

اثربخشی طرحواره ی درمانی گروهی بر نشانگان بدریخت انگاری و طرحواره های ناسازگار اولیه در دانش آموزان دختر با نگرانی اضافه وزن

مهدی دهستانی^۱، زهره عزیزی^۲

و سیده عاطفه مهدوی^۳

دریافت مقاله 31.12.2017
پن‌پیش مقاله 17.02.2018

افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن به شدت نسبت به یک نقص خیالی یا بیش برآورد شده احساس نگرانی می کنند و دچار اشتغال ذهنی می شوند. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره ی درمانی گروهی بر نشانگان بدریخت انگاری و طرحواره های ناسازگار اولیه ی دانش آموزان دختر با نگرانی اضافه وزن بود. برای این منظور، ۳۰ نفر با نگرانی های مربوط به وزن از میان دانش آموزان انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه کاربندی شدند. آزمودنی ها قبل و بعد از پژوهش از نظر سواس فکری عملی و طرحواره ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایشی ۱۲ جلسه ی طرحواره درمانی گروهی را دریافت کردند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن بود که دو گروه از لحاظ متغیرهای بدریخت انگاری بدن، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، گوش به زنگی و بازداری تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند ($p < 0/05$) در حالی که از لحاظ متغیر های بریدگی و طرد و دیگرجهت مندی تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد ($p > 0/05$). به نظر می رسد که به وسیله ی طرحواره ی درمانی گروهی می توان میزان نشانگان بدریخت انگاری و طرحواره های ناسازگار اولیه در دانش آموزان دختر با نگرانی اضافه وزن را کاهش داد.

کلمات کلیدی: طرحواره ی درمانی، بدریخت انگاری بدن، نگرانی از اضافه وزن

مقدمه

اختلال بدریخت انگاری بدن^۴ در نسخه ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) در طبقه ی اختلال وسواسی اجباری جای گرفته است، این در حالی است که بیشتر جزو اختلالات سوماتوفرم^۵ به حساب می آید. افراد مبتلا به این اختلال به شدت نسبت به

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده ی مسوول) dr.dehestani.m@gmail.com

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه پیام نور دانشگاه پیام نور، مرکز تحصیلات تکمیلی تهران، تهران، ایران

۳. دپارتمان کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

یک نقص خیالی یا بیش برآورد شده احساس نگرانی می کنند و دچار اشتغال ذهنی می شوند. برای آنکه شخصی مبتلا به این اختلال تشخیص داده شود بایستی شدت افکار مزاحم مرتبط با نقص جسمانی به حدی باشد که به کارکردهای اجتماعی، حرفه ای و زندگی فردی او آسیب برساند. اختلال بدریخت انگاری بدن می تواند موجب اضطراب، افسردگی، اجتناب از موقعیت های اجتماعی و برقراری روابط صمیمانه، انزوا و تفکر و اقدام به خودکشی بشود (فنگ و هافمن، ۲۰۱۰). در مطالعات مختلف، شیوع این اختلال بین ۱/۷ تا ۲/۴ درصد جمعیت عمومی تخمین زده شده است (باهلمن، گلاسر، موس، فاها و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوران، آبود، لارج و سرپ، ۲۰۰۸) که این میزان بالاتر از نرخ شیوع اختلال اسکیزوفرنی و دوقطبی نوع یک می باشد (فان اوس و کاپور، ۲۰۰۹؛ مریکانگاس، آکیسکال، آگنست، گرینبرگ و همکاران، ۲۰۰۷). شیوع بدریخت انگاری در دانشجویان بالاتر از جمعیت عمومی و معادل ۴ تا ۵ درصد برآورد شده است (بوهن، ویلهلم، کوتن، فلورین و همکاران، ۲۰۰۲).

تصویر بدنی، به عنوان میزان رضایت از جسم خود تعریف می شود و شامل احساسات مثبت و منفی فرد در مورد شکل و اندازه ی بدن می باشد. به این ترتیب اختلال در تصویر بدنی، می تواند به عنوان هر نوع اختلال عاطفی، شناختی، رفتاری یا ادراکی تعریف شود که به طور مستقیم با یک جنبه از ظاهر جسمانی مرتبط است (کش، ملنیک و هرابوسکی، ۲۰۰۴). تصویر بدنی منفی می تواند منجر به نارضایتی از بدن و احساس عدم جذابیت شود، بدین معنی که فرد با ظاهر جسمانی خود مشکلی پیدا می کند و این امر موجب اختلال در عملکرد او می شود. تنش و اضطراب، دیدگاه خود منتقدانه و خود ارزش دهی پایین، به طور منفی تفکر افراد در مورد بدن آنها را تحت تاثیر قرار می دهد و منجر به اقدام برای تغییر ظاهر به وسیله ی جراحی های مختلف و سایر روش ها می شود (ایوارسون، سوالندار، لیتلری و نون، ۲۰۰۶).

نمود ظاهری، در شکل گیری عزت نفس افراد بالغ نقش مهمی دارد و وزن بدن یک عامل مهم در تعیین جذابیت افراد به حساب می آید (برایرلی، بروکس، موند، استیونسون و استفن، ۲۰۱۶). در عصر حاضر معیار های یک بدن مطلوب برای زنان باریک اندامی و برای مردان عضلانی بودن در نظر گرفته می شود، بنابراین زنان عمدتاً به کاهش وزن تمایل نشان می دهند (گرگن، ۲۰۱۶). در مطالعات اولیه، تمرکز عمدتاً بر نگرانی های مرتبط با سر و صورت بوده (والی و همکاران، ۱۹۹۶؛ فیلیس، مک، الروی، کیک، پوپ و هادسون، ۱۹۹۳) و چندان به نگرانی از اضافه وزن اشاره نشده است، با این حال در مطالعات اخیر با تاکید بیشتری به این مساله پرداخته شده است (کیتلر، منارد و فیلیس، ۲۰۰۷؛

فیلیس، منارد و فی، ۲۰۰۶؛ ریف، باهلمان، ویلهم، بورکنهانگن و براهله، ۲۰۰۶؛ والی، کیندرمن، ریلی و لامبرو، ۲۰۰۳). در یک مطالعه که به مقایسه ی افراد مبتلا به بدریخت انگاری با و بدون نگرانی از اضافه وزن پرداخته شد، مشخص شد که بدریخت انگاری همراه با نگرانی از اضافه وزن با بروز افسردگی و اضطراب اجتماعی بیشتری نسبت به نوع بدون نگرانی از اضافه وزن همراه است (ویل، کینرمن، ویلی و لامبرو، ۲۰۰۳). کیتلر، منارد و فلیپس (۲۰۰۷) نشان دادند که ۲۹ درصد افراد با بدریخت انگاری، یک نگرانی بیش از حد نسبت به وزن خود دارند. این افراد عموماً زنان جوان هستند و نرخ بالاتری از رفتارهای مرتبط با اختلال بدریخت انگاری، تلاش برای خودکشی، همبودی با سایر اختلالات نظیر افسردگی و عملکرد اجتماعی ضعیف را بروز می دهند. به طور کلی زنان، در رابطه با اضافه وزن نسبت به مردان نگرانی بیشتری نشان می دهند. در یک مطالعه نشان داده شد که ۴۰ تا ۵۰ درصد دانش آموزان دختر ۱۳ تا ۱۴ ساله سویدی خودشان را بیش از حد چاق ارزیابی می کنند در حالی که این رقم برای دانش آموزان پسر بین ۲۰ تا ۲۵ درصد است (از ایوارسون، سوالندار، لیتلری و نونن، ۲۰۰۶).

طرحواره درمانی نخستین بار به وسیله یانگ و همکاران (۱۹۹۰)، در قالب یک درمان یکپارچه که غالباً مبتنی بر ایجاد مفهوم می باشد معرفی شد. طرحواره ی درمانی^۱ اصول اساسی مکتب شناختی- رفتاری، نظریه دل بستگی، گشتالت، روابط ابژه، ساختارگرایی و روان تحلیل گری را در چارچوب یک مدل درمانی در هم آمیخته است (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۳). طرحواره های ناسازگار اولیه^۲ به عنوان باورهای پایدار، شبه صفت و مقاوم در برابر تغییر در رابطه با خود شخص و جهان، در نظر گرفته می شود که ریشه در تجارب دوران کودکی فرد دوانیده است (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۳). برخی از طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد با بدریخت انگاری بدن با احتمال بیشتری نمود پیدا می کند (رضاییان، منیرپور و حسن آبادی، ۲۰۱۶). با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال بودیم که آیا می توان به کمک طرحواره ی درمانی، شدت نشانگان اختلال بدریخت انگاری را کاهش داد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های آزمایشی نابسندده بود. جامعه ی مورد پژوهش، دانش آموزان دبیرستانهای (متوسطه دوم) دخترانه ی تهران در سال تحصیلی ۹۷ - ۹۶ بود. از این جامعه، ۲ مدرسه به

صورت در دسترس انتخاب و تمامی دانش آموزان سال دوم آنها با استفاده از مقیاس نگرانیهای مربوط به وزن کیلن^۳، از نظر نگرانی نسبت به اضافه وزن غربال شدند سپس، ۳۰ نفر از دانش آموزان که نمرات بالایی در رابطه با نگرانی از اضافه وزن کسب کرده بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (N= ۱۵) کاربندی شدند. اعضای دو گروه، قبل و بعد از پژوهش با استفاده از مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی برای اختلال بدریخت انگاری بدن^۱ و فرم کوتاه پرسشنامه ی طحوااره ی یانگ^۲ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه نگرانی های مربوط به وزن کیلن (WCS) توسط کیلن، تیلور، هروارد، هیدل و همکاران (۱۹۹۶) ساخته شده است شامل ۵ گویه است و نگرانی های مربوط به وزن را مورد ارزیابی قرار می دهد. پایایی بازآزمایی این ابزار در مطالعه کیلن و همکاران (۱۹۹۶) برابر با ۰/۷۵ و اعتبار آن نیز مورد تایید قرار گرفت. بهزادی پور، پاکدامن و بشارت (۲۰۱۰)، پایایی آزمون را ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۸۵ و اعتبار، آن را ۰/۵۱ گزارش کرده اند.

مقیاس اصلاح شده ی وسواس فکری عملی برای اختلال بدریخت انگاری بدن (YBOCS – BDD) توسط فلیس، مک‌الوری، کک، پاپ و همکاران (۱۹۹۷) معرفی و ۱۲ گویه در رابطه با تصویر بدنی فرد دارد که شرکت کنندگان بایستی نظر خود را در مورد هر یک از گویه ها بر روی یک طیف لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم مشخص کنند. ربیعی، خرم دل، کلانتری و مولوی (۲۰۰۹) اعتبار و پایایی این آزمون را تایید کرده اند. شواهد نشان می دهد بین پرسشنامه ی YBOCS – BDD و مقیاس اندازه گیری وسواس فکری- عملی پادوآ (بارنز، کیورتج، فورمی و استرنبرگر، ۱۹۹۶) و پرسشنامه ی رضایت بدنی یک همبستگی معنی دار (به ترتیب بین ۰/۲۵ تا ۰/۵۸ و بین ۰/۲۵ تا ۰/۳۳) وجود دارد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۳ است.

فرم کوتاه پرسشنامه ی طحوااره ی یانگ – YSQ-SF (یانگ، ۱۹۹۸) ۱۸ طحوااره ی ناسازگار اولیه را در ۵ حوزه ی بریدگی و طرد (محرومیت هیجانی، رها شدگی/ بی ثباتی، بی اعتمادی/ بد رفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، و نقص/ شرم)، خودگردانی و عملکرد مختل (شکست، وابستگی/ بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به آسیب و بیماری، و گرفتاری)، دیگر جهت مندی (اطاعت، فداکاری، و تصدیق خواهی)، محدودیت های مختل (استحقاق/ برتری، خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی) و گوش به زنگی و بازداری (بازداری هیجانی، تنبیه، منفی گرایی/ بدبینی، و معیارهای سرسختانه)

1. Yale – Brown Obsessive Compulsive Scale- Body Dysmorphic Disorder
2. Young Schemas Questionnaire- Short Form

مورد سنجش قرار می دهد. صدوقی، آگویار وفایی، رسول زاده طباطبایی و اصفهانیان (۲۰۰۸) همسانی درونی طرحواره ها را بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۴ برآورد کردند.

شیوه ی اجرا

بعد از توجیه پژوهش و اخذ رضایت کتبی آزمودنی ها، گروه گواه، ۱۲ جلسه ی طرحواره ی درمانی گروهی با فاصله ی دو جلسه در هر هفته و هر جلسه به مدت یک و نیم ساعت، به عنوان مداخله ی درمانی دریافت کرد (جدول ۱)

جدول ۱. اهداف و محتوای جلسات طرحواره ی درمانی

| جلسات | مضامین اصلی |
|----------------|---|
| جلسات ۱ و ۲ | طرحواره های ناسازگار اولیه اعضا پیشتر توسط درمانگر مورد مطالعه قرار گرفته و متناسب با آن سبک های مقابله ای افراد مورد نظر قرار گرفت. طی این جلسات تلاش شد تا مشکلات اعضا با تمرکز بر نگرانی از اضافه وزن و به طور کلی شکایات مرتبط با بدریخت انگاری بدن فرمول بندی شود. |
| جلسات ۲ تا ۵ | آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنی ها، آموزش طرحواره ها، ریشه های تحولی و حوزه های مرتبط، نیازها و سبک های مقابله ای. آموزش ذهنیت های طرحواره ای و شناسایی تجارب ذهنیت های خود. |
| جلسات ۵ تا ۷ | برخی از تکنیک های تجربی مانند گفتگوی خیالی، اجرای نقش والد در هنگام استفاده از تصویر سازی ذهنی، تصویر سازی ذهنی از وقوع اتفاقات ناخوشایند و نامه نویسی برای کاهش قدرت ذهنیت های مقابله ای ناسازگار مورد استفاده قرار گرفت. |
| جلسات ۷ تا ۹ | برخی از تکنیک های شناختی مانند برقراری گفتگو میان جنبه ی سالم و جنبه ی ناسالم طرحواره، تکمیل فرم ثبت طرحواره، توصیف مزایا و معایب سبک های مقابله ای، تعریف خواهد تایید کننده طرحواره مورد استفاده قرار گرفت. |
| جلسات ۹ تا ۱۱ | برخی از تکنیک های رفتاری مانند تمرین برای رها ساختن سبک های مقابله ای ناسازگار و جایگزین کردن آنها با راهکاری های بهینه و تمرین راهکارهای مقابله ای کارآمد به منظور مهار هیجانی مورد استفاده قرار گرفت. |
| جلسات ۱۱ تا ۱۲ | پرورش ذهنیت کودک شاد و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم با برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ی طرحواره. |

برای تحلیل داده ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها و به منظور کنترل متغیرهای کوواریته (پیش آزمون) از آزمون تحلیل کواریانس یک راه استفاده شد. چون بین واریانس گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($Sig = 0/11$) و $F = 1/39$ و نتایج مربوط به آزمون شاپیرو - ویلک حاکی از حاکی از نرمال بودن نمرات متغیرهای وابسته بود ($p > 0/05$) داده ها با بیست و سومین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

یافته های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در جدول ۲ آمده است. مطابق با جدول، نمرات برای هر یک از متغیرها بر اساس پیش آزمون، پس آزمون و گروه آزمایش و گواه تفکیک شده است.

جدول ۲. مولفه های توصیفی سن و نمرات پیش آزمون و پس آزمون
متغیرهای مورد اندازه گیری به تفکیک گروه ها

| گروه گواه | | گروه آزمایش | | متغیرها |
|-----------|-------|-------------|-------|-----------------------------|
| Sd | M | Sd | M | |
| ۰/۷۹ | ۱۵/۱۳ | ۰/۸۸ | ۱۴/۷۳ | سن |
| ۱/۶۷ | ۲۱/۶۶ | ۱/۷۰ | ۲۲/۹۳ | نگرانی از اضافه وزن |
| ۵/۱۶ | ۴۸/۰۲ | ۲/۵۹ | ۴۵/۰۵ | پیش آزمون بدریخت انگاری بدن |
| ۳/۹۹ | ۴۸/۵۰ | ۷/۴۷ | ۲۹/۳۳ | پس آزمون |
| ۰/۹۱ | ۳/۰۳ | ۱/۰۷ | ۳/۶۳ | پیش آزمون بریدگی و طرد |
| ۰/۹۳ | ۳/۷۳ | ۱/۵۸ | ۳/۶۱ | پس آزمون |
| ۱/۱۰ | ۳/۸۸ | ۱/۷۴ | ۳/۲۴ | پیش آزمون خودگردانی |
| ۱/۱۶ | ۳/۹۲ | ۰/۸۳ | ۲/۵۰ | پس آزمون |
| ۰/۷۰ | ۳/۶۰ | ۰/۹۷ | ۳/۷۰ | پیش آزمون محدودیت |
| ۱/۱۱ | ۳/۶۵ | ۰/۸۳ | ۲/۵۰ | پس آزمون |
| ۰/۵۹ | ۲/۱۷ | ۰/۶۵ | ۱/۷۰ | پیش آزمون دیگرجهت مندی |
| ۰/۴۹ | ۱/۹۵ | ۱/۰۲ | ۱/۵۵ | پس آزمون |
| ۰/۷۹ | ۳/۵۸ | ۰/۳۶ | ۳/۸۶ | پیش آزمون گوش به زنگی |
| ۰/۸۴ | ۳/۸۴ | ۰/۸۴ | ۲/۳۴ | پس آزمون |

خلاصه ی تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه ی گروه ها از لحاظ اثر طرحواره ی درمانی گروهی با کنترل اثر پیش آزمون را نشان می دهد که، در شرایط کنترل متغیرهای کوواریته، دو گروه از لحاظ متغیرهای بدریخت انگاری ($F=41/55$ و $Sig=0/000$)، خودگردانی ($F=0/001$ و $Sig=0/001$) و محدودیت ($F=15/62$ و $Sig=0/005$)، و گوش به زنگی ($F=15/30$ و $Sig=0/001$) در سطح $\alpha=0/05$ تفاوت معنی داری نشان دادند. در حالی که به نظر می رسد مداخله ی آزمایشی نتوانسته است تفاوت معنی داری در متغیرهای بریدگی ($F=0/08$ و $Sig=0/77$) و طرد و دیگرجهت

مندى (Sig= ۰/۱۰ و F= ۲/۸۸) ایجاد کند (جدول ۳)

بحث و نتیجه گیری

مطالعه ی حاضر با هدف مقایسه ی نشانگان بدریخت انگاری و طرحواره های ناسازگار اولیه در دو گروه با و بدون دریافت طرحواره ی درمانی از جامعه ی دانش آموزان دختر دبیرستانی صورت گرفت. بعد از بررسی

جدول ۳. خلاصه ی تحلیل کوواریانس در متغیرهای پژوهش

| متغیرها | شاخص آماری | SS | df | F | Sig | اندازه اثر | توان آزمون |
|---------------|------------|---------|----|-------|--------|------------|------------|
| بدریخت انگاری | پیش آزمون | ۵۴/۱۶ | ۱ | ۱/۳۹ | ۰/۲۵ | ۰/۰۶ | ۰/۲۰ |
| | گروه | ۱۶۱۰/۰۹ | ۱ | ۴۱/۵۵ | ۰/۰۰۰* | ۰/۶۵ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۸۵۲/۴۰ | ۲۲ | | | | |
| بریدگی و طرد | پیش آزمون | ۰/۰۸ | ۱ | ۰/۴۳ | ۰/۸۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۵ |
| | گروه | ۰/۱۷ | ۱ | ۰/۰۸ | ۰/۷۷ | ۰/۰۰۴ | ۰/۰۵ |
| | خطا | ۴۳/۹۰ | ۲۲ | | | | |
| خودگردانی | پیش آزمون | ۳/۸۳ | ۱ | ۵/۶۵ | ۰/۰۲* | ۰/۲۰ | ۰/۶۲ |
| | گروه | ۱۰/۵۴ | ۱ | ۱۵/۶۲ | ۰/۰۰۱* | ۰/۴۱ | ۰/۹۶ |
| | خطا | ۱۴/۸۵ | ۲۲ | | | | |
| محدودیت | پیش آزمون | ۰/۰۴ | ۱ | ۰/۰۴ | ۰/۸۲ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۵ |
| | گروه | ۳/۷۶ | ۱ | ۳/۹۷ | ۰/۰۵* | ۰/۱۵ | ۰/۴۷ |
| | خطا | ۲۰/۸۷ | ۲۲ | | | | |
| دیگرجهت مندی | پیش آزمون | ۰/۰۰۸ | ۱ | ۰/۰۱ | ۰/۹۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۵ |
| | گروه | ۱/۸۵ | ۱ | ۲/۸۸ | ۰/۱۰ | ۰/۱۱ | ۰/۳۶ |
| | خطا | ۱۴/۱۶ | ۲۲ | | | | |
| گوش به زنگی | پیش آزمون | ۱/۶۷ | ۱ | ۲/۷۳ | ۰/۱۱ | ۰/۱۱ | ۰/۳۵ |
| | گروه | ۹/۴۰ | ۱ | ۱۵/۳۰ | ۰/۰۰۱* | ۰/۴۱ | ۰/۹۶ |
| | خطا | ۱۳/۵۱ | ۲۲ | | | | |

* در سطح $\alpha < ۰/۰۰۵$ معنی دار است

و تایید مفروضه های اصلی آزمون تحلیل کوواریانس، انجام آزمون تحلیل کوواریانس حاکی از آن است که در درجه اول طرحواره ی درمانی گروهی با هدف قرار دادن نگرانی های ناشی از اضافه وزن خیالی و سایر تفکرات مرتبط با بدریخت انگاری بدن، توانسته است نمره ی مربوط به نشانگان بدریخت انگاری را تا حد معنی داری در اعضای گروه آزمایش کاهش دهد. دست کم یک مطالعه از نوع مورد منفرد (یدالهی باستانی، نشاط دوست، عابدی و عابدی، ۲۰۱۴) و یک مطالعه دیگر (پونده

نژادان و جوهری فرد، ۲۰۱۸) در دست است که از روش طرحواره ی درمانی انفرادی برای کاهش نشانگان بدریخت انگاری استفاده کرده است. از این جهت نتایج بدست آمده در این مطالعه تایید کننده و همراستا با نتیجه پژوهش های پیشین می باشد با این حال در مطالعه ی حاضر بیماران مبتلا به بدریخت انگاری بدن با نگرانی از اضافه وزن هدف قرار گرفته است. همانطور که پیشتر بدان اشاره شد یک مساله پیش رو این است که آیا درمان های معمول برای اختلال بدریخت انگاری بدن می تواند برای اختلال بدریخت انگاری بدن با نگرانی از اضافه وزن نیز کار ساز باشد. پژوهش حاضر پیشنهاد می کند که طرحواره ی درمانی گروهی با تاکید بر نگرانی از اضافه وزن می تواند در این مورد، درمان اثر گذاری باشد. باید توجه شود که منظور از نگرانی از اضافه وزن در اینجا وجود اشتغال ذهنی و افکار بازگشتی نسبت به تصور غیر واقعی از اضافه وزن یا نگرانی بیش از حد نسبت به اضافه وزن جزئی است.

همانطور که از مندرجات موجود در جدول ۳ مشخص است، طرحواره ی درمانی گروهی توانسته است در حوزه های خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل و گوش به زنگی و بازداری، طرحواره های ناسازگار اولیه را کاهش دهد. این در حالی است که در حوزه های بریدگی و طرد، و دیگر جهت مندی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. در حوزه های خودگردانی، محدودیت و گوش به زنگی، طرحواره های ناسازگاری از جمله بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به آسیب و بیماری، استحقاق و برتری، منفی گرایی، بازداری هیجانی، تنبیه، و معیارهای سرسختانه وجود دارد که همگی به نظر می رسد می توانند به عنوان پیش ساز و راه انداز برای اختلال بدریخت انگاری بدن و نگرانی از اضافه وزن عمل کنند. اکبری دهبانه و بحرینیان (۲۰۱۸) در مطالعه ی خود، چهار حوزه (تمام حوزه ها به جز حوزه دیگر جهت مندی) را در اختلال بدریخت انگاری دخیل دانسته اند. آنچه حایز اهمیت است آن است که با توجه به یافته ها و همراستا با نتایج مطالعه ی دهبانه و بحرینیان (۲۰۱۸) در ارزیابی اولیه ی شرکت کنندگان، میانگین نمره ی افراد در حوزه ی کلی بریدگی و طرد نیز در کنار سه حوزه خودگردانی، محدودیت و گوش به زنگی و برخلاف حوزه ی دیگر جهت مندی، در افراد با اختلال بدریخت انگاری بدن، بالا بود. با این حال به نظر می رسد روش مداخله ای مورد استفاده نتوانسته است تاثیر معناداری بر طرحواره های ناسازگار اولیه موجود در این حوزه ی کلی داشته باشد. این یافته می تواند با مضامین مطرح شده در جلسات درمانی قابل تبیین باشد، چرا که تاکید درمان بر نگرانی های مرتبط با اضافه وزن و بدریختی بدن بود حال آنکه به نظر نمی رسد بتوان طرحواره های موجود در حوزه ی بریدگی و طرد را مستقیماً با این قبیل اشتغالات ذهنی مرتبط دانست.

به طور کلی می توان گفت که طرحواره ی درمانی گروهی می تواند به طور موثری نشانگان مربوط به اختلال بدریخت انگاری بدن را در دانش آموزان دختر با نگرانی از اضافه وزن کاهش دهد. همچنین مشخص شد که از ۵ حوزه ی اصلی طرحواره های ناسازگار اولیه بر اساس الگوی سنجش طرحواره های یانگ و همکاران (۱۹۹۸) در ۴ حوزه شامل بریدگی و طرد، خودگردانی، محدودیت، و گوش به زنگی نرخ بالایی از طرحواره های ناسازگار اولیه وجود دارد و همچنین نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان از اثرگذاری طرحواره ی درمانی گروهی بر سه حوزه ی کلی خودگردانی، محدودیت، و گوش به زنگی دارد.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Behzadipoor, S., Pakdaman, S., Besharat, M.A. (2010). The relation between attachment styles and worriness about weight in young girls of Shiraz. *Science of Behavior*, (1), 69-80.
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Florin, I., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry research*, 109(1), 101-104.
- Brierley, M. E., Brooks, K. R., Mond, J., Stevenson, R. J., & Stephen, I. D. (2016). The body and the beautiful: health, attractiveness and body composition in men's and women's bodies. *PLoS one*, 11(6), e0156722.
- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry research*, 178(1), 171-175.
- Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., & Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour research and therapy*, 34(2), 163-173.
- Cash, T. F., Melnyk, S. E., & Hrabosky, J. I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of eating disorders*, 35(3), 305-316.
- Cox, W. T., Abramson, L. Y., Devine, P. G., & Hollon, S. D. (2012). Stereotypes, prejudice, and depression: The integrated perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 7(5), 427-449.
- Dehbaneh, M. A., & Bahrainian, S. A. (2018). The comparison between early maladaptive schemas and dysfunctional attitudes and coping strategies in people with Body Dysmorphic Disorder and healthy people in a study population in Tehran. *Middle East Journal of Family Medicine*, 16(1).
- Dehghani, M., Chehrzad, M., Jafari, M., Soleymani, R. (2012). The relation between satisfaction of body image and social-cultural models in teenage girls of Rasht. *The Journal of Faculty of Nursery in Hamedan*. (3) 2, 29-36.
- Dixon, J. B., Dixon, M. E., & O'Brien, P. E. (2002). Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. Changes with weight loss. *Obesity surgery*, 12(1), 65-71.
- Fang, A., & Hofmann, S. G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical psychology review*, 30(8), 1040-1048.
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Taylor & Francis.
- Ivarsson, T., Svalander, P., Litlere, O., & Nevenon, L. (2006). Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eating behaviors*, 7(2), 161-175.
- KeyvanAra, M., Haghighatian, M., Kavezadeh, A. (2011). Social effective factors in forming body image (a case study of women in Isfahan). *Journal of Functional Sociology*, (4), 53-66.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L. ... & Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(5), 936.
- Kittler, J. E., Menard, W., & Phillips, K. A. (2007). Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eating behaviors*, 8(1), 115-120.

- Koran, L. M., Abujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS spectrums*, 13(4), 316-322.
- Masoudi, S., Hatami, H., Modares, M., BaniJamali, S. (2016). The mediating role of early maladaptive schemas in relationship between attachment styles and anxiety of death among cancer patients, *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, Vol. 9 (No. 39), pp. 37-46.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 543-552.
- Mohagheghi, H., Farhadi, M., Nabizadeh, S. (2017). The relation between self compassion and eating disorder behaviors with the meditating role of perfectionism and body dissatisfaction, *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 12 (45), 37-46.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck Jr, P. E., Pope Jr, H. G., & Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *The American Journal of Psychiatry*, 150(2), 302.
- Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 47(2), 77-87.
- Pondehzhadan, A., & Johari Fard, R. (2018). Effectiveness of schema therapy on body-image, self-concept, maladaptive schemas in patients with body dysmorphic disorder. *Middle East Journal of Family Medicine*, 7(10), 162.
- Rabiei, M., Khormdel, K., Kalantari, K., & Molavi, H. (2010). Validity of the Yale-Brown obsessive compulsive scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD) in students of the University of Isfahan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15, 343-350.
- Rezaeian, H., Munirpur, N., Hassanabadi, H. (2016). Explanation of sexual variety seeking based on early maladaptive schemas, parenting styles and moods, *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, Vol. 10 (No. 40), pp.7-16.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A. D. A., & Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological medicine*, 36(6), 877-885.
- Sadooghi, Z., Aguilar-Vafaie, M. E., Rasoulzadeh Tabatabaie, K., & Esfahanian, N. (2008). Factor analysis of the young schema questionnaire-short form in a nonclinical Iranian sample. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 14(2), 214-219.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive therapy and research*, 19(3), 295-321.
- Van Os, J., & Kapur, S. (2009). *Schizophrenia*. *Lancet*, 374: 635-645.
- Veale, D., Kinderman, P., Riley, S., & Lambrou, C. (2003). Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 157-169.
- Yadollahi, S., Neshatdoost, H., Abedi, M., Abedi, A. (2011). The effectiveness of shema therapy on reducing body dysmorphic disorder: case study. *4th international congress of Psychosomatic*. Islamic Azad university of Khoorasgan.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1998). *The Young Schema Questionnaire: Short Form*. Available in electronic form at <http://www.schematherapy.com/id54.htm>.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 12 (No. 47), pp. 47-56, 2018

The Effectiveness of Group Schema Therapy on Body Dysmorphic Symptoms and Early Maladaptive Schemes in Girl Students with Overweight Concerns

Dehestani, Mehdi

Payam Noor University, Tehran, Iran

Azizi, Zohreh

Payam Noor University, Tehran, Iran

Mahdavi, Seyedeh Atefeh

Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

Received: 31.12.2017

Accepted: 17.02.2018

People with body dysmorphic disorders always concern about an artificial or excessive deficit and have mental obsession. The purpose of this study was to determine the effectiveness of group schema therapy on reducing body dysmorphic symptoms and early maladaptive schemas in girl students with overweight concerns. For this purpose, during a two-stage sampling method, some students were chosen based on Cluster sampling method. Then, all students were screened using the Killen Weight Concerns Questionnaire (WCS) and 30 students were selected as the second stage of sampling in a simple random sampling and randomly placed in 2 experimental and control groups. During the experiment, obsessive compulsive thoughts and schemas were assessed, and also, 12 sessions of group schema therapy were used. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. The findings indicated that the two groups have significantly different meanings for body dysmorphic variables, impaired autonomy and performance, impaired limits, and over-vigilance and Inhibition ($p < 0.05$) disconnection and rejection and directedness ($p > 0.05$). Group schema therapy has been able to effectively useful in reducing body dysmorphic symptoms in girls with overweight concerns. Also, three domains of early maladaptive schemas (autonomy, limitation, and vigilance) from all five domains have been influenced by group schema therapy, decreased in scores.

Keywords: Schema Therapy, Body dysmorphic disorder, Overweight Concern

Electronic mail may be sent to: dr.dehestani.m@gmail.com