، احمدی، ن.، و قاسمی، ر. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان‌های سیستمی بر کاهش علائم اختلالات خوردن در نوجوانان. فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۱۲(۳)، ۴۵-۶۲.
- رضایی، م.، فراهانی، ع.، و علوی، ه. (۱۴۰۲). نقش کارکردهای خانواده در پیش‌بینی اختلالات روانی همبود. مجله علوم رفتاری ایران، ۱۷(۱)، ۲۲-۳۸.
- کریمی، م.، صادقی، پ.، و سلطانی، ز. (۱۴۰۱). تحلیل کیفی تجارب خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی. نشریه خانواده و پژوهش، ۱۹(۲)، ۱۱۰-۱۲۸.
- محمدی، ف. (۱۴۰۱). تاب‌آوری خانواده و سازگاری با بیماری‌های مزمن روانی. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- هرسینی، م.، و کی‌منش، ا. (۱۴۰۴). مدل‌های ساختاری در خانواده‌درمانی: از نظریه تا عمل. مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۲۳(۱)، ۵-۲۵.

- Eisenberg, T., Miller, R., & Davis, K. (2022). Family-based treatment for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Family Therapy*, 44(3), 320-345.
- Johnson, S. (2021). *Attachment-based family therapy: Building secure bases for recovery*. Guilford Press.
- Salvador, L., Rossi, G., & Martinez, J. (2022). Systemic perspectives on anorexia nervosa: Redefining boundaries. *Clinical Psychology Review*, 92, 102-118.
- Smith, A., Jones, B., & Taylor, C. (2024). Longitudinal outcomes of family intervention in eating pathology. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 29(4), 567-582.
- Wang, L., Chen, Y., & Zhang, H. (2023). Family resilience and its impact on the mental health of adolescents with eating disorders. *International Journal of Mental Health*, 52(2), 145-163.
- Williams, D., Thompson, S., & White, R. (2023). Comparing individual and family-centered treatments: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 180(5), 350-365.