Salāmat-i ijtimāī (Community Health) ISSN 2423-4702; Vol. 9 No.2; 2022
http://journals.sbmu.ac.ir/ch

Original Research Article

The Effectiveness of Schema Therapy on Flexibility and Perfectionism of Physical Appearance in Body Deformity Disorder: A Pilot Study

Masoumeh Ghanbari [1], Taher Tizdast [2*], Javad Khalatbari [3], Mohammad-Ali Rahmani [2]

1. PhD student General Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

[*]**Corresponding Author:** Taher Tizdast, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Email: taher.tizdast@toniau.ac.ir

Received: 8 June 2021 **Accepted:** 31 July 2021 **Published:** 18 April 2022

How to cite this article:
Ghanbari M, Tizdast T, Khalatbari J, Rahmani M.A . The Effectiveness of Schema Therapy on Flexibility and Perfectionism of Physical Appearance in Body Deformity Disorder: A Pilot Study. Salāmat-i ijtimāī (Community Health). 2022; 9(2): 37-48. DOI: http://doi.org/10.22037/ch.v9i2.31444.

Abstract

Background and Objective: Body deformity disorder (BDD) is one of the disorders of the obsessive-compulsive spectrum and includes intense and disturbing mental occupation with minor or visual defects in appearance. The aim of this study was to determine the effectiveness of schema therapy on flexibility and perfectionism of physical appearance in body dysmorphic disorder.

Materials and Methods: In a quasi-experimental study of pre-test-post-test-follow-up design with a control group, 30 female students with BDD studying at the Islamic Azad University of Tehran University of Medical Sciences from November to January 2017 were selected via convenience sampling method. Participants were randomly assigned to the experimental and control groups. The experimental group (n=15) underwent schematic therapy for eight weekly 90-minute sessions. The flexibility questionnaire and the Physical Appearance Perfectionism Scale (PAPS) were collected in three baseline stages after quarterly intervention and follow-up. Data were entered in SPSS statistical software version 21 and analyzed using repeated measures multivariate analysis of variance.

Results: In the experimental group, the mean (SD) of cognitive flexibility increased from 26.3 (7.4) in the pre-test to 43.5 (10.2) in the post-test (P<0.001) and 45.8 (11.7) in the follow-up phase, (P<0.001). Also, in the experimental group, the mean (SD) perfectionism score decreased from 74.5 (5.4) in the pre-test to 34.3 (6.1) in the post-test (P<0.001) and 49.5 (5.5) in the follow-up phase, (P<0.001). In the control group, the scores of both variables in the pre-test, post-test and follow-up were not different.

Conclusion: The study showed that schema therapy improved flexibility and decreased physical appearance perfectionism in students with body dysmorphic disorder.

Keywords: Flexibility, Body Deformity Disorder, Schema Therapy, Physical Appearance Perfectionism.

Introduction

Physical deformity disorder (BDD) is one of the disorders of the obsessive-compulsive spectrum and includes intense and disturbing mental occupation with minor or visual defects in appearance (1). One of the areas in which many people tend to perfectionism is their physical appearance (2). Schematic therapy is one of the effective treatments for people with body dysmorphic disorder (3). Eating Disorder Schema Theory emphasizes the role of core beliefs and schemas in the development and persistence of eating disorders (4). According to this model,

schemas are developed in childhood and are used as templates for processing subsequent experiences. Reflecting inconsistent schemas often creates unconditional beliefs about oneself (5). In schema therapy, the main focus is on establishing a relationship between eating behaviors and schemas; to the extent that patients can become more aware of the origins and coping behaviors associated with the eating disorder pattern in themselves (6). Therefore, due to the growing body dysmorphic disorder, especially among adolescents and young people and the vulnerability of this period of development, as well as the need for psychological therapies to reduce this disorder and the lack of research in the country that directly affects the effectiveness. The aim of this study was to determine the effectiveness of schema therapy on flexibility and perfectionism of physical appearance in body dysmorphic disorder.

Materials and methods

In a quasi-experimental study of pre-test-post-test-follow-up design with a control group, 30 female students with BDD studying at the Islamic Azad University of Tehran University of Medical Sciences from November to January 2017 were selected via convenience sampling method. Participants were randomly assigned to the experimental and control groups. The experimental group (n=15) underwent schematic therapy for eight weekly 90-minute sessions. The flexibility questionnaire (7) and the Physical Appearance Perfectionism Scale (PAPS) (8) were collected in three baseline stages after quarterly intervention and follow-up. Data were entered in SPSS statistical software version 21 and analyzed using repeated measures multivariate analysis of variance.

Results

In the experimental group, the mean (SD) of cognitive flexibility increased from 26.3 (7.4) in the pre-test to 43.5 (10.2) in the post-test ($P<0.001$) and 45.8 (11.7) in the follow-up phase, ($P<0.001$). Also, in the experimental group, the mean (SD) perfectionism score decreased from 74.5 (5.4) in the pre-test to 34.3 (6.1) in the post-test ($P<0.001$) and 49.5 (5.5) in the follow-up phase, ($P<0.001$). In the control group, the scores of both variables in the pre-test, post-test and follow-up were not different.

Discussion

The present study showed that schema therapy led to a reduction in physical perfectionism in body deformity disorder. This finding is consistent with the results of another study on the effectiveness of group schema therapy on body deformity symptoms and early maladaptation schemas in female students with overweight (9). Most of the dysfunctional beliefs observed in the experimental group were cultural beliefs such as physical deformity, inattention and rejection, and the like, whose emotional memories indicated that needs such as security, love, understanding, empathy, and self-expression were not met. These unmet needs lead to the formation of maladaptive schemas in childhood, and the activation of these schemas in the present life, still causes these needs not to be met. Schemas are considered structural and organizational components of cognition through which human beings can determine, interpret, classify and evaluate their experience. Schemas are consistent with beliefs such as lack, worthlessness, inadequacy, unfriendliness, and self-loathing, which are factors that cause the body to become deformed. Schema therapy led to increased cognitive flexibility in body dysmorphic disorder. The present study results are in line with the results of the study of neoplasms and individuals based on the effectiveness of schema therapy on body image, self-concept, and maladaptive schemas in patients with deformity (10). This therapeutic approach helps patients assess the correctness of their schemas. Individuals view schema as an external reality and can fight against it using objective evidence (11). Cognitive techniques help clients distance themselves from schemas. They also help to see the schema as an annoying creature rather than an indisputable fact about themselves. Therefore, reducing the activity of maladaptive schemas can play an essential role in reducing individuals' perfection of physical appearance. Experimental techniques also change the bitter images of childhood, mental images, physical feelings and emotional feelings, and

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

help to remember the bitter memories of the past and do not have a destructive effect on the person. Because the validation of experimental techniques is based on emotions, these techniques seem to help a person become aware of and accept their emotions and, by reorganizing emotions, examine themselves and learn new ones, regulate interpersonal emotion, and calm down. Provide the basis for improving schemas.

Conclusion

The study showed that schema therapy improved flexibility and decreased physical appearance perfectionism in students with body dysmorphic disorder.

Acknowledgment

The authors would like to thank all participants of the study.

Conflict of Interest

None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement

We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.TON.REC.1399.07 .

REFERENCES

1. Ryding FC, Kuss DJ. The use of social networking sites, body image dissatisfaction, and body dysmorphic disorder: A systematic review of psychological research. Psychology of Popular Media. 2020 Oct;9(4):412.
2. Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa–medical complications. Journal of eating disorders. 2015;3(1):11.
3. Rodgers RF, Paxton SJ, McLean SA, Massey R, Mond JM, Hay PJ, Rodgers B. Stigmatizing attitudes and beliefs toward bulimia nervosa: The importance of knowledge and eating disorder symptoms. The Journal of nervous and mental disease. 2015;203(4):259-63.
4. Simpson SG, Morrow E, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. Frontiers in psychology. 2010;1:182.
5. Sochos A, Bennett A. Psychological Distress, Physical Symptoms, and the Role of Attachment Style in Acupuncture. Alternative Therapies in Health & Medicine. 2016;22(3).
6. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. Health psychology. 2002;21(2):131.
7. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. Cognitive therapy and research. 2010;34(3):241-53.
8. Yang H, Stoeber J, Wang Y. Moral perfectionism and moral values, virtues, and judgments: A preliminary investigation. Personality and Individual Differences. 2015 Mar 1;75:229-33.
9. Dehestani M, Azizi Z. The Effectiveness of Group Schema Therapy on Body Dysmorphic Symptoms and Early Maladaptive Schemes in Girl Students with Overweight Concerns. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2019 Feb 20;13(47):47-56. [Full text in Persian]
10. Pondehnezhadan A, Fard RJ. Effectiveness of schema therapy on body-image, self-concept, maladaptive schemas in patients with body dysmorphic disorder. Middle East Journal of Family Medicine. 2018 Jan 1;7(10):162.
11. Turner HA, Shattuck A, Finkelhor D, Hamby S. Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. Journal of interpersonal violence. 2017;32(5):755-80.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

مقاله اصیل | **سلامت اجتماعی**، دوره نهم، شماره ۱، بهمن و اسفند ۱۴۰۰، صفحات ۳۷ تا ۴۸ http://journals.sbmu.ac.ir/ch

اثر بخشی طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری و کمال گرایی ظاهر جسمانی در اختلال بدشکلی بدن: یک مطالعه راهنما

معصومه قنبری[۱]، طاهر تیزدست[۲*]، جواد خلعتبری[۳]، محمدعلی رحمانی[۲]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

* **نویسنده مسئول:** طاهر تیزدست، گروه روان شناسی، واحد تنکاین، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Email taher.tizdast@toniau.ac.ir

تاریخ دریافت: خرداد ۱۴۰۰ تاریخ پذیرش: مرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: اختلال بدشکلی بدنی یکی از اختلالات طیف وسواسی-جبری است و شامل اشتغال فکری شدید و آشفته ساز با نقص جزئی یا تصوری در ظاهر می باشد. هدف این پژوهش تعیین میزان اثر بخشی طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری و کمال گرایی ظاهر جسمانی در اختلال بدشکلی بدن بود.

روش و مواد: در یک مطالعه نیمه آزمایشی و از نوع طرح های پیش آزمون پس آزمون پیگیری با گروه گواه، ۳۰ دانشجوی دختر مبتلا به اختلال بدشکلی بدن که در حال تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران در طی ماه های آبان تا دی ماه ۱۳۹۸ بودند با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس مشارکت کنندگان به طور تصادفی و از طریق نرم افزار Excell در دو گروه آزمایش و گواه تخصیص یافتند. گروه آزمایش تحت طرحواره درمانی به مدت هشت جلسه هفتگی هر جلسه ۹۰ دقیقه قرار گرفت. ابزار جمع آوری پرسشنامه انعطاف پذیری و پرسشنامه کمال گرایی ظاهر جسمانی (PAP5)، در سه مرحله خط پایه، پس از مداخله و پیگیری سه ماهه جمع آوری شدند. داده ها در نرم افزار آماری SPSS-21 وارد و با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در گروه آزمایش، میانگین (انحراف معیار) انعطاف پذیری شناختی از (۷/۴) ۲۶/۳ در پیش آزمون به (۱۰/۲) ۴۳/۵ در پس آزمون افزایش یافت (P<۰/۰۰۱) و در مرحله پیگیری به (۱۱/۷) ۴۵/۸ رسید که تأثیر مداخله پایدار بود (P<۰/۰۰۱). همچنین، در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) کمال گرایی از (۵/۴) ۷۴/۵ در پیش آزمون به (۶/۱) ۳۴/۳ در پس آزمون کاهش یافت (P<۰/۰۰۱) و در مرحله پیگیری به (۵/۵) ۴۹/۵ رسید که تأثیر مداخله پایدار بود (P<۰/۰۰۱). در گروه گواه نمرات هر دو متغیر در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشت.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی موجب بهبود انعطاف پذیری و کاهش کمالگرایی ظاهر جسمانی در دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن شد.

واژگان کلیدی: انعطاف پذیری، اختلال بدشکلی بدن، طرحواره درمانی، کمالگرایی ظاهر جسمانی.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

مقدمه

اختلال بدشکلی بدنی (BDD) یکی از اختلالات طیف وسواسی-جبری است و شامل اشتغال فکری شدید و آشفته ساز با نقص جزئی یا تصوری در ظاهر می باشد (۱). در واقع، علامت اصلی این اختلال احساس ذهنی و تصوری از زشت بودن یا یک نقص خیالی است که بیمار معتقد است برای سایر افراد آشکار و مشخص است، در حالی که فرد از ملاک ها و پارامترهای یک چهره نرمال برخوردار می باشد. این اختلال می تواند باعث رنج و ناراحتی زیادی شود و درمان آن اغلب پیچیده و چالش برانگیز است (۲). اختلال بدریخت انگاری بدن یک حالت مزمن و پریشان کننده است که می‌تواند منجر به مشکلات شدید اجتماعی، شغلی، تحصیلی و خانوادگی شود (۳). میزان شیوع اختلال بدریخت انگاری بدن اغلب کمتر برآورد می‌شود، زیرا بیماران از صحبت کردن درباره ظاهر و علائم شان شرمنده هستند، بنابراین، اگر به طور ویژه مدنظر قرار نگیرد، به راحتی نادیده گرفته می شود (۴). میزان شیوع اختلال بدریخت انگاری بدن در جمعیت عمومی حدود ۲ درصد برآورد شده است. در نوجوانان شیوع آن بالاتر و حدود ۶/۳٪ گزارش شده است و در درمانگاه های پوست و مو بین ۱۰ تا ۱۲ درصد گزارش شده است (۵). مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، ساعت های زیادی را با ناراحتی و ناامیدی صرف وارسی ظاهر خود در آینه می کنند و تلاش می کنند تا نقص یا عیب درک شده را پنهان سازند (۶). یکی از ویژگی های مهم و تأثیر گذار، انعطاف پذیری تصویر بدنی است که به معنی توانایی پذیرش و تجربه همزمان افکار، عقاید و احساسات مثبت و منفی درباره بدن است و به عنوان یک عامل محافظت کننده مهم برای سلامت و بهزیستی جسمانی و روان شناختی می باشد (۷ و ۸).

انعطاف پذیری تصویر بدنی به معنی توانایی فرد برای ارتباط با تجارب بدنی شان شامل افکار، هیجان ها، احساس های جسمانی و غیره در لحظه حاضر به صورت ارادی و غیر قضاوتی است. علاوه بر این، انعطاف پذیری تصویر بدنی، ظرفیت انتخاب تداوم راه و شیوه زندگی به صورتی است که همخوان با ارزش های شخصی فرد باشد، حتی در صورتی که تجربه ها و وقایع ناخواسته درونی مربوط به تصویر بدنی یا وزن بدن تهدید کننده باشد (۹). افراد با تصویر بدنی منعطف تر به روش های سازگارانه تری به تهدیدهای تصویر بدنی پاسخ می دهند (۱۰). نتایج یک پژوهش نشان داد که انعطاف پذیری تصویر بدنی به طور کامل رابطه بین ارزیابی منفی از تصویر بدنی و پاسخ های ناسازگارانه به تهدید تصویر بدنی را تعدیل می کند (۱۱). با وجود این که در پژوهش های انجام شده پیشین پیشنهاد شده است که انعطاف پذیری بدن می تواند برای بهبود مشکلات افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن کمک کننده باشد (۱۲)، اما در بررسی پیشینه پژوهش های انجام شده در این زمینه تنها یک مطالعه یافت شد که اثربخشی طرحواره درمانی را بر انعطاف پذیری تصویر بدنی مورد بررسی قرار داده و نشان داده بود این درمان در بهبود انعطاف پذیری تصویر بدنی نقش دارد (۱۳). از دیگر عوامل خطر و زمینه ساز برای رشد اختلال بدشکلی بدن کمال گرایی است (۱۴). کمال گرایی به مجموعه ای از معیارهای شدید افراطی همراه با خودارزیابی های انتقادی اشاره دارد و زمانی فعال می شود که فرد در برآوردن معیارها و ملاک هایش شکست می خورد یا تصور می کند شکست خورده است (۱۵). در واقع، کمال گرایی یک حالت شخصیتی چند بعدی است که با تلاش برای بی عیب و نقص بودن و داشتن مجموعه‌ای از معیارهای فوق العاده افراطی برای عملکرد عالی مشخص می شود که با نگرانی بسیار زیاد از اشتباه کردن و ترس از ارزیابی منفی همراه است (۱۶). یک یافته مهم مرتبط با کمال گرایی این است که اغلب دامنه اختصاصی دارد و این دامنه اختصاصی از کمال گرایی می تواند نسبت به اندازه گیری کمال گرایی کلی پیش بینی کننده بهتری برای فرآیند و نتایج پژوهش های اختصاصی باشد (۱۷). در نتیجه، پژوهش ها شروع به اندازه گیری دامنه اختصاصی از ابعاد چند گانه کمال گرایی نموده اند و بررسی می کنند که چگونه کمال گرایی به حیطه های خاصی از زندگی مردم مانند ورزش، والدگری، روابط جنسی و اخلاقی مرتبط می شود (۱۸). یکی از حیطه هایی که بسیاری از مردم در آن تمایل به کمال گرایی دارند ظاهر جسمانی شان است (۱۹). برای توضیح تفاوت افراد در کمال گرایی مرتبط با ظاهر، Yang و همکاران مفهوم کمال گرایی ظاهر جسمانی را معرفی نموده اند (۱۱). مطابق نظر آنها، مطالعات بیشتر نیاز است. پژوهش های متعددی خط اول درمان روان شناختی برای اختلال بدشکلی بدن را درمان شناختی- رفتاری (CBT) معرفی نموده اند (۲۰). با وجود این، درمان شناختی-رفتاری برای بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن پاسخگو نیست

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

و همه بیماران نمی توانند از آن استفاده نمایند (۲۱). بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی، هیجانات منفی زیادی مانند شرم، نفرت از خود، ناامیدی، خشم، ناکامی، احساس گناه، شک و تردید و ناطمینانی را تجربه می کنند که مداخله اساسی و اختصاصی در این زمینه را طلب می کنند. در واقع، اختلال بدشکلی بدن هم ابتلایی های بسیار زیادی با اختلالات هیجانی مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن، اختلالات مصرف مواد و غیره و یا نقص در تنظیم هیجان سازگارانه دارد و افراد مبتلا به اختلالات هیجانی از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه استفاده می کنند که نقش مهمی در رشد، تداوم و پایداری علائم شان دارد (۲۲). از جمله درمان های مؤثر برای افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، طرحواره درمانی است (۲۳). نظریه طرحواره درمانی اختلال خوردن بر نقش باورهای هسته ای و طرحواره ها در توسعه و تداوم اختلال خوردن تأکید می کنند (۲۴). بر طبق این الگو طرحواره ها در دوران کودکی توسعه می یابند و به صورت قالب هایی برای پردازش تجارب بعدی به کار گرفته می شوند. با انعکاس طرحواره های ناسازگار اغلب باورهای بی قید و شرطی درباره خود شخص ایجاد می شود (۲۵). در طرحواره درمانی، تمرکز اصلی بر برقراری ارتباط بین رفتارهای خوردن با طرحواره ها است، تا جایی که بیماران بتوانند درباره خاستگاه ها و عملکردهای مقابله ای مرتبط با الگوی نشانگان اختلال خوردن در خودشان آگاهی و کنترل هشیارانه بیشتری به دست آورند (۲۶).

بنابراین با توجه به افزایش رو به رشد اختلال بدشکلی بدن به خصوص در بین نوجوانان و جوانان و آسیب پذیر بودن این دوره از رشد و همچنین نیاز به درمان های روانشناختی برای کاهش این اختلال و از طرفی نبود پژوهشی در کشور که به مستقیم اثربخشی طرحواره درمانی را در اختلالات روانی همبودی با اختلال بدشکلی بدن مورد بررسی قرار دهد، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می رسید. با توجه به موارد فوق، این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری و کمال گرایی ظاهر جسمانی در اختلال بدشکلی بدن انجام پذیرفت.

روش و مواد

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران که در بازه زمانی آبان تا دی ماه ۱۳۹۸ در حال تحصیل بودند، تشکیل داد که پس از بررسی‌های اولیه و انجام مصاحبه بالینی روی ۲۴۳ نفر از دانشجویان، تعداد ۷۹ نفر تشخیص اختلال بدشکلی بدن دریافت کردند. سپس براساس روش نمونه گیری تصادفی (از نوع قرعه کشی)، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. تعداد نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در سه گروه، حداقل تعداد نمونه برای دست یابی به توان مورد نظر، ۱۵ نفر در هر گروه جمعاً ۳۰ نفر به دست آمد. ملاک های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی ۳۵- ۲۰ سال، تشخیص اختلال بدشکلی بدن مطابق معیارهای DSM-۵، نداشتن اختلالات همبود دیگر مانند اضطراب، افسردگی، استرس و اختلال وسواسی-جبری. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی، شرکت نکردن در کلاس های آموزشی و مشاوره و عدم تغییر درمان های دارویی در خارج از مداخله آموزشی بود.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: قبل از اجرا، هدف از انجام پژوهش و سایر شرایط برای مشارکت کنندگان تشریح شد، مانند این که شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است. به این ترتیب تمامی افراد به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت نمودند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه نیز درمان موثرتر به اجرا در آمد. سپس فرم رضایت از آن ها گرفته شد و همه پرسشنامه ها توسط افراد تکمیل و ثبت گردید.

پرسشنامه کمال گرایی ظاهر جسمانی (PAP5): پرسشنامه کمال گرایی ظاهر فیزیکی توسط Yang و همکاران در سال ۲۰۱۲ با هدف بررسی و ارزیابی مؤلفه های کمال گرایی ظاهر فیزیکی (نگرانی در مورد عیب و نقص، امیدواری برای کمال) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال و ۲ مولفه نگرانی در مورد عیب و نقص و امیدواری برای کمال می باشد.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

سوالات پرسشنامه براساس طیف لیکرت پنج درجه ای (کاملا موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۴، نظری ندارم نمره۳، مخالفم نمره ۲، کاملا مخالفم نمره ۱) نمره گذاری می شوند. آلفای کرونباخ هر یک از مؤلفه ها در پژوهش Yang و همکاران برای مؤلفه نگرانی از کامل نبودن و امیدواری برای کامل بودن هر دو ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۵ بود (۱۱). در این پژوهش، همسانی درونیِ (ضریب آلفای کرونباخ) پرسشنامه کمال گرایی ظاهر جسمانی ۰/۹۳ به دست آمده است.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی: این پرسش‌نامه که توسط Dennis & Vander Wal در سال ۲۰۱۰ ساخته‌شده است. یک ابزار خود گزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موقعیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی از ۱ تا ۷ می‌باشد. روایی هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامه‌ی افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی Martin & Robbin، ۰/۷۵ بود. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند (۲۷). در این پژوهش، همسانی درونی پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی برای حجم نمونه (n=۳۰) در انعطاف‌پذیری شناختی، ۰/۹۳ به دست آمده است.

در این تحقیق، پژوهشگر بعد از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق، مجوز کتبی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن به دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران مراجعه کرده و معرفی نامه جهت کار در محیط دانشگاه حضور پیدا کرد و پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آنها بیان کرد. پس از کسب موافقت ریاست دانشگاه کار نمونه گیری آغاز گردید. از بین دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، مصاحبهٔ بالینی و ویزیت اولیه انجام گرفت و ۳۰ نفر از افرادی را که معیارهای ورودی زیر را داشتند، با اخذ رضایت آگاهانه، وارد مطالعه شدند.

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات طرحواره درمانی

جلسه	شرح جلسات
اول	معرفی اعضاء به یکدیگر و دعوت شرکت کنندگان به بحث پیرامون اهداف مورد انتظارات خود از شرکت دراین جلسات/ ارائه توضیحاتی در مورد بیماری اختلال بد شکلی بدنی و علل ایجاد کننده آن میزان شیوع آن در جامعه زنان، و درمان های مرتبط با آن، آشنایی با طرحواره های ناسازگار اولیه و حوزه های مرتبط با آن ها، تعیین تکلیف هفته ی آینده و توزیع جزوات جلسه اول و سی دی مراقبه ها
دوم	مرور تکلیف هفته ی گذشته/ آشنایی با طرحواره بریدگی و طرد / آشنایی با طرحواره رهاشدگی/ بی ثباتی/ آشنایی با طرحواره بی اعتمادی/ بدرفتاری/ آشنایی با طرحواره محرومیت هیجانی / آشنایی با طرحواره نقص/ شرم/ آشنایی با طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی/ تکلیف هفته آینده / توزیع جزوات جلسه ی دوم و نوار وارسی بدن
سوم	آشنایی با طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل / انتظاراتی که فرد از خود و محیط خود دارد با توانایی های محسوس او برای جدایی،بقا و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت آمیز / آشنایی با طرحواره وابستگی/بی کفایتی / آشنایی با طرحواره آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری / توزیع جزوات جلسه سوم
چهارم	آشنایی با طرحواره خود تحول نیافته/ آشنایی با طرحواره گرفتار / شکست / آشنایی با طرحواره محدودیت های مختل
پنجم	آشنایی با طرحواره استحقاق/بزرگ منشی / آشنایی با طرحواره خویشتن-داری و خود-انضباطی ناکافی / آشنایی با طرحواره دیگر جهت مندی / اطاعت / آشنایی با طرحواره اطاعت از هیجان ها:واپس رانی هیجانات شخصی بویژه خشم/ توزیع جزوات
ششم	آشنایی با طرحواره ایثار / آشنایی با طرحواره پذیرش جویی/جلب توجه / آشنایی با طرحواره گوش به زنگی بیش ازحد و بازداری / آشنایی با طرحواره منفی گرایی/بدبینی.
هفتم	آشنایی با طرحواره بازداری هیجانی / حوزه هایی که بازداری در مورد آن ها اعمال می شود عبارتند از: الف) بازداری از بروز خشم و پرخاشگری، ب) بازداری از بیان تکانه های مثبت (از قبیل خوشحالی، محبت، برانگیختگی جنسی و بازی)، ج) رازداری از ببیان آسیب پذیری یا بیان راحت و صریح احساسات و نیازهای شخصی، د) تاکید افراطی بر عقلانیت و نادیده گرفتن هیجان ها./ توزیع جزوات جلسه هفتم
هشتم	آشنایی با طرحواره معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی / آشنایی با طرحواره تنبیه/ بازنگری کل برنامه / وارسی و بحث در مورد برنامه ها

نمونه پژوهش به روش هدفمند و دردسترس و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شد. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و پرسشنامه کمال گرایی را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند گروه آزمایش تحت مداخله طرحواره درمانی طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی به مدت دو ماه، قرار گرفتند. بنا به اهداف تحقیق نیز، سه ماه بعد از مداخله جهت انجام امور پیگیری درمان، جلسه ای با هدف ارزیابی کلی

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

اثر بخشی مداخله صورت پذیرفت. مداخله در جلسات اول، دوم، سوم و چهارم به صورت حضوری انجام گرفت و چهار جلسه بعدی به دلیل شیوع بیماری کرونا و تعطیلی دانشگاه ها به صورت آنلاین برگزار گردید. در گروه گواه طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفته و تنها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و پرسشنامه کمال گرایی قبل و بعد از مداخله در گروه های آزمون جهت سنجش این دانشجویان به طور همزمان با دو گروه مداخله استفاده شد. همچنین در پایان مطالعه، تمامی موارد آموزش داده شده به گروه آزمون، در قالب یک بسته آموزشی به گروه گواه ارائه شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم افزار آماری SPSS-25 انجام شد.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه آزمایش (۸/۹) ۳۱/۲ و در گروه گواه (۹/۱) ۳۳ سال بود. دو گروه از نظر میانگین سن تفاوت معناداری با هم نداشتند.

جدول شماره ۲- میانگین (انحراف معیار) انعطاف‌پذیری شناختی و کمال گرایی ظاهری شرکت کنندگان در پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری

مرحله گروه	متغیر	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
آزمایش (طرحواره درمانی)	انعطاف‌پذیری شناختی	۲۶/۳ (۷/۴)	۴۳/۵ (۱۰/۲)	۴۵/۸ (۱۱/۷)	۰/۰۰۱
	کمال‌گرایی	۷۴/۵ (۵/۴)	۳۴/۳ (۶/۱)	۴۹/۵ (۵/۵)	۰/۵۸
گواه	انعطاف‌پذیری شناختی	۲۷/۶ (۷/۷)	۲۸/۱ (۷/۹)	۲۸/۲ (۸/۰۰)	۰/۰۰۱
	کمال‌گرایی	۷۹/۵ (۴/۵)	۷۹/۴ (۴/۵)	۷۸/۱ (۴/۶)	۰/۶۹

در گروه آزمایش، میانگین (انحراف معیار) انعطاف پذیری شناختی از (۷/۴) ۲۶/۳ در پیش آزمون به (۱۰/۲) ۴۳/۵ در پس آزمون افزایش یافت (P<۰/۰۰۱) و در مرحله پیگیری به (۱۱/۷) ۴۵/۸ رسید که تأثیر مداخله پایدار بود (P<۰/۰۰۱). همچنین، در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) کمال گرایی از (۵/۴) ۷۴/۵ در پیش آزمون به (۶/۱) ۳۴/۳ در پس آزمون کاهش یافت (P<۰/۰۰۱) و در مرحله پیگیری به (۵/۵) ۴۹/۵ رسید که تأثیر مداخله پایدار بود (P<۰/۰۰۱). در گروه گواه نمرات هر دو متغیر در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشت.

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به متغیر انعطاف پذیری در مرحله پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجذوراتا
انعطاف‌پذیری	۷۴۵/۰۳۳	۲	۳۷۲/۵۱۷	۹۲/۰۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴
کمال‌گرایی	۵۵۵/۱۰۰	۲	۲۷۷/۵۵۰	۸۴/۲۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۷

براساس جدول شماره ۳ می توان گفت طرحواره درمانی و طرحواره درمانی در تغییر این مولفه ها از انعطاف پذیری (ادراک گزینه‌های مختلف، ادراک کنترل‌پذیری، ادراک توجیه رفتار) دانشجویان دچار اختلال بدشکلی بدن در مرحله پیگیری تاثیر معناداری دارد.

بحث

مطالعه نشان داد در گروه آزمایش، میانگین (انحراف معیار) انعطاف پذیری شناختی از (۷/۴) ۲۶/۳ در پیش آزمون به (۱۰/۲) ۴۳/۵ در پس آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری به (۱۱/۷) ۴۵/۸ رسید که تأثیر مداخله پایدار بود. همچنین، میانگین (انحراف معیار) کمال گرایی از (۵/۴) ۷۴/۵ در پیش آزمون به (۶/۱) ۳۴/۳ در پس آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری به (۵/۵) ۴۹/۵ رسید که تأثیر مداخله پایدار بود. در گروه گواه نمرات هر دو متغیر در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی نداشت.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

مطالعه حاضر نشان داد طرحواره درمانی منجر به کاهش کمال گرایی ظاهر جسمانی در اختلال بدشکلی بدن شد. این یافته با نتایج پژوهش دهستانی و عزیزی مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر علائم بدشکلی بدن و طرحواره های ناسازگاری اولیه در دانش آموزان دختر مبتلا به نگرانی های اضافه وزن همسو است (۲۸). در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کمال گرایی ظاهر جسمانی می‌توان گفت بیشتر باورهای ناکارآمدی که در افراد گروه آزمایش مشاهده شد، از نوع باورهای فرهنگی از جمله بد شکلی بدنی، مورد توجه نبودن و طرد شدگی و مانند این‌ها بود که خاطرات هیجانی آن‌ها نشان‌دهنده برطرف‌نشدن نیازهایی مثل امنیت، محبت، درک، همدلی و ابراز خود بود، این نیازهای برطرف‌نشده سبب شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در کودکی شده و فعال‌شدن این طرحواره‌ها در زندگی کنونی، همچنان سبب رفع‌نشدن این نیازها می‌شود. آموزش فنون شناختی در طرحواره درمانی سبب شد مشارکت کنندگان متوجه شوند که از دلایل احساس در بدشکلی بدنی و در ادامه کاهش انعطاف پذیرش، افزایش اضطراب و افسردگی و کاهش کارکردهای اجتماعی در آن‌ها، صرف نظر از مسائل فیزیولوژیک، به‌خصوص در دوران اختلال، باورهای ناکارآمد آن‌هاست که با کمک تکنیک‌های شناختی در مرحله اول، آن‌ها را شناسایی و در مراحل بعد آن‌ها را به چالش کشیدند. طرحواره‌ها را به عنوان مؤلفه ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن، انسان‌ها می‌توانند تجربه‌شان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند، در نظر می‌گیرند. این سازمان ساختاریافته، اغلب سازگارانه است و تا جایی بااهمیت است که پردازش اطلاعات را تسهیل می‌کند و به منابع شناختی کنترل‌شده کمتری نیاز دارد. این طرحواره‌ها به صورت گسترده منعکس‌کننده دیدگاه‌های منفی مطلق فرد نسبت به خود است. از سوی دیگر با باورهایی مثل فقدان، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، دوست‌نداشتنی‌بودن و شکست نفس، که از عوامل ایجادکننده اختلال بدشکلی بدن است، هماهنگی دارد (۲۹). نتایج پژوهش نشان داد افراد گروه آزمایش، توانستند با استفاده از تکنیک‌های شناختی به فرضیه‌آزمایی طرحواره‌ها بپردازند. این تکنیک‌ها به بیماران کمک می‌کند تا با زیرسؤال‌بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورند و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را در مورد تصویر بدنی خود توانمند سازند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد طرحواره درمانی منجر به افزایش انعطاف پذیری شناختی در اختلال بدشکلی بدن شد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش پونده نژادان و جوهری فرد مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر تصویر بدن، خودپنداره، طرحواره های ناسازگار در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن همسو است (۲۹). در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی می توان گفت این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در واقع افراد، طرحواره را به عنوان حقیقتی بیرونی می‌نگرند و می‌توانند با استفاده از شواهد عینی (ناشی از تکنیک‌های شناختی) و تجربی (نتایج تکنیک‌های تجربی) علیه آن بجنگند، یعنی ابتدا شناخت باورهای مرکزی ناکارآمد خود، سپس واژه‌های کلیدی باور و معنای آن‌ها، درصد اعتقاد به باورهای ناکارآمد، پیداکردن ریشه‌های تحولی باور مرکزی، یافتن مزایا و معایب آن، شواهد تأییدکننده و ردکننده طرح واره‌ها را پیدا کنند و در نهایت با نوشتن چکیده تمام این تکنیک‌ها به صورت کارت آموزشی، زمینه را برای شناخت بیشتر طرحواره‌های ناسازگار خود فراهم آورند و ارتباط آن را با مسائل کنونی و مشکلات خود در زندگی تشخیص دهند. بر اساس این رویکرد در هر نوع از آسیب‌های روان‌شناختی، ردپایی از فعال‌بودن طرحواره‌های خاص وجود دارد (۳۰). در تبیین تاثیر طرحواره درمانی در افزایش انعطاف پذیری شناختی در اختلال بدشکلی بدن دیگر می توان گفت تکنیک‌های شناختی به مراجعان کمک می‌کند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرند. همچنین کمک می‌کنند تا به جای اینکه طرح واره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بدانند. پس کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند نقش مهمی درکاهش کمال گرایی ظاهر فیزیکی افراد داشته باشد. تکنیک‌های تجربی نیز با تغییردادن خاطرات تلخ دوران کودکی، به تغییر تصاویر ذهنی، احساسات بدنی و احساسات عاطفی می‌پردازد و کمک می‌کند یادآوری خاطرات تلخ گذشته، تأثیر مخربی بر روی فرد نداشته باشد. از آنجا که تأیید تکنیک‌های تجربی بر روی هیجانات است، به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد و با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، به بررسی خود پرداخته و بایادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین‌فردی و نیز خودآرامش‌دهی، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. تکنیک‌های تجربی مانند استفاده از

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

تصویرسازی ذهنی باعث می‌شود فرد طرحواره‌های اصلی را شناخته و ریشه‌های تحولی آن را درک کند و خاطراتش را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این، موجب ارتقای درک بیمار می شود و به او کمک می‌کند از شناخت عقلانی به سمت تجربه‌کردن هیجانی حرکت کند و از شناخت سرد به شناخت داغ برسد. یکی از تکنیک‌های عمده تجربی مواجهه و تصویرسازی ذهنی است. در واقع هر مداخله‌ای که تلاش می‌کند طرحواره‌های مرتبط با تهدید یا ضربه را فعال و اصلاح کند، ضرورتاً مستلزم مواجهه مراجع با مواردی است که از آن‌ها اجتناب می‌کند. که مراجع در تلاش برای اجتناب از آن‌هاست. در تکنیک گفت‌وگوی خیالی، بروز هیجانات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه هیجانی مهیا می‌سازد و باعث فاصله گرفتن از طرحواره‌ها می‌شود و درنهایت احساس شفقت نسبت به فرد آسیب‌رسان در آن خاطره و سرانجام شفقت به کودک آسیب‌دیده را باعث می‌شود. از مزایای دیگر طرحواره‌درمانی در تکنیک‌های تجربی اختصاصی بودن آن است، از جمله بازآفرینی نقش والدین مناسب، برای هر فرد با توجه به نوع نیاز مغفول مانده در آن خاطره. معمولاً افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، نیاز بیشتری به درک شدن، همدلی و محبت دارند. این نیازهای آن‌ها در کودکی در مقابل افراد مهم زندگی مانند والدین برطرف نشده است. با کمک تکنیک‌های تجربی، خاطرات تلخ کودکی آن‌ها مجدد بازسازی می‌شود، به صورتی که نیاز کودک در آن تصویر ذهنی با کمک درمانگر برطرف شود. فرد می‌آموزد در زندگی کنونی خویش نیز این نیازها را چگونه برطرف کند. همچنین با استفاده از تکنیک نوشتن نامه، افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی فرصتی برای بیان حقوقشان و شناخت احساساتشان و نیازهای رفع‌نشده‌شان می‌یابند. بر اساس دیدگاه یانگ و همکاران هدف طرحواره‌درمانی کمک به رفع نیازهای هیجانی بیمار است. زمانی که در طی فرایند درمان این نیازهای هیجانی تاحدودی برطرف می‌شود، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌سازد، چرا که طرحواره‌های ناسازگار اساساً به خاطر برطرف نشدن نیازهای هیجانی ایجاد می‌شود و این، از علل تأثیر آموزش فنون طرحواره درمانی بر کمال گرایی ظاهر فیزیکی افراد است. مهم‌ترین موضوعی که می‌توان در فرایند درمانی در مقایسه با درمان‌های متداول به آن اشاره کرد، جنبه بسیار دلسوزانه و انسانی‌بودن این درمان است. طرح واره‌درمانی به جای اینکه اختلالات روان‌شناختی را امری غیرعادی بداند، با عادی‌تلقی‌کردن آن‌ها، سعی می‌کند به تغییر و اصلاح جنبه‌های ناکارآمد و ناسازگارانه آن‌ها بپردازد و نقش مؤثری در کاهش دلبستگی نا ایمن و به طور کلی کیفیت زندگی افراد داشته باشد. همچنین تکنیک‌های رفتاری به مراجعان کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره، سبک مقابله سالم‌تری را جانشین سازند. تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی رفتاری نیز باعث فاصله‌گرفتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب، جبران افراطی و تسلیم می‌شود. در این حالت درمانگر و بیمار، فهرستی از رفتارهای جدید تهیه می‌کنند و در مورد مزایا و معایب هریک از آن‌ها به بحث و تبادل نظر می‌پردازند و آن‌گاه درباره چگونگی جانشین‌سازی رفتارهای سالم به جای رفتارهای مشکل‌ساز به جمع‌بندی می‌رسند و سپس ترتیب هدف‌های رفتاری درمان را مشخص می‌کنند. نخستین محدودیت حجم کوچک نمونه است. گرچه این مطالعه دستخوش افت مشارکت کنندگان نشد، ولی حجم کم نمونه این مطالعه یکی از محدودیت هایی است که مانع از برآورد دقیق اندازه اثر برنامه شده است. محدودیت دوم مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه گیری، عدم خویشتن نگری و...) است. همچنین نمونه این پژوهش بر روی دانشجویان مبتلا به اختلال بد شکلی بدنی انجام شده است شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگ تر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی دانشجویان با اختلال مشابه در سایر دانشگاه ها اجرا کنند.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی موجب بهبود انعطاف پذیری و کاهش کمالگرایی ظاهر جسمانی در دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن موثر شد.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از رسالهٔ دانشجویی در مقطع دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می باشد و دارای کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1399.079 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می باشد. در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافعی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Ryding FC, Kuss DJ. The use of social networking sites, body image dissatisfaction, and body dysmorphic disorder: A systematic review of psychological research. Psychology of Popular Media. 2020;9(4):412.
2. Buhlmann U, Winter A, Kathmann N. Emotion recognition in body dysmorphic disorder: Application of the reading the mind in the eyes task. Body Image. 2013;10(2):247-50.
3. Elliott CH, Lassen MK. A schema polarity model for case conceptualization, intervention, and research. Clinical Psychology: Science and Practice. 1997;4(1):12.
4. Fenwick AS, Sullivan KA. Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample. Psychiatry research. 2011;189(2):299-304.
5. Marron SE, Gracia-Cazaña T, Miranda-Sivelo A, Lamas-Diaz S, Tomas-Aragones L. Screening for body dysmorphic disorders in acne patients: A pilot study. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition). 2019;110(1):28-32.
6. Mohajerin B, Bakhtiyar M, Olesnycky OS, Dolatshahi B, Motabi F. Application of a transdiagnostic treatment for emotional disorders to body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. Journal of affective disorders. 2019;245:637-44.
7. Morris EA, Brooks PR, May JL. The relationship between achievement goal orientation and coping style: Traditional vs. nontraditional college students. College Student Journal. 2003;37(1):3-9.
8. Schneider SC, Turner CM, Storch EA, Hudson JL. Body dysmorphic disorder symptoms and quality of life: The role of clinical and demographic variables. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2019;21:1-5.
9. AlShahwan MA. Prevalence and characteristics of body dysmorphic disorder in Arab dermatology patients. Saudi medical journal. 2020;41(1):73.
10. Silver J, Reavey P. "He's a good-looking chap aint he?": Narrative and visualisations of self in body dysmorphic disorder. Social Science & Medicine. 2010;70(10):1641-7.
11. Yang H, Stoeber J, Wang Y. Moral perfectionism and moral values, virtues, and judgments: A preliminary investigation. Personality and Individual Differences. 2015;75:229-33.
12. Summers BJ, Matheny NL, Sarawgi S, Cougle JR. Intolerance of uncertainty in body dysmorphic disorder. Body image. 2016;16:45-53.
13. Summers BJ, Cougle JR. An experimental test of the role of appearance-related safety behaviors in body dysmorphic disorder, social anxiety, and body dissatisfaction. Journal of abnormal psychology. 2018;127(8):770.
14. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. Body image. 2015;14:118-29.
15. Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2010;41(4):373-80.
16. Junne F, Zipfel S, Wild B, Martus P, Giel K, Resmark G, Friederich HC, Teufel M, de Zwaan M, Dinkel A, Herpertz S. The relationship of body image with symptoms of depression and anxiety in patients with anorexia nervosa during outpatient psychotherapy: Results of the ANTOP study. Psychotherapy. 2016;53(2):141.
17. Loumidis K, Wells A. Exercising for the wrong reasons: Relationships among eating disorder beliefs, dysfunctional exercise beliefs and coping. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2001;8(6):416-23.
18. McElroy SL, Hudson JI, Mitchell JE, Wilfley D, Ferreira-Cornwell MC, Gao J, Wang J, Whitaker T, Jonas J, Gasior M. Efficacy and safety of lisdexamfetamine for treatment of adults with moderate to severe binge-eating disorder: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2015;72(3):235-46.
19. Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa–medical complications. Journal of eating disorders. 2015;3(1):11.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

20. Mountford VA, Brown A, Bamford B, Saeidi S, Morgan JF, Lacey H. BodyWise: evaluating a pilot body image group for patients with anorexia nervosa. European Eating Disorders Review. 2015;23(1):62-7.
21. Mountford V, Waller G. Using imagery in cognitive-behavioral treatment for eating disorders: Tackling the restrictive mode. International Journal of Eating Disorders. 2006;39(7):533-43.
22. Murphy CM, Stojek MK, MacKillop J. Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index. Appetite. 2014;73:45-50.
23. Rodgers RF, Paxton SJ, McLean SA, Massey R, Mond JM, Hay PJ, Rodgers B. Stigmatizing attitudes and beliefs toward bulimia nervosa: The importance of knowledge and eating disorder symptoms. The Journal of nervous and mental disease. 2015;203(4):259-63.
24. Simpson SG, Morrow E, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. Frontiers in psychology. 2010;1:182.
25. Sochos A, Bennett A. Psychological Distress, Physical Symptoms, and the Role of Attachment Style in Acupuncture. Alternative Therapies in Health & Medicine. 2016;22(3).
26. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. Health psychology. 2002;21(2):131.
27. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. Cognitive therapy and research. 2010;34(3):241-53.
28. Dehestani M, Azizi Z. The Effectiveness of Group Schema Therapy on Body Dysmorphic Symptoms and Early Maladaptive Schemes in Girl Students with Overweight Concerns. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2019;13(47):47-56. [Full text in Persian]
29. Pondehnezhadan A, Fard RJ. Effectiveness of schema therapy on body-image, self-concept, maladaptive schemas in patients with body dysmorphic disorder. Middle East Journal of Family Medicine. 2018;7(10):162.
30. Turner HA, Shattuck A, Finkelhor D, Hamby S. Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. Journal of interpersonal violence. 2017;32(5):755-80.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.