

# اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی در دانش آموزان دختر

یداله زرگر<sup>۱</sup>، سحر صیاد<sup>۲</sup>، سودابه بساک نژاد<sup>۳</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال بدشکلی بدن با اشتغال ذهنی به وجود نقص جسمانی در بدن مشخص می‌شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی در دانش آموزان دختر بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر کارآزمایی بالینی است، به روش تصادفی چند مرحله‌ای ۸۰۰ دانش آموز دختر، که به دو مقیاس اصلاح شده سواسی جبری Yale-Brown برای اختلال بدشکلی بدن و خرده مقیاس حساسیت بین فردی فهرست ۹۰ نشانه مرضی پاسخ دادند و از میان ۷۵ نفری که در هر دو مقیاس نمره بالایی گرفتند، ۳۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند. سپس گروه درمانی شناختی رفتاری به روش Greenberg بر روی گروه آزمایش اجرا شد. نتایج با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** بین نمرات بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت معنی داری وجود داشت.

**نتیجه گیری:** گروه درمانی شناختی- رفتاری، در کاهش اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی دانش آموزان دختر مؤثر است.

**واژه‌های کلیدی:** گروه درمانی شناختی- رفتاری، اختلال بدشکلی بدن، حساسیت بین فردی، دانش آموزان دختر دبیرستانی.

**نوع مقاله:** پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۸/۱۴

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۲۵

## مقدمه

وجود داشته باشد، نگرانی افراطی نسبت به ظاهر خود داشته، این اشتغال ذهنی از لحاظ بالینی ناراحتی یا اختلال چشمگیری در کارکرد شغلی، اجتماعی ایجاد می‌کند (۱). اغلب نگرانی و مشکلات آن‌ها روی ۳ یا ۴ ناحیه بدنی متمرکز می‌شود، که دوست دارند آن‌ها را تغییر دهند و با گذشت زمان ممکن است که شکایات جسمانی آن‌ها به نقاط دیگر تغییر کند (۲). همراه با اختلال بدشکلی بدن باور یا هذیان انتساب (اغلب در مورد توجه دیگران به نقص ظاهری)، اجتناب از آینه و سطوح شفاف یا برعکس نگاه کردن بیش از حد در آینه و

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در اثر عیوب ادراک شده خود دچار پریشانی در حوزه‌های مختلف زندگی می‌شوند و اغلب تصاویر و افکار مزاحم یا ناخوانده‌ای درباره ظاهر جسمانی بر آن‌ها هجوم می‌آورد و در نتیجه کیفیت زندگی و کارکرد روزانه آن‌ها کاهش می‌یابد. چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌شناسی آمریکا، اختلال بدشکلی بدن را نوعی اشتغال ذهنی یا نقص تخیلی در ظاهر توصیف می‌کند و اگر نابهنجاری‌های جسمی مختصری هم

Email: Sayadsahar120@gmail.com

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده مسؤل)

۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

کوشش در پنهان کردن نقص ادراک شده (با آرایش یا لباس) از طرف فرد مبتلا نیز مشاهده می‌شود. یافته‌های تحقیقی نشان می‌دهند که که شایع‌ترین سن شروع بین ۱۵ تا ۳۰ سالگی است و زنان تا حدودی بیش از مردان مبتلا می‌شوند و در نوجوانان حدود ۲/۲ درصد شیوع دارد (۳، ۱). دوران نوجوانی با ویژگی‌های جسمانی، روان‌شناختی، هیجانی و تغییرات اجتماعی مشخص می‌شوند. نوجوانان به طور طبیعی روی جنبه‌های ظاهری خود حساسیت ویژه‌ای دارند و دیدشان راجع به ظاهرشان با رضایت از خود آن‌ها رابطه دارد، به این خاطر ممکن است که اختلال بدشکلی بدن با رضایت از خود طبیعی در آن‌ها اشتباه گرفته شود. در مقابل این گونه حساسیت‌های ویژه نوجوانان بر جنبه‌های ظاهری خود، نوجوانان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به طور مکرر ساعاتی را جلوی آینه می‌ایستند و به واریسی و آراستن خود می‌پردازند. آن‌ها اغلب در تمرکز برای انجام تکالیف درسی خود دچار مشکل می‌شوند، در فعالیت‌های اجتماعی دچار انزوای اجتماعی می‌شوند و همچنین افسردگی و در بعضی موارد افکار و اقدام به خودکشی هم بروز می‌کند (۵، ۴). اختلال بدشکلی بدن اغلب در دوران نوجوانی آغاز می‌شود و با تغییرات رشدی در آن‌ها تداخل پیدا می‌کند. افراد مبتلا، اغلب نشانه‌های مرتبط با اختلال را به عنوان نشانه‌های ثانویه بر اضطراب و افسردگی خویش می‌پندارند (۷، ۶). نوجوانان اغلب نسبت به نشانه‌های جسمانی خود پریشانی نشان می‌دهند و حتی اقدام به خودکشی، افسردگی، اضطراب و اختلال سوء مصرف مواد در آن‌ها بیش از بزرگسالان بروز می‌کند (۹، ۸). ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران، اشکال در تمرکز حواس و عزت نفس ضعیف برای شرکت در فعالیت‌های روزانه یا اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی مثل تعامل با همسالان در مدرسه ممکن است آن قدر شدت یابد که به انزوای اجتماعی و حبس کردن خود در خانه منجر شود (۱۱، ۱۰). شیوع بالای میزان جراحی‌های ترمیمی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن و تلاش‌های آن‌ها برای انجام جراحی‌های پلاستیک و دندان‌پزشکی بیانگر نارضایتی آن‌ها از ظاهر جسمانی و تلاش

برای تغییر خود با استفاده از روش‌های خطرپذیری همچون جراحی است. آن‌ها از ظاهرشان شرم‌منده و خجالت‌زده هستند و تصور می‌کنند که عیوب ظاهریشان با مسایل روان‌شناختی مرتبط نیست. در واقع افراد مبتلا، نسبت به ریشه مشکلاتشان ناآگاه هستند و ممکن است که بارها تحت این نوع جراحی‌ها قرار گیرند و نتیجه‌ای هم دریافت نکنند. از سوی دیگر، اغلب درمان‌های روان‌شناختی را بی‌پندارند (۱۲). یکی از سازه‌های مهم روان‌شناختی مرتبط با این اختلال حساسیت بین فردی است. یافته‌های بساک‌نژاد و غفاری نشان می‌دهد که حساسیت بین فردی مهم‌ترین پیش‌بینی کننده بدشکلی بدن در دانشجویان است (۹). به دلیل مشکلات آن‌ها در درک تصویر بدن خویش، در روابط بین فردی حساس می‌شوند و علاقه‌ای به برقراری ارتباط نشان نمی‌دهند. از میان رویکردهای مختلف درمانی، امروزه درمان شناختی- رفتاری بیشتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، در درمان اختلال بدشکلی بدن کارآمدتر از درمان‌های دیگر شناخته شده است (۱۳). طبق الگوی درمان شناختی- رفتاری، اختلال بدشکلی بدن از طریق پردازش اطلاعات به شکلی سوءگیرانه منجر به تثبیت باورهای تحریف شده و منفی در مورد ظاهر جسمانی و ایجاد هسته اولیه این اختلال می‌شود. این افراد به اطلاعاتی که بخشی از بدن را ناقص می‌دانند، از قبیل واریسی دقیق صورت، یا واریسی کردن شکل بینی، توجه می‌کنند. آن‌ها تجارب بین فردی مثبت خود را به دلیل پوشاندن نواقص ظاهری خود توصیف می‌کنند، بدین معنی که تا نواقص پنهان نشوند، تأییدی هم از سوی دیگران وجود ندارد. بنابراین به کار بردن راه‌کارهای جبرانی (برای پوشاندن نواقص) تقویت می‌شوند. سوءگیری‌های توجهی و ادراکی اختلال بدشکلی بدن در استمرار این اختلال نقش دارند. بر طبق مدل‌های شناختی، تصویر منفی از خود با دیدن خود در یک سطح صاف، آغاز می‌شود و فرد احساس می‌کند که با پوشاندن خود یا واریسی ظاهر می‌تواند نقص‌های جسمانی را پیدا کند و به نشخوار ذهنی خود درباره ظاهر خود ادامه می‌دهد. تصویر تن منفی در فرد مبتلا، تمرکز افراطی

تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند، ۷۵ نفر که نمرات بالایی در ابزارهای این پژوهش داشتند، انتخاب و به دو گروه آزمایش و شاهد (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. پس از توافق و رضایت از والدین از آن‌ها جهت شرکت در جلسات درمانی دعوت به عمل آمد.

### ابزار سنجش

مقیاس اصلاح شده وسواسی جبری Yale-Brown برای اختلال بدشکلی بدن (The modified Yale-Brown obsessive compulsive scale for body dysmorphic disorder) یک ابزار خودسنجی شامل ۱۲ گویه است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجد و در واقع اصلاح شده مقیاس Yale-Brown است که وسواس را می‌سنجد و برای نخستین بار توسط ربیعی و همکاران در ایران ترجمه و جهت اجرا آماده شد (۱۹). ضرایب پایایی با استفاده از Cronbach's alpha، دو نیمه‌سازی و ضریب *Gatman* به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آمد. ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه وسواس جبری پادوا و مقیاس رضایت بدن به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۳۳ بود. در پژوهش حاضر به منظور تعیین پایایی این پرسش‌نامه، با استفاده از Cronbach's alpha، ضریب پایایی ۰/۸۰ به دست آمد. ضریب روایی این مقیاس با مقیاس ترس از تصویر بدن، ۰/۵۸ به دست آمد که در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که این مقیاس از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. علاوه بر این مقیاس از خرده مقیاس حساسیت بین فردی مقیاس ۹۰ نشانه مرضی SCL-90-R استفاده شد. این مقیاس نیز یک ابزار خود گزارشی مداد کاغذی است که شامل ۹ گویه می‌باشد. آزمودنی‌ها در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرتی از صفر (هیچ) تا چهار (شدید) به گویه‌ها پاسخ می‌دهند. در این پژوهش برای محاسبه پایایی این مقیاس از روش Cronbach's alpha استفاده شد و ضریب پایایی آن ۰/۸۳ به دست آمد. ضریب اعتبار همزمان خرده مقیاس حساسیت بین فردی با خرده مقیاس ترس از ارزیابی منفی پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی، ۰/۴۹ به دست آمد که در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار است.

روی خود را تقویت می‌کند و سرانجام این مسأله منجر به توجه انتخابی نسبت به عیوب جسمانی می‌شود. سپس چرخه معیوب دیدن خود در آینه، تمرکز بر ظاهر جسمانی، نشخوار ذهنی و احساس منفی شکل می‌گیرد (۱۴). اگر چه اهداف درمان شناختی- رفتاری برای بزرگسالان و نوجوانان یکسان است، ولی برای این که مطمئن شویم، درمان به لحاظ رشدی هم مناسب نوجوانان است، نیاز به انجام اصلاحاتی دارد. به خصوص در اصلاح درمان شناختی- رفتاری بدشکلی بدن برای نوجوانان مبتلا، توجه به تغییرات رشدی و روان‌شناختی بسیار الزامی است. تغییرات منحصر به فردی که نوجوانان در طی مراحل رشد خود با آن‌ها مواجه می‌شوند، باید در فرایند درمان مورد توجه قرار گیرد (۱۵). پژوهشی نشان می‌دهد که بیماران پس از یک دوره ۸ جلسه درمان شناختی- رفتاری رضایت بیشتری نسبت به ظاهر جسمانی خویش داشتند و افکار مزاحم آن‌ها کاهش یافت (۱۶). گروه دیگر از تحقیقات در ایران و خارج نشان می‌دهند که درمان‌های شناختی- رفتاری و روایت درمانی در کاهش اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان دختر دانشگاه مؤثر است (۱۷). یافته‌های حسنی و همکاران روی گروهی از دانشجویان دانشگاه نشان می‌دهد که روش‌های روان‌شناختی مثل روایت درمانی در کاهش بدشکلی بدن و بهبود روابط اجتماعی آن‌ها مؤثر است (۱۸). روش شناختی رفتار Greenberg بر پایه چهار بخش اصلی استوار است: شناخت ظاهر جسمانی و درک زشتی و زیبایی ظاهری، تغییر نگرش فرد نسبت به ظاهر جسمانی و توجه به جنبه‌های دیگر زندگی، اجتناب از رفتارهای پوششی و آیینی برای رویارویی با چهره واقعی و افزایش فعالیت اجتماعی (۱۵). بنابراین پژوهش کنونی با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی در دختران دبیرستانی شهر اهواز اجرا شد.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دبیرستانی دختر شهر اهواز بود که از مجموع ۸۰۰ دانش‌آموز که به روش نمونه‌گیری

این یافته‌ها بیانگر ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب این خرده مقیاس می‌باشد.

## روش اجرا

تعداد ۸۰۰ دانش‌آموز مورد آزمون قرار گرفتند و از میان آن‌ها، ۷۵ نفر در دو ابزار بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی نمرات بالایی داشتند. سپس به طور تصادفی ۳۰ نفر از میان آن‌ها انتخاب (از این جهت این تعداد انتخاب شد، چون حداقل تعداد آزمودنی‌ها برای تحلیل آماری توسط آزمون‌های پارامتریک همچون مانکوا است) و به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند. قبل از شروع مداخله درمانی همه ۳۰ نفر توسط روان‌شناس بالینی مورد مصاحبه قرار گرفتند، تا وجود علائم بدشکلی بدنی در آن‌ها تأیید شود و از سوی دیگر در زمان اجرای پژوهش نباید تحت درمان روان‌شناختی و دارویی بوده، تحت جراحی‌های ترمیمی هم قرار نگرفته باشند. با والدین آن‌ها هم جلسه‌ای گذاشته شد و هدف درمان و نحوه اجرای آن توضیح داده شد. پس از هماهنگی‌های لازم با مدارس از آزمودنی‌های گروه آزمایش دعوت شد تا دو روز در هفته (۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) در جلسات درمانی واقع در مرکز تحقیقات علوم رفتاری اهواز شرکت کنند. روش درمانی با استفاده از پروتکل درمانی Greenberg اجرا شد. آموزش‌ها عبارت بودند از: گفتگو راجع به الگوی CBT برای اختلال بدشکلی بدن، آشنایی اعضا با ماهیت افکار مرتبط با اختلال بدشکلی، تشریفات و رفتارهای اجتنابی و معرفی فن خود نظارتی، معرفی افکار خودکار و ارایه فهرست مهم‌ترین تشریفات شناختی، معرفی آزمایشات رفتاری (مواجهه/ جلوگیری از پاسخ)، برگزاری جلسه آموزش والدین برای آشنایی والدین با اختلال (آموزش چگونگی تشویق و تنبیه کردن و رفتار با نوجوانان مبتلا و گفتگو در مورد راه‌کارهایی برای کاهش تشریفات)، تمرین مواجهه/ جلوگیری از پاسخ با استفاده از سلسله مراتب تشریفات و موقعیت‌های اجتنابی و ارایه تکالیفی چون خودنظارتی و تمرین مواجهه و جلوگیری از پاسخ، تشریح فرایند حل مسأله و زمان‌بندی فعالیت‌ها (Activity scheduling) (فنی که در هدف اول، افراد در آن

سعی می‌کنند تا برای رفتارهای تشریفات محدودیت قایل شوند؛ به طوری که سعی شود آن‌ها را در برنامه روزانه تا حد امکان کاهش داد و هدف دوم آن این است که فعالیت‌های مفیدی که از برنامه روزانه آن‌ها حذف شده، دوباره به برنامه روزمره فرد باز گردند). برای دانش‌آموزان، بازآموزی آینه (Mirror retraining) به عنوان آزمایش رفتاری آموزش داده شد (بازآموزی آینه برای آن‌ها به این صورت توصیف شد که آن‌ها ابتدا باید جلوی آینه بایستند و تمام اعضای بدن خود را توصیف کنند، البته بدون هر گونه قضاوتی، با دیدی به دور از نگرانی‌های مرتبط با ظاهر تلاش کنند، ظاهر خود را توصیف کنند، البته به احساسات و افکارشان در مورد ظاهر، اجازه رفت و آمد بدهند، حتی افکار مرتبط با نگرانی‌ها، باید آن‌ها را بدون هیچ ترسی منحرف کرد و در نظر داشت که این افکار هم مانند دیگر افکار ناخوانده (Unwanted thought)، ممکن است وارد ذهن شوند، بدون این که ریشه در واقعیت داشته باشند. آن‌ها باید سعی کنند که به کلیات بدن خود نگاه کنند، به طور مثال در توصیف چشم‌هاشان بگویند: چشم‌های من ریز، قهوه‌ای، با مژه‌های کوتاه و کم پشت‌اند، اگر فرد بگوید که چشمان من زشت‌اند، قضاوت کرده است، پس به او تذکر می‌دادیم که فقط توصیف کند، سعی شد تا مشکلاتی که در آینده ممکن است فرد با آن‌ها روبه رو شود، حل شوند و تشریح تفاوت بین عود (Lapse) و بازگشت (۲۰). با پایان جلسات پس‌آزمون از گروه آزمایش و شاهد گرفته شد.

## یافته‌ها

جدول ۱ مبین میانگین و انحراف معیار نمره کل اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی را در گروه آزمایش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود، در دو متغیر تفاوت گروه‌های آزمایش و شاهد در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون قابل ملاحظه است. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره کل اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی را در گروه شاهد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. میانگین نمره در پیش‌آزمون گروه شاهد برابر ۲۴/۱۶ و در پس‌آزمون برابر

۲۴/۲۵ است. میانگین نمره حساسیت بین فردی گروه شاهد در پیش‌آزمون برابر ۱۹/۷۵ و در پس‌آزمون برابر ۱۹/۳۳ است. بنابراین نمره میانگین هر دو متغیر در گروه شاهد که مداخله‌ای دریافت نکردند، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهد.

### بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور پنج مفروضه تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن (Linearity) هم‌خطی چندگانه (Multicollinearity)، همگنی واریانس‌ها (Homogeneity of variance)، همگنی شیب‌های رگرسیون (Homogeneity of regression) و نرمال بودن مورد بررسی قرار گرفتند، که در زیر به آن‌ها اشاره می‌شود. منظور از خطی بودن، رابطه خطی بین متغیر کمکی و متغیر وابسته مورد بررسی (Covariate) است. به عبارت دیگر، ارتباط بین این دو می‌تواند از طریق خط راست رگرسیون تعیین شود (۲۱). در این پژوهش، پیش‌آزمون‌های حساسیت بین فردی و اختلال بدشکلی بدن، به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) و

پس‌آزمون‌های آن‌ها، به عنوان متغیرهای وابسته تلقی شدند. ضریب‌های همبستگی این دو متغیر به ترتیب ۰/۳۴ و ۰/۴۶ می‌باشند، که با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) وابسته محقق شد. هنگامی که متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) با یکدیگر همبستگی بالایی در حد ۰/۹۰ دارند، با شرایطی مواجه هستیم که هم‌خطی چندگانه نامیده می‌شود. این پدیده مهمی است که در آزمون‌های تحلیل چند متغیری باید از آن اجتناب کرد (۲۱). در این پژوهش، ضریب همبستگی بین پیش‌آزمون‌های حساسیت بین فردی و اختلال بدشکلی بدن، به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت) ۰/۷۷ می‌باشند. با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها)، نیز در نظر گرفته شد. در این پژوهش، قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی واریانس (Leven's test of ) Leven از آزمون (Leven's test of ) Leven استفاده شد. نتیجه آزمون همگنی واریانس‌ها بر روی متغیرهای وابسته معنی‌دار نمی‌باشند و به محقق اجازه می‌دهد که فرض کند واریانس‌ها مساوی هستند؛ در حالی که این فرض وجود دارد که در تحلیل کوواریانس رابطه متغیرهای وابسته و کمکی باید خطی باشد.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (n = ۱۵)

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		مقیاس‌ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۵/۱۴	۱۴/۰۸	۴/۹	۲۶/۴۱	اختلال بدشکلی بدن
۳/۷	۱۵/۳۳	۶/۲۶	۲۴/۱۶	حساسیت بین فردی

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی گروه شاهد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (n = ۱۵)

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		مقیاس‌ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۴/۳۵	۲۴/۲۵	۳/۹	۲۴/۱۶	اختلال بدشکلی بدن
۳/۴۴	۱۹/۳۳	۴/۴۵	۱۹/۷۵	حساسیت بین فردی

جدول ۳. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل MANCOVA بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی گروه‌های آزمایش و شاهد، با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری (P)	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلائی	۰/۸۱۵	۴۱/۸۵۹	۲	۱۹	< ۰/۰۰۱	۰/۸۱۵	۱

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایش و شاهد

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
اختلال بدشکلی بدن	۵۸۳/۱۰۲	۱	۵۸۳/۱۰۲	۲۴/۷۲۸	< ۰/۰۰۱	۰/۵۵۴	۰/۹۹۷
حساسیت بین فردی	۲۶۵/۹۷۵	۱	۲۶۵/۹۷۵	۵۰/۸۷۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۱۸	۱

روی هم همین را نشان داد. بنابراین حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین پس‌آزمون نمره‌های اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی آزمودنی‌های گروه آزمایش و شاهد را نشان می‌دهد. با توجه به مندرجات جدول ۴، برای متغیر اختلال بدشکلی بدن مقدار  $F = 24/728$  در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار است، یعنی تفاوت بین گروه‌های آزمایش و شاهد از لحاظ متغیر اختلال بدشکلی بدن معنی‌دار می‌باشد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که گروه درمانی شناختی- رفتاری، باعث کاهش اختلال بدشکلی بدن در گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد شده است. به علاوه اثربخشی مداخله در این پژوهش روی اختلال بدشکلی بدن  $F = 0/554$  و توان آماری آزمون  $F = 0/997$  به دست آمده است. مقدار  $F = 50/878$  می‌باشد، که در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار است، یعنی تفاوت بین گروه‌های آزمایش و شاهد از لحاظ متغیر حساسیت بین فردی معنی‌دار می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش کنونی بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی در دختران دبیرستانی بود. این پژوهش نشان می‌دهد که روش شناختی- رفتاری Greenberg روشی مناسب برای درمان اختلال بدشکلی بدن است و از سوی

این فرض نیز مطرح است که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. اگر خطوط رگرسیون ناهمگن باشند، آن گاه کوواریانس تحلیل مناسبی برای داده‌ها نخواهد بود. لازم به توضیح است که در این پژوهش پس‌آزمون‌های حساسیت بین فردی و اختلال بدشکلی بدن به عنوان متغیرهای وابسته و پیش‌آزمون‌های آن‌ها به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و شاهد) برابری حاکم باشد. در این پژوهش، میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و شاهد) برابری حاکم بود. همچنین تعاملی غیر معنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کوواریت‌ها) مشاهده شد. علاوه بر مفروضه‌های گفته شده، نرمال بودن متغیرهای تحقیق از طریق آزمون Kolmogorov-Smirnov محاسبه شد و دارای وضعیتی نرمال هستند.

جدول ۳ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی گروه‌های آزمایش و شاهد، با کنترل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. آزمون Pile نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و شاهد از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $P < 0/001$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد، البته نتایج آزمون‌های لامبردای ویلکز، اثر Hetling و بزرگترین ریشه

چه با اعضای گروه یا هم کلاسی‌های خود به چالش‌های جدیدی دست می‌زدند و از پنهان کردن خود دوری می‌جستند. نتایج این تحقیق، بالینگران و مشاورین مدرسه را تشویق می‌کند تا از روش درمانی Greenberg به عنوان یک مدل جذاب برای دختران دبیرستانی مبتلا استفاده کنند و تغییر در روابط بین فردی آن‌ها را پیگیری نماید. به علاوه این روش یک مدل پیش‌گیری نیز می‌باشد، زیرا افرادی که مبتلا نیستند، با این روش یاد می‌گیرند تا احساس مثبتی نسبت به تصویر بدن خود داشته باشند. محدود بودن تعمیم نتایج روی گروه دختران دبیرستانی، عدم استفاده از والدین برای آموزش و همکاری در برنامه درمانی و محدود بودن متغیرهای وابسته از جمله محدودیت‌های این تحقیق محسوب می‌شود. به سایر محققین توصیه می‌شود تا این روش را روی جمعیت‌های مختلف سنی و جنسیتی و با در نظر گرفتن متغیرهای دیگری که همپوشی بالایی با بدشکلی بدن دارند (هراس اجتماعی و اختلال شخصیت نمایشی) اجرا کنند.

#### سپاسگزاری

از دانش‌آموزانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند و مرکز تحقیقات علوم رفتاری اهواز که امکان اجرای جلسات را فراهم آورد، تقدیر و تشکر می‌نماییم. موضوع طرح با منافع نویسندگان ارتباطی ندارد.

دیگر قادر است که به صورت هدفمند حساسیت بین فردی را که از متغیرهای همراه این اختلال است، کاهش دهد. این یافته با یافته‌های Sarwer و همکاران (۱۲)، Greenberg و همکاران (۱۵) و Rosen و همکاران (۱۶) همسو و هماهنگ است. این روش درمانی به مبتلایان کمک می‌کند تا باورهای غلط خود را درباره ظاهر جسمانی تغییر دهند و احساس مثبتی درباره خود دست یابند و یاد بگیرند که می‌توانند نشخوارهای ذهنی خود را در حیطه تصویر منفی کنار بزنند. تلاش‌های درمانگر بر اساس مدل شناختی- رفتاری گامی به سوی نگرش مثبت به تصویر بدن است. در ابتدای جلسات درمانی مبتلایان اطلاعات و آگاهی در باره اختلال بدشکلی بدن پیدا می‌کنند و در جلسات می‌آموزند تا باورهای غلط خود را تغییر و رفتارهای پنهان کردن خود را به دلیل یک نقص فرضی کنار بگذارند. این روش روابط بین فردی آن‌ها را بهبود می‌بخشد. در اختلال بدشکلی بدن فرد نشخوارهای ذهنی افراطی نسبت به نقص در ظاهر خود دارد. یافته‌های Kelly و همکاران نشان می‌دهد که اختلال بدشکلی بدن نوعی اختلال اضطراب اجتماعی است و این امر به دلیل حساسیت در روابط بین فردی مبتلایان است (۲۲). بر اساس این فرضیه می‌توان مشاهده کرد که دانش‌آموزانی که در برنامه مداخله شناختی- رفتاری شرکت داشتند، به دلیل تغییر در باورهایشان احساس مثبت‌تری برای تبادلات اجتماعی نشان می‌دادند و

#### References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 200.
2. Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. J Nerv Ment Dis 2000; 188(3): 170-5.
3. Mayville S, Katz RC, Gipson MT, Cabral K. Assessing the prevalence of body dysmorphic disorder in an ethnically diverse group of adolescents. Journal of Child and Family Studies 1999; 8(3): 357-62.
4. Rudiger JA, Cash TF, Roehrig M, Thompson JK. Day-to-day body-image states: prospective predictors of intra-individual level and variability. Body Image 2007; 4(1): 1-9.
5. Hadley SJ, Greenberg J, Hollander E. Diagnosis and treatment of body dysmorphic disorder in adolescents. Curr Psychiatry Rep 2002; 4(2): 108-13.
6. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry 2003; 44(4): 270-6.
7. Phillips KA. The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder. Oxford: Oxford University Press; 2005.
8. Albertini RS, Phillips KA. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38(4): 453-9.

9. Basak Nejad S, Ghafari M. Relation between body dysmorphic concern and psychological disorders in students of university. Journal of behavior science research center 2007; 1(2): 179-87. [In Persian].
10. Braddock LE. Dysmorphophobia in adolescence: a case report. Br J Psychiatry 1982; 140: 199-201.
11. Phillips KA, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry 2006; 47(2): 77-87.
12. Sarwer DB, Gibbons LM, Crerand CE. Cognitive behavioral treatment of body dysmorphic disorder. Psychiatric Annals 2004; 34(12): 934-41.
13. Neziroglu F, hemlani-Patel S. Therapeutic Approaches to Body Dysmorphic Disorder. Brief Treatment and Crisis Intervention 2003; 3: 307-22.
14. McKay D, Gosselin JT, Gupta S. Body dysmorphic disorder. In: Abramowitz JS, Taylor S, McKay D, editors. Clinical handbook of obsessive-compulsive disorder and related problems. New York: JHU Press; 2008.
15. Greenberg JL, Markowitz S, Petronko MR, Taylor CE, Wilhelm S, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder. Cognitive and Behavioral Practice 2010; 17(3): 248-58.
16. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. J Consult Clin Psychol 1995; 63(2): 263-9.
17. Fang A, Hofmann SG. Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. Clin Psychol Rev 2010; 30(8): 1040-8.
18. Hasani M, Mehrabizadeh honarmand M, Bassak Nejad S. Epidemiology of body dysmorphic disorder and narrative group therapy on reduction of it among university students. [ MS Thesis]. Ahvaz: clinical psychology shahid chamran University; 2008. [In Persian].
19. Rabiee M, Khorramdel K, Kalantari M, Molavi H. Factor structure, validity and reliability of the ,modified yale-brown obsessive compulsive scale for body dysmorphic disorder in students. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2010; 14(4): 343-50. [In Persian].
20. Greenberg JL. Cognitive- behavioral therapy for body dysmorphic disorder in adolescents: development of treatment protocol. [Thesis]. New Jersey: faculty of Rutgers, school of applied and professional psychology. 2008 .
21. Shehny yeylagh M, haji yakhchali A, haghghi j& behroozi N. The effectiveness of teaching capability problem solving(cps) on scientific thought, in shahid Chamran university of Ahwaz. psychiatric results journal of shahid chamran university 2008;4(2):37-70.
22. Kelly MM, Walters C, Phillips KA. Social anxiety and its relationship to functional impairment in body dysmorphic disorder. Behav Ther 2010; 41(2): 143-53.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی



## The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing body dysmorphic disorder and interpersonal sensitivity among female high school students

Yadollah Zargar<sup>1</sup>, Sahar Sayad<sup>2</sup>, Soodabeh Bassak Nejad<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim and Background:** The aim of this research was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing body dysmorphic disorder (BDD) and interpersonal sensitivity among female high school students in Ahvaz, Iran.

**Methods and Materials:** In this clinical trial, multistage random sampling was used to select 800 students. The subjects completed the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (modified for BDD) and interpersonal sensitivity subscale of symptom checklist 90 (SCL-90). Then, 75 individuals with the highest scores in both scales were identified. Finally, 30 subjects from the 75 mentioned patients were selected and randomly assigned into two groups of experimental and control (n = 15 in each group). The experimental group was treated through 12 60-minute sessions of cognitive-behavioral group therapy based on Greenberg method. At the end, posttest was performed and the results were analyzed by analysis of covariance.

**Findings:** The scores of BDD and interpersonal sensitivity were significantly different between the experimental and control groups.

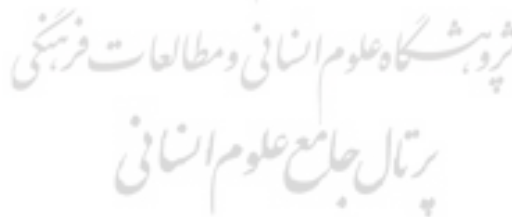
**Conclusions:** Our findings showed that cognitive-behavioral group therapy had an important role in reducing BDD and interpersonal sensitivity.

**Keywords:** Body dysmorphic disorder, Inter personal sensitivity, Group cognitive- behavioral group therapy.

**Type of article:** Original

*Received: 05.11.2011*

*Accepted: 14.02.2012*



1. Assistant Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

2. Msc, Clinical Psychology, Department of Psychology, School of Educational Sciences, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author) Email: Sayadsahar120@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.