

ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Anxiety Sensitivity and Cognitive Fusion in University Students with Body Dysmorphic Disorder

Majid Baradaran¹, Farzaneh Ranjbar Noushari¹ (ORCID: 0000000343882755)

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Correspondence:
Majid Baradaran
Email: psycho_2000mb@yahoo.com

Received: 30/Jul/2023
Accepted: 15/Feb/2024

How to cite:

Baradaran, M., Ranjbar Noushari, F. (2024). Childhood trauma and executive functions: the mediating role of emotional processing. *SocialCognition*, 13(25), 19-29. doi: 10.30473/sc.2024.70709.2960

ABSTRACT

The purpose of this study was the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety sensitivity and cognitive fusion in university students with body dysmorphic disorder. This study was a semi-experimental study with a pretest and post-test. The statistical population of this study included university students of Payame Noor University of Amlash in academic year 2023-2024. Subjects were first screened using the inclusion and exclusion criteria. therefore, 40 university students with body dysmorphic disorder were selected by available sampling method and randomly divided into experimental and control groups (20 persons in each group). All of the sample groups completed anxiety sensitivity (Floyd et al, 2005) and Cognitive Fusion Scales (Gillanders et al, 2010). The ACT group in 8 sessions based on Hayes et al (1999) model while the control group did not receive any treatment. For data analysis, multivariate analysis of covariance was used. Results showed that there were significant differences between two groups on anxiety sensitivity and cognitive fusion ($P < 0.01$). ACT as a third wave treatment, can be an effective intervention to reduce the anxiety sensitivity and cognitive fusion in university students with body dysmorphic disorder.

KEYWORDS

Acceptance and commitment therapy, anxiety sensitivity, cognitive fusion, body dysmorphic disorder



«مقاله پژوهشی»

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و همجواری شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن

محمد بهادران^۱، فرزانه رنجبر نوشری^۱ (ارکید: ۳۴۳۸۸۲۷۵۵.....)

چکیدہ

هدف اساسی مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و همجوشی شناختی دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بود. این مطالعه یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری مطالعه حاضر، در برگیرنده دانشجویان دانشگاه پیام نور واحد املش در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. نخست، شرکت کنندگان با استفاده از ملاک های ورود و خروج غربال شدند. سپس، ۴۰ دانشجوی مبتلا به اختلال بدشکلی بدن با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند (۲۰ نفر در هر گروه). همه افراد مقیاس حساسیت اضطرابی (فلوید و همکاران، ۲۰۰۵) و همجوشی شناختی (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۰) را تکمیل کردند. افراد در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در ۸ جلسه بر اساس مدل هایز و همکاران (۱۹۹۹) تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نمود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد بین دو گروه در حساسیت اضطرابی و همجوشی شناختی در سطح ۰/۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند مداخله کارآمد برای کاهش حساسیت اضطرابی و همجوشی شناختی در دانشجویان مبتلا باشد.

واژه‌های کلیدی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، حساسیت اضطرابی، همجوشی شناختی، اختلال بدشکلی بدن

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول:

مجید برادران

ایمانامه: psycho_2000mb@yahoo.com

تاریخ یذیر ش: ۱۴۰۲ / ۱۱ / ۲۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۸

استناد به این مقاله:

برادران، مجید، رنجبر نوشری، فرزانه. (۱۴۰۳).
اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت
اضطرابی و همجوشی شناختی در دانشجویان مبتلا به
اختلال بدشکلی بدن. شناخت اجتماعی، ۱۳(۲۵)، ۱۹-۲۵.

۲۹

doi:10.30473/sc.2024.70709.2960



مقدمه

در سالهای اخیر، پس از آنکه پژوهشهای متعدد، پیوندهای قوی میان اختلال بدشکلی بدنی و اختلال وسواس فکری و عملی را تأیید کردند. این اختلال در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی به طیف وسواسهای فکری و عملی و اختلالهای مرتبط منتقل شد (چوساک^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). اختلال بدشکلی بدنی با حضور چهار معیار مشغولیت ذهنی در مورد نقص های واقعی یا خیالی ظاهری، رفتارهای تکراری، پریشانی و نقص عملکرد معنادار در حیطه های اجتماعی و عدم توجه آن با نشانه های اختلال خورد و خوراک تشخیص گذاری می شود (استورک، آبراموویچ و گودمن^۲، ۲۰۰۸). این بیماری یکی از شایعترین اختلال های روانپزشکی در میان مراجعه کنندگان به کلینیک های زیبایی به شمار می رود و از آنجا که اغلب تشخیص آن مورد غفلت واقع می شود، سالانه هزینه های بسیار زیادی بر نظام درمانی کشورها وارد می سازد (اسویس، اشپیتز، بری^۳ و ۲۰۱۰). اشتغال ذهنی این افراد، می تواند نسبت به یک یا چند عضو بدنشان نمود یابد؛ شایعترین آنها، نگرانی در مورد پوست، مو و بینی است (جوگرن^۴، ۲۰۱۹). پژوهش بر روی تصویر بدنی این افراد نشان داد که تصویر موجود در ذهن این افراد با تصویری که دیگران در ذهن دارند، منطبق نیست. احساساتی مثل نومییدی یا شرمندگی، فرایندهایی مثل نشخوار ذهنی و افکار خودکار از دیگر ویژگی های این افراد است. تصور می شود که ارزیابی منفی از تصویر بدنی باعث ایجاد احساس شرم، تنفر و افسردگی می شود (کلی، برانهویر، راه، زیوان و مارتین^۵، ۲۰۱۲). پژوهش های انجام شده نیز همبودی این اختلال را با افسردگی اساسی (سامرز^۶ و همکاران، ۲۰۲۰)، اعتماد به نفس پایین (گرن، لاست و چمبرلین^۷، ۲۰۱۹)، افکار و اقدام به خودکشی (اسنارسون، بیرد، کریستنسن،

جورنسون و جورجینسن^۸، ۲۰۱۹) و کیفیت پایین زندگی (اشنایدر، تورنر، استورک و هادسون^۹، ۲۰۱۹) نشان داده اند. یک سازه اضطرابی که توجه گسترده ای در پیشینه مطالعاتی اختلال های اضطرابی به خود اختصاص داده است، حساسیت اضطرابی^{۱۰} است که به ترس از اضطراب و نشانه های مرتبط با اضطراب اشاره دارد و از این عقیده ناشی می شود که این نشانه ها به پیامدهای بالقوه آسیب زای بدنی، روانشناختی و اجتماعی منجر می شود. به عبارت دیگر، حساسیت اضطرابی به نگرانی دائم فرد از احساسات اضطرابی اطلاق می شود که به باور فرد این احساسات مرتبط با اضطراب، تهدیدآمیز بوده و انتظار پیامدهای آزاردهنده و خطرناک جسمانی و غیرجسمانی را دارد. فرد دارای حساسیت بالا نه تنها رویدادهای تنیدگی زا، بلکه وقایع به نسبت عادی را نیز فاجعه آمیز تلقی می کند، در حالی که فرد دارای حساسیت اضطرابی پایین این رویدادها را نامطلوب تلقی کرده ولی در مورد آنها دست به فاجعه سازی نمی زند (مکنالی، ۱۹۹۹؛ به نقل از رکتور، زاکون شیمیزو، و لیمن^{۱۱}، ۲۰۰۷). بنابراین می توان نتیجه گرفت که ارزیابی فرد از یک موقعیت تنیدگی زا در پیامدهای بعدی آن نقشی تعیین کننده دارد. ویتون، مهافی، تیمپانو، برمن، آبراموویتز^{۱۲} (۲۰۱۲) معتقد هستند که حساسیت اضطرابی از طریق ژنتیک و یادگیری کسب می شود و منجر به سوگیری هایی در بازاریابی و پردازش اطلاعات مرتبط با نشانه های فراخوان اضطراب می شود؛ بر همین اساس، تایلور، جانگ، استیوارت و استین^{۱۳} (۲۰۰۸) نشان دادند که حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب پذیری مهم در ایجاد و تداوم اختلال های روانی است و از جمله متغیرهای واسطه ای مهم بین تنیدگی و بیماری است. اشخاص با حساسیت اضطرابی بالا، از این احساس هراسان هستند؛ چرا که باور دارند که احساس ما نشانه هایی از رخدادهای فاجعه آمیز قریب الوقوع جسمانی-روانشناختی یا اجتماعی می باشند که

8. Snorrason, Beard, Christensen, Bjornsson & Björgvinsson

9. Schneider, Turner, Storch & Hudson

10 anxiety sensitivity

11 Rector, Szacun-Shimizu & Leybman

12 Wheaton, Deacon, McGrath, Berman & Abramowitz

13 Taylor, Jang, Stewart & Stein,

1. Chosak

2. Storch, Abramowitz & Goodman

3. Sweis, Spitz, Barry & Cohen

4. Sjogren

5. Kollei Brunhoeber Rauh, zewaa & Martin

6. Summers

7. Grant, Lust & Chamberlain

متضمن بیماری های تهدیدکننده زندگی، از دسو دادن کنترل یا خجالت هستند (لیرا و پرویانین^۱، ۲۰۱۸). یکی از فرایندهای شناختی که در مشکلات جسمانی و روانشناختی مورد بحث می باشد، همجوشی شناختی^۲ است که تحت عنوان نظم جویی افراطی و نامطلوب رفتار بر اساس فرایندهای کلامی نامیده می شود و طی آن فرد نمی تواند دنیایی را که به طور کلامی مفهوم سازی و ارزشیابی شده را از دنیای مستقیماً تجربه شده، تفکیک نماید. (هایز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیس^۳، ۲۰۰۶). همجوشی شناختی یکی از فرایندهای واسطه ای است که در اکثر اختلالهای روان شناختی به ویژه اضطراب و افسردگی، نقش کلیدی و بنیادین ایفا می کند و زمانی رخ می دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذارد (زاجاریا، آیونو، تانوس، واسیلیو و کارکلا^۴، ۲۰۲۱). در چنین شرایطی فرد دچار ناتوانی در مدیریت رویدادها می شود و همین مسئله بر میزان آسیب های روانی وی می افزاید، از سویی دیگر، سبب می شود فرد نتواند از راهبردهای مقابله ای مناسب بهره برد، بنابراین تمامی رویدادهایی که می توانست جنبه عادی داشته باشد، تبدیل به یک رویداد تنش زا می شود (باردین و فرگاس^۵، ۲۰۱۶). همجوشی شناختی چنان شخص را تحت تاثیر منفی قرار می دهد که پس از مدتی به عنوان تفسیر درست از تجارب شخصی تلقی شده و دیگر قابل تشخیص از تجارب واقعی فرد نیستند (فلاین، هرناندز، هربرت، جیمز و کاسیچ^۶، ۲۰۱۸). همچنین، همجوشی شناختی زمانی رخ می دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذارند و باعث شوند فرد به جای توجه به فرآیند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه

کنند (بودنلوس، هاوس، بارستین و آرویو^۷، ۲۰۲۰). پژوهش ها نشان داده اند که همجوشی شناختی با استرس، اضطراب و افسردگی (گیلاندرز و همکاران^۸، ۲۰۱۴ و فرگاس^۹، ۲۰۱۵ دینیس، کاروالو، جاویا و استانکویرو^{۱۰}، ۲۰۱۵ و با نارضایتی بدنی و اختلال خوردن (ترینداد و فریرا^{۱۱}، ۲۰۱۴) در ارتباط است. مطالعات گوناگون نشان داده اند که برخی از انواع دارودرمانی ها و رواندرمانی ها می توانند در بهبود اختلال بدشکلی بدنی مؤثر باشند (فیلیپس^{۱۲}، ۲۰۰۲؛ فیلیپس و هولندر^{۱۳}، ۲۰۰۸؛ ویل^{۱۴}، ۲۰۱۰). علاوه بر این، مطالعات گذشته نگر تأیید می کنند که داروهای ضد روانپریشی به تنهایی در درمان اختلال بدشکلی بدنی مؤثر نیستند (فیلیپس، ۲۰۰۴). امروزه درمان های جدید در روانشناسی که تحت عنوان موج سوم روان درمانی از آن یاد می گردد بر نقش منابع روانشناختی فرد در رویارویی با عوامل فشارزا تأکید دارد، زیرا از این طریق می توان تدابیر درمانی مناسب را برای کمک به فرد تحت فشار فراهم نمود. از جمله درمان هایی که در این راستا مطرح می باشد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^{۱۵} است.

فرآیندهای بنیادی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عبارتند از: پذیرش^{۱۶}، ذهن آگاهی^{۱۷}، زندگی در لحظه کنونی^{۱۸}، گسلش شناختی^{۱۹}، خود مشاهده گری^{۲۰}، ارزشها^{۲۱} و عمل متعهدانه^{۲۲} (آیتو و میتو^{۲۳}، ۲۰۲۰). یکی از اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که مناسبتر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام شود یا بر فرد تحمیل گردد (الیس^{۲۴} و همکاران، ۲۰۱۹).

13. Hollander

14. Veale

15. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

16. acceptance

17. mindfulness

18. contact with the present moment

19. Defusion

20. self as context

21. values

22. committed action

23 Ito & Muto

24. Ellis

1. Lyyra P, Parviainen

4. cognitive Fusion

5. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis

4. Zacharia, Ioannou, Theofanous, Vasiliou & Karekla

5. Bardeen & Fergus

6. Flynn, M.K., Hernandez, J.O., Hebert, E.R., James, K.K., Kusick

7. Bodenlos, Hawes, Burstein & Arroyo

10. Gillanders

11. Fergus

12. Dinis, Carvalho, Gouveia & Estanqueiro

13. Trindade & Ferreira

12. Phillips

را تمامی دانشجویان دانشگاه پیام نور واحد املش در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ تشکیل دادند. روش نمونه گیری پژوهش حاضر به صورت نمونه گیری در دسترس بود. به منظور غربالگری، نخست مقیاس نگرانی دربار تصویر بدنی روی ۱۳۰ نفر از دانشجویان اجرا شد و افرادی که نمره آنها در این پرسشنامه بالاتر از ۵۰ بود (۴۰ نفر) انتخاب شدند. ملاک های ورود عبارتند از: دانشجوی بودن، سن بین ۱۸ تا ۲۵ سال، مجرد بودن و اعلام رضایت جهت شرکت در این مطالعه و ملاک های خروج عبارتند از: مصرف داروهای روانپزشکی، سابقه شرکت در کلاس های آموزشی و غیبت بیش از دو جلسه. با توجه به آزمایشی بودن طرح، باید اینجا مطرح نماییم که از هر گروه آزمایش و کنترل دو نفر حاضر به ادامه همکاری با پژوهشگر نشدند و نتایج حاصل از ۳۶ نفر (۱۸ نفر در هر گروه) تحلیل گردید.

ابزارهای پژوهش

مقیاس نگرانی دربار تصویر بدنی. این مقیاس توسط لیتلتون، آکسوم و پیوری (۲۰۰۵) برای سنجش نارضایتی و نگرانی درباره ظاهر طراحی شده است که ۱۹ گویه دارد و به صورت طیف لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) نمره گذاری می شود و دو زیرمقیاس نارضایتی از بدن و نقص در عملکرد دارد. محمدی و سجادی نژاد (۱۳۸۶) اعتبار مقیاس را به شیوه دونیمه سازی ضریب اعتبار ۰/۶۶ به دست آمد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل، نارضایتی از بدن و نقص در عملکرد به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۴ و ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه حساسیت اضطرابی. این پرسشنامه ۱۶ گویه دارد که در مقیاس پنج درجه ای لیکرت از صفر تا چهار تنظیم شده است. هر گویه این عقیده که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب زا دارند را منعکس می کند. درجه تجربه ترس از نشانه های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می شود. ساختار این پرسشنامه از سه عامل ترس

یعنی به فرد کمک شود تا خود را از چرخه همجوشی شناختی خارج کند. البته نه با چالش یا تغییر افکار و هیجاناتش بلکه از طریق فرایندهای پذیرش و تعهد (ژو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). افراد می آموزند به جای چالش با افکارشان، آنها را بدون قضاوت بپذیرند و هدف این است که افراد بیاموزند ارزشهای زندگیشان را شناسایی کنند و بر اساس آنها اقدام نمایند (دورفمن^۲، ۲۰۲۳). نتایج زارع (۱۳۹۶) حاکی از این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انعطاف پذیری و همجوشی شناختی اثرگذار است. در این درمان به جای تغییر شناخت ها و چالش با آنها، سعی می شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد، یعنی افکار و احساسات رنج آور از شکل قدیمی یعنی نشانه های آسیب زای ناپهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی می شوند به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسانی که بخشهایی از یک زندگی غنی و معنادار هستند تغییر یابد (هایز و استروسال، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش برادران، زارع، علی پور و فرزاد (۱۳۹۵) نشان داد که حساسیت به اضطراب و رفتارهای اجتنابی، بیشتر از متغیرهای دیگر با استرس و دریافت شدید محرکها ارتباط دارد و مداخله ذهن آگاهی و ارزشها، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با استفاده همزمان از سه متغیر درمانی تأثیر حساسیت به اضطراب را کاهش و کیفیت زندگی و عملکرد کلی را افزایش می دهد. از آنجا که دانشجویان قشر فرهیخته و در عین حال حساس جامعه در ابتلا به اختلال بدشکلی بدن هستند، کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این گروه نقش مهمی در ارتقاء بهداشت و سلامت روانشناختی آنها ایفا می کند. در این راستا، هدف اساسی مطالعه حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و همجوشی شناختی دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اثرگذار است

روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه حاضر

از نگرانی های بدنی، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران تشکیل شده است (فلوید، گارفیلد و مارکز ۲۰۰۵). اعتبار آن در نمونه ایرانی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. ضرایب همبستگی آن با پرسشنامه SCL-90 در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ گزارش شد (مرادی منش، میرجعفری، گودرزی، محمدی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه همجوشی شناختی. این پرسشنامه را گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰؛ به نقل از زارع، ۱۳۹۳) ارائه دادند که حاوی ۱۳ سوال است که دارای دو زیر مقیاس همجوشی و

گسلش می باشد و بر اساس مقیاس ۷ درجه ای لیکرت تنظیم گردیده است. زارع (۱۳۹۳) جهت هنجاریابی پرسشنامه مذکور، ۳۷۹ نفر از دانشجویان دانشگاه های پیام نور و سنتی نور را مورد آزمون قرار داد. ضریب آلفای کرونباخ برای دو خرده مقیاس همجوشی و گسلش به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۵ بدست آمد.

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش طی هشت جلسه به صورت گروهی به انجام رسید که هر جلسه حدود ۱۰۰ دقیقه به طول انجامید. در ساختار ۸ جلسه ای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، از پروتکل اجرایی جلسات ACT هایز، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹) استفاده شد که به صورت دو جلسه در یک هفته و طی چهار هفته متوالی انجام گرفت که خلاصه جلسه ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ساختار محتوای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	محتوا
اول	آشنایی گروه با یکدیگر، برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی
دوم	درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک اینکه کنترل، مسأله است نه راه حل
سوم	شناسایی ارزش های فرد، تصریح ارزش ها، اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش های افراد و به کار گیری استعاره های مربوطه
پنجم	بررسی همجوشی و گسلش و انجام تمرین هایی برای گسلش با استفاده از استعاره
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر
هفتم	تأکید بر زمان حال بودن
هشتم	آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح های رفتاری مطابق ارزش ها و جمع بندی

وضعیت اقتصادی ضعیف، ۵۰ درصد متوسط و ۲۸ درصد خوب بودند. در گروه کنترل، ۲۸ درصد شرکت کنندگان از نظر وضعیت اقتصادی ضعیف، ۵۶ درصد متوسط و ۱۶ درصد خوب بودند. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

یافته های پژوهش

در مطالعه حاضر دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سن و وضعیت اقتصادی همتا شدند. میانگین و انحراف معیار سن در دو گروه به ترتیب برابر با ۲۱/۵۹ (۱/۹۲) و ۲۱/۳۸ (۱/۷۴) بود. در گروه آزمایش، ۲۲ درصد شرکت کنندگان از نظر

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	آزمایش		کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نگرانی‌های بدنی	۲۱/۲۲(۳)	۱۶/۶۷(۲/۹۱)	۲۰/۹۴(۳/۷۰)	۲۱/۳۹(۳/۵۵)
ترس از نداشتن کنترل شناختی	۱۱/۰۶(۱/۶۳)	۸/۳۹(۱/۶۵)	۱۰/۸۳(۱/۸۲)	۱۰/۸۹(۱/۵۳)
ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	۱۱/۴۴(۱/۵۴)	۹(۱/۵۳)	۹/۵۶(۱/۷۹)	۹/۶۷(۱/۹۴)
حساسیت اضطرابی	۴۳/۷۲(۵/۹۷)	۳۴/۰۶(۵/۷۳)	۴۱/۳۳(۶/۳۹)	۴۱/۹۴(۶/۱۴)
همجوشی	۳۱/۲۸(۴/۳۹)	۲۵/۹۴(۴/۰۱)	۳۰/۶۱(۴/۸۹)	۳۰/۷۲(۴/۵۲)
گسلش	۱۰/۵۰(۱/۸۲)	۱۳/۹۴(۱/۵۹)	۱۰/۳۹(۱/۹۴)	۱۰/۶۷(۱/۹۱)

آزمون باکس استفاده گردید. نتایج نشانگر این بود که ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها همگن هستند ($F=۱/۲۴$, $P=۰/۰۰۱$). همچنین جهت بررسی همسانی واریانس‌های دو گروه از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج نشان از عدم معناداری مؤلفه‌ها داشت، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز مورد تأیید قرار گرفت. با توجه به برقراری مفروضه‌های فوق، مجاز به استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره می‌باشیم که نتایج آن در جدول ۳، ارائه گردیده است

در ادامه جهت بررسی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در حساسیت اضطرابی و همجوشی شناختی در دانشجویان دارای اختلال بدشکلی بدن از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید. این آزمون پیش از اجرا دارای مفروضه‌هایی است که می‌بایست رعایت نمود تا بتوان به نتایج اطمینان نمود. به منظور نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای وابسته (حساسیت اضطرابی و همجوشی شناختی) از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده گردید. نتایج نشان داد تمامی مؤلفه‌ها دارای توزیع نرمال هستند. جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس از

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در پس‌آزمون مؤلفه‌های پژوهش

متغیر	مجموع مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب تأثیر
نگرانی‌های بدنی	۱۵۰/۶۴	۱۶۳/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴
ترس از نداشتن کنترل شناختی	۴۹/۵۸	۹۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶
ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	۳۴/۴۲	۵۸/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵
حساسیت اضطرابی	۶۲۵/۴۵	۲۶۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۹۰
همجوشی	۲۳۵/۹۷	۳۹/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶
گسلش	۸۴/۶۹	۱۳۶/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۸۱

تفاوت معناداری را نشان داده است. میزان تأثیر برای نگرانی‌های بدنی برابر با ۰/۸۴، ترس از نداشتن کنترل شناختی ۰/۷۶، ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران ۰/۶۵ و حساسیت اضطرابی ۰/۹۰ می‌باشد، یعنی ۸۴ درصد از

بر اساس نتایج جدول ۳، بین میانگین نمرات پس‌آزمون همه مؤلفه‌های پژوهش حاضر بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در همه مؤلفه‌های فوق،

واریانس نمرات نگرانی های بدنی، ۷۶ درصد از واریانس نمرات ترس از نداشتن کنترل شناختی، ۶۵ درصد از واریانس نمرات ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران و ۹۰ درصد از واریانس نمرات حساسیت اضطرابی در مرحله پس آزمون ناشی از عضویت گروهی است. همچنین میزان تأثیر برای همجوشی ۰/۵۶ و گسلش ۰/۸۱ می باشد، یعنی ۵۶ درصد از واریانس نمرات همجوشی و ۸۱ درصد از واریانس نمرات گسلش در مرحله پس آزمون ناشی از عضویت گروهی است. بر این اساس، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و همجوشی شناختی اثرگذار بوده است..

نتیجه گیری و پیشنهادها

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب کاهش حساسیت اضطرابی در دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن گردید که با نتیجه برادران و همکاران (۱۳۹۵) همسو است. باید گفت افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به طور مکرر ساعاتی را جلوی آینه می ایستند و به واری و آراستگی خویش می پردازند. در فعالیت های اجتماعی کمتر شرکت می کنند و در برخی موارد افسردگی و اقدام به خودکشی دارند و فاقد مهارت های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای استرسزای محیطی هستند (رودیگر، کش، روهریگ و تامپسون^۱، ۲۰۰۷). در این راستا، فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ابتدا از طریق آموزش، بستری را برای نگرش مثبت تر به افکار و احساسات مرتبط با اضطراب فراهم می آورد و سپس از طریق تمرین های مبتنی بر ذهن آگاهی، گسلش و پذیرش میزان آزار دهنده بودن این احساسات ناخوشایند را برای شرکت کنندگان کاهش می دهد (هایز و لیلیس، ۲۰۱۲). با توجه به این فرایند، اضطراب فقط به عنوان یک فکر تجربه می شود و فرد آگاهی می یابد که وجود او، از این افکار جدا است و این افکار در وجود او جریان دارد، نه اینکه بخشی از وجود او را تشکیل دهد؛ این امر موجب کاهش افکار می شود، خود مشاهده گر را

تقویت میکند، رویدادهای درونی را به جای کنترل می پذیرد و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزشهایش است، می پردازد. در این صورت، خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای ترسناک افزایش می یابد و منجر به کاهش معناداری در فکر و عمل می شود؛ بنابراین، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمام تلاش درمانگر در جهت ایجاد و پرورش زندگی مبتنی بر ارزش است که طبق آن به مراجع کمک می شود شیوه مطلوب زندگی کردن را بیابد و به انجام آن شیوه بپردازد و مهم تر اینکه نسبت به آن متعهد باشد (ایفرت، ۲۰۰۹).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب کاهش همجوشی و افزایش گسلش در دانشجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن شد که با یافته های ژو^۲ و همکاران (۲۰۲۰) و زارع (۱۳۹۶) همسو است. در فرایند درمان تعهد و پذیرش، انعطاف پذیری روانشناختی به عنوان اساس سلامت روانشناختی شناخته می گردد. فرایند درمان تعهد و پذیرش به فرد کمک می نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود، تغییر یا پافشاری نماید و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه های متناسب با موقعیت است. در حوزه هایی که قابل تغییر مثل رفتار آشکار بر تغییر متمرکز است و در حوزه هایی که تغییر امکان پذیر نیست، بر پذیرش و تمرین های ذهن آگاهی تمرکز دارد (کاشدان و روتنبرگ^۳، ۲۰۱۰). به باور هایز (۲۰۰۴)، پذیرش افکار به عنوان افکار، احساسات به عنوان احساسات و هیجانات- همان گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر- منجر به تضعیف همجوشی- های شناختی می شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی ها و آشفتگی های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری اش را می دهد و می تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می آورد برای انجام فعالیت های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند

کلینیک ها بهره ببرند و در مطالعات آتی بیشتر استفاده گردد تا شاید از میزان جراحی های زیبایی که طی سال های اخیر رو به گسترش است، کاسته شود.

سیاسگزاری

از تمامی افراد شرکت کننده در این مطالعه به خاطر همکاری موثر، صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایم

منابع

برادران، مجید؛ زارع، حسین؛ علی پور، احمد و فرزاد، ولی اله. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب، افسردگی، فشار روانشناختی و افزایش امید بیماران مبتلا به فشار خون اساسی. *روان شناسی بالینی*، ۸(۴)، ۹۵-۱۰۵.

رادی منش، فردین، میرجعفری، سید احمد؛ گودزی، محمدعلی و محمدی نورانه، . (۱۳۸۶). بررسی ویژگیهای روانسنجی شاخص تجدیدنظر شده حساسیت اضطرابی (ASIR). *مجله روانشناسی*، ۱۱(۴۴)، ۴۴۶-۴۲۶.

زارع، حسین. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف پذیری و همجواری شناختی. *شناخت اجتماعی*، ۶(۱۱)، ۱۳۰-۱۲۱.

زارع، حسین. (۱۳۹۳). هنجاریابی مقیاس اجتماعی همجواری شناختی گیالندرز بر اساس الگوی بوهرنستات. فصلنامه پژوهش های روان شناسی اجتماعی، ۴(۱۵)، ۲۸-۱۷.

محمدی، نورالله؛ سجادی نژاد، مرضیه السادات. (۱۳۸۶). ارزیابی شایص های روانسنجی پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی و آزمون مدل ارتباطی شاخص توده بدنی، نارضایتی از تصویر بدنی و عزت نفس در دختران نوجوان. *مطالعات روانشناختی*، ۳(۱)، ۸۵-۱۰۱.

Floyd, M., Garfield, A., & Marcus, T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences*, 38, 1223-1229.

Flynn, M.K., Hernandez, J.O., Hebert, E.R., James, K.K., Kusick, M.K. (2018).

متعهد سازد و بدین ترتیب یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی یعنی بعد معنوی نیز بهبود می یابد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شش فرایند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه. مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی های دیگر، در نظر گرفتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هایز و همکاران، ۲۰۰۶).

بر همین اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با به کارگیری تکنیک ذهن آگاهی آنها را نسبت به نظاره گر بودن تصاویر ذهنی توانمند نموده و سبب می شود که دانشجویان دارای اختلال بدشکلی بدن، به جای درهم آمیختگی با افکار و تصاویر ذهنی خود، آنها را به نظاره نشسته و بتوانند با استفاده از قدرت حل مساله، آمیختگی فکر و عمل کمتری را تجربه نمایند. این روند نیز باعث می شود افراد مبتلا بتوانند با بکارگیری مهارت حل مساله، چالش های پیش رو را حل نموده و همجواری شناختی کمتری را تجربه نمایند. در حرکت از سوی دیدگاه های بیماری محور به سوی دیدگاه های سلامت محور، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شعار تمرکز و پرورش توانمندیها، فضیلتها و هیجانهای مثبت نقش بسزایی در پژوهش های مختلف داشته است (برگر، گارسیا، کاتانگاس و تمپل، ۲۰۲۱).

در پایان می توان به محدودیت های پژوهش اشاره داشت. عدم دوره پیگیری افراد در این مطالعه به دلیل محدودیت زمانی میسر نگردید. با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی نمونه کوچکی از افراد مبتلا دردانشجویان شهر املش انجام شده است، تعمیم نتایج به سایر افراد جامعه در سایر شهرها و گروه های سنی باید با احتیاط انجام گیرد. نمونه پژوهش به صورت غیرتصادفی و به شکل در دسترس انتخاب شد، بنابراین محدودیت جامعه آماری محدودیتهایی را در زمینه تعمیم یافته ها و تفسیر متغیرهای مورد بررسی می کند که باید در نظر گرفته شوند. نظر به نتایج این مطالعه، روان شناسان سلامت می توانند از این رویکرد در افراد دارای این اختلال و متقاضیان جراحی زیبایی در

- fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30 (7), 865-878.
- Kollei, I.I., Brunhoeber, S., Rauh, E., De zewaan, M., Martin, A. (2012). Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 321-327.
- Lyyra, P. & Parviainen, T. (2018). Behavioral inhibition underlies the link between interoceptive sensitivity and anxiety-related temperamental traits. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-8.
- Littleton, H. L., Axsom, D. S., Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behavior Research and Therapy*, 43, 229-241.
- Phillips, K. A. (2002). Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder: review of the evidence and a recommended treatment approach. *CNS spectrums*, 7(6), 453-463.
- Phillips, K. A. (2004). Psychosis in body dysmorphic disorder. *Journal of psychiatric research*, 38(1), 63-72.
- Phillips, K. A., & Hollander, E. (2008). Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body image*, 5(1), 13-27.
- Rector, N. A, Szacun-Shimizu, K., & Leybman, M. (2007). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1967-1975.
- Rudiger, J.A., Cash, T.F., Roehrig, M., Thompson, J.K. (2007). Day-to-day body-image states: prospective predictors of intraindividual level and variability. *Body Image*. 4(1), 1-9.
- Schneider, S. C., Turner, C. M., Storch, E. A., & Hudson, J. L. (2019). Body dysmorphic disorder symptoms and quality of life: The role of clinical and demographic variables. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 1-5.
- Cognitive fusion among hispanic college students: Further validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 7, 29-34.
- Gillanders, D. T., Sinclair, A. K., MacLean, M. & Jardine, K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(4), 300-311.
- Grant, J. E., Lust, K., & Chamberlain, S. R. (2019). Body dysmorphic disorder and its relationship to sexuality, impulsivity and addiction. *Psychiatry research*, 273, 260-265.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S.C., & Lillis J. (2012). *Acceptance and commitment therapy (Theories of psychotherapy)*. USA: American Psychological Association.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Ito, M., & Muto, T. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for irritable bowel syndrome non-patients: A pilot randomized waiting list-controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 85-91.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a

- similarly across two behavioral health samples? Psychometric properties and invariance of the Greek-Cognitive Fusion Questionnaire (G-CFQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*. 21, 212-221.
- Zhao, C., Lai, L., Zhang, L., Cai, Z., Ren, Z., Shi, C., Luo, W., Yan, Y. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: A meta-analysis with trial sequential analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 140, 110-114.
- Sjogren, M. (2019). An update on psychopharmacological treatment of Body Dysmorphic Disorder (BDD). *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 10(6), 228-232.
- Snorrason, I., Beard, C., Christensen, K., Bjornsson, A. S., & Björgvinsson, T. (2019). Body dysmorphic disorder and major depressive episode have comorbidity-independent associations with suicidality in an acute psychiatric setting. *Journal of affective disorders*, 259, 266-270.
- Storch, E. A., Abramowitz, J., & Goodman, W. K. (2008). Where does obsessive-compulsive disorder belong in DSM V. *Depression and anxiety*, 25(4), 336-347.
- Summers, B. J., Aalbers, G., Jones, P. J., McNally, R. J., Phillips, K. A., & Wilhelm, S. (2020). A network perspective on body dysmorphic disorder and major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 262, 165-173.
- Sweis, I. E., Spitz, J., Barry, D. R., & Cohen, M. (2017). A review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery patients and the legal implications. *Aesthetic plastic surgery*, 41(4), 949-954.
- Taylor, S., Jang, K. L., Stewart, S. H., & Stein, M. B. (2008). Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral-genetic analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 899-914.
- Trindade, I. A. & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*, 15(1), 72-75.
- Veale, D. (2010). Cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 40(7), 333-340.
- Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 401-408.
- Zacharia, M., Ioannou, M., Theofanous, A., Vasiliou, V.S., Karekla, M. (2021). Does Cognitive Fusion show up