Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 2/ No. 4/ Winter 2016
Page: 1-10

The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on obsessions-compulsions in girl adolescents with body dysmorphic disorder

Azam habibollahi[1*]، Mohammad Soltanizadeh[2]

1- MSc in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Najafabad, Branch, Najafabad, Iran (Corresponding Author) az.h888@yahoo.com
2-Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Body dysmorphic disorder is one of the common adolescence disorders which is characterized by mental occupation with bodily deficits.

Purpose: The aim of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on obsessive-compulsive disorder (OCD) in girl adolescents with body dysmorphic disorder.

Methods: In an experimental study, 30 young girl students with OCD in the Najafabad city were randomly selected and assigned to one experimental(N = 15) and one control (N = 15) group. Eight weekly session of ACT was administrated to the experimental group, but the control group received no intervention. Yale-Brown obsessive compulsive scale modified for body dysmorphic disorder (BDD-YBOCS) was used as the instrument of the study in pre – test and post – test for both two groups

Funding: The results of ANCOVA showed a significant post – test decrease in OCD scores in the experimental group compared the control group (p<0/05).

Results: Acceptance and commitment therapy is significantly effective on OCD in girl adolescents with body dysmorphic disorder

Key words: body dysmorphic disorder**,** obsessive-compulsive disorder، acceptance and commitment therapy

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال دوم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۴
صفحات: ۱۰-۱

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم وسواس فکری– عملی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال بدشکلی بدن

اعظم حبیب اللهی[1*]، محمد سلطانی‌زاده[2]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، نجف‌آباد، اصفهان، ایران

ایران (نویسنده مسئول) az.h888@yahoo.com

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران ، ایرانmohammad.soltani@hotmail.com

چکیده

مقدمه: اختلال بدشکلی بدن یکی از اختلالات شایع دوران نوجوانی است که با اشتغال ذهنی به وجود نقص جسمانی در بدن مشخص می‌شود.

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسواس فکری- عملی نوجوانان دختر دارای اختلال بدشکلی بدن بود .

روشها: در یک پژوهش آزمایشی، ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر نوجوان نجف‌آباد، که دارای تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی بودند، به روش تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵نفر) و کنترل (۱۵نفر) قرار گرفتند. برای گروه آزمایش، هشت جلسه‌ی هفتگی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا گردید. ابزار پیش آزمون و پس آزمون برای هر دو گروه، مقیاس اصلاح شده‌ی اختلال وسواسی جبری ییل- براون برای اختلال بدشکلی بدن بود (YBOCS-BDD).

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در مرحله‌ی پس آزمون نمرات وسواس فکری- عملی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، کاهش معناداری داشته است (P<0/01).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال وسواس فکری- عملی نوجوانان دختر دارای اختلال بدشکلی بدن موثر است.

کلید واژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلال بدشکلی بدن، وسواس فکری - عملی

مقدمه

هرکسی ممکن است نگرانی‌هایی را در مورد ظاهر خود تجربه کرده باشد. با این حال برخی از افراد، آن قدر در مورد ظاهر خود نگرانند که در زندگی روزمره آنها تداخل ایجاد می‌کند. چنین افرادی ممکن است برای تشخیص اختلال بدشکلی بدن واجد شرایط باشند (بوهلمن و وینتر[1]، ۲۰۱۱). اختلال بدشکلی بدن، عبارت است از اشتغال ذهنی با نوعی نقص در ظاهر، که این نقص یا خیالی است یا چنانچه نابهنجاری جسمی جزیی وجود داشته باشد، دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است. چک کردن مکرر در آینه و دیگر سطوح منعکس‌کننده (به عنوان مثال، پنجره‌های فروشگاه)، که اغلب با رفتارهای نظافت بیش از حد مانند شانه کردن مو، استفاده از آرایش و یا دستکاری کردن پوست همراه می‌شود، از ویژگی‌های مرتبط با این اختلال هستند. با این‌حال، برخی از افراد مبتلا به بدشکلی بدن از آینه اجتناب می‌کنند و یا متناوباً بین مراحل چک کردن آینه و اجتناب از آن درگیر هستند. معمولاً اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و قطع رابطه دوستی نیز در این افراد وجود دارد. به علاوه، آنها اغلب با درخواست مکرر برای اطمینان‌یابی در مورد نقص‌شان مشخص می‌شوند که تنها به صورت موقت آنها را آرام می‌کند. افراد مبتلا به این اختلال، اغلب ظاهر خود را با دیگران مقایسه می‌کنند و اغلب نگران هستند که افراد دیگر ممکن است توجه ویژه‌ای به نقص خیالی آنها داشته باشند. پوشاندن نقص (مثلاً پوشیدن کلاه برای مخفی کردن ریزش موی خیالی) در این اختلال رایج است. (ربیعی، ۱۳۹۰)

یافته‌های زیادی ارتباط اختلال بدشکلی بدن را با اختلال‌های روانی بررسی و مشخص کرده‌اند. از نظر آسیب‌شناسی روانی این اختلال خصوصیاتی شبیه با اختلال وسواسی- اجباری و هراس اجتماعی و از طرفی با این اختلالات همبودی نیز دارد. (آلتامورا[2] و همکاران ۲۰۰۱). دسته‌بندی اختلال بدشکلی بدن، دسته‌بندی دشوار و تا اندازه‌ای گیج‌کننده است، از این جهت که ویژگی‌های دیگر اختلالات، به خصوص اختلالات هم زمان در آن سهیم هستند. مثلاً اختلالاتی که با رفتارهای تکانشی و اجباری درگیرند از قبیل وسواس موکنی[3]، کندن پوست روانزاد[4]، اختلالات تیک[5]، اختلالات سوء مصرف مواد[6] و اختلال وسواسی جبری (گرانت[7] و همکاران، ۲۰۰۵).

عده‌ای از محققان نیز معتقدند که این اختلال ویژگی‌های منحصر به فردی دارد که آنرا از سایر اختلالات متمایز می‌کند، بنابراین باید تشخیص جداگانه‌ای هم بگیرد این محققان معتقدند اختلال بدشکلی بدن، مشترکاتی را با طیف وسواس- بی‌اختیاری دارد به همین خاطر این اختلال را یکی از انواع وسواس می‌دانند (فانگ و هافمن[8]، ۲۰۱۰). همپوشی بیشتر بین این دو اختلال درسن شروع، توزیع جنسی، دوره مزمن، سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی و نوع درمان وجود دارد. ادبیات پژوهشی در این زمینه اشاره به برخی خصوصیات شخصیتی مثل سستی، گرایش به خودانتقادی شدید، ناایمنی و کمال‌گرایی دارند که به عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده برای ابتلاء به اختلال وسواس فکری- عملی و اختلال بدشکلی بدن می‌باشد (فیلیپس، مک الوری، هادسون و پاپ[9]، ۱۹۹۵). در کل مناقشات زیادی بین محققان در

3- Buhlmann - Winter

4- Altamura
5- Trichotillomania
۴- Psychogenic excoriation
7- Tic disorder
8- Substance abuse disorder
9- Grant
10- Fang- Hofmann
11- Phillips - Mcelory-Hudson-Pope

مورد این که آیا اختلال بدشکلی بدن در طیف اختلال وسواسی- جبری قرار می‌گیرد یا خیر وجود دارد. گرچه اختلال بدشکلی بدن در چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانشناسی آمریکا جزو طبقه‌بندی اختلالات شبه جسمانی است لیکن به علت شباهت‌های زیادی که بین اختلال بدشکلی بدن و اختلال وسواسی-جبری در زمینه‌هایی چون ویژگی‌های جمعیت شناختی، سیر شروع، همزمانی، شباهت‌های ژنتیکی و پاسخ به درمان وجود دارد (فانگ و هافمن، ۲۰۱۰)، درچاپ پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال بدشکلی بدن از اختلالات شبه جسمانی جدا شده و در طبقه اختلالات وسواسی- جبری جای گرفته است.

درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد ازجمله درمانهای مبتنی برذهن آگاهی و پذیرش می‌باشد که به عنوان درمانهای موج سوم شناختی رفتاری شناخته شده است. این روش توسط استیون هیز وهمکارانش از ابتدای دهه‌ی ۱۹۸۰ معرفی شد که ریشه در نظریه فلسفی عمیقی به نام "زمینه‌گرایی عملکردی" دارد. از لحاظ نظری، این درمان براساس نظریه چهار چوب رابطه‌های ذهنی استوار است که بر زبان و شناخت تاکید دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اساساً درمانی زمینه گراست و می‌کوشد به جای تغییر محتوای بالینی رفتار، زمینه اجتماعی کلامی آنرا تغییر دهد (هیز[۱۰] و همکاران، ۱۹۹۹).

درمان مبتنی برپذیرش و تعهد از استعاره، تمرینات تجربه‌ای و تناقض منطقی برای رها شدن از محتوای لفظی زبان و برقراری ارتباط بیشتر با جریان مداوم تجربه درزمان حال استفاده می‌کند. در این درمان بجای تغییر شناختها و چالش با آنها، سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیز، استروسال[۱۱] و ویلسون، ۲۰۱۱). هدف اصلی درمان ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است. انعطاف-پذیری روانشناختی عبارت است از توانایی ارتباط برقرار کردن با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هوشیار وآگاه، و تغییر یا تداوم رفتار در جهت اهداف ارزشمند فرد (آرچ وکراسک[۱۲]، ۲۰۰۸). انعطاف‌پذیری روانشناختی در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از طریق شش فرایند اصلی و زیربنایی ایجاد می‌شود که عبارتند از: پذیرش، گسلش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، روشن سازی ارزشها، عمل متعهدانه. (هیز، استروسال و ویلسون ۲۰۱۱).

همانگونه که اشاره شد اختلال بدشکلی بدن می-تواند، مشکلات روانشناختی بسیاری به وجود آورد و حتی گاهی باعث بروز مشکلات جسمانی جدی و ناتوان کننده‌ای نیز شود. از آنجا که نوجوانان قشر آسیب‌پذیر و حساس جامعه در ابتلا به بیماریهای روانی به خصوص نسبت به اختلال بدشکلی بدن هستند. (آلبرتینی و فیلیپس، ۱۹۹۹) درمان موفقیت‌آمیز در مورد این اختلال می‌تواند نقش مهمی در ارتقاء بهداشت و سلامت روانی افراد جامعه داشته باشد. همچنین از آنجا که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انواع اختلالات روانی که همبودی بالایی با اختلال بدشکلی بدن داشته‌اند، به تائید رسیده است (هیز، ۱۹۸۷؛ هرتا و همکاران[۱۳]، ۱۹۹۸؛ کاراسکاسو[۱۴]، ۲۰۰۰ توهی، هیز و ماسودا (۲۰۰۶)؛ توهی و ویتال (۲۰۰۸). هدف این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسواس فکری و عملی در نوجوانان دختر دارای اختلال بدشکلی بدن می‌باشد.

12-Hayes

13-Strosahl- Wilson
14-Arch-Craske
15- Huerto
16- carrascoso

روش بررسی

این پژوهش از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دبیرستانی و هنرستانی شهرستان نجف‌آباد در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بود. در این پژوهش جهت نمونه‌گیری، از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شد. بدین صورت که از بین تمامی مدارس متوسطه شهرستان نجف‌آباد، سه مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله دوم با استفاده از پرسشنامه وسواس فکری عملی ییل- براون برای اختلال بدشکلی بدن غربالگری جهت تشخیص اولیه افراد دارای اختلال بدشکلی بدنی انجام گردید و این آزمون روی ۳۲۰ نفر دانش‌آموز اجرا شد. سپس افرادی که نمره آنها بالاتر از ۲۵ بود انتخاب شدند. تشخیص نهایی اختلال بدشکلی بدن در این افراد با استفاده از مصاحبه بالینی بر اساس DSM_IV_TR توسط روانشناس بالینی و بررسی ملاکهای ورود و خروج توسط وی انجام شد. در نهایت تعداد ۳۰ نفر از نوجوان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن انتخاب شدند که بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند و مداخله پذیرش و تعهد به مدت هشت جلسه گروهی و به مدت دو ماه بصورت هفته‌ای یک جلسه به مدت ۱/۵ساعت بر روی گروه آزمایش انجام شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، پس آزمون به طور همزمان بر روی کلیه آزمودنی‌های آزمایشی و گواه انجام شد. ملاک‌های ورود پژوهش حاضر عبارت بودند از تشخیص اختلال بدشکلی بدن به عنوان تشخیص اصلی، عدم همبودی با سایر اختلالات روان‌شناختی، دامنه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال و اشتغال به تحصیل در دبیرستان. ملاک‌های خروج پژوهش حاضر نیز عبارت بودند از: شروع به مصرف هر داروی روان‌پزشکی، وجود سه جلسه غیبت، عدم رعایت قوانین گروه. مداخله درمان طبق مراحل زیر روی آزمودنی‌ها صورت گرفت.

جلسه اول: آشنایی با اعضاء گروه- تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان- تصریح رابطه درمانی - معرفی و سنجش

اختلال بدشکلی بدن - درماندگی خلاق

جلسه دوم: ادامه درماندگی خلاق- استعاره چاله

جلسه سوم: معرفی کنترل به عنوان مسئله - تفاوت دنیای درون و بیرون - استعاره پلی گراف

جلسه چهارم: معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل - استعاره میهمان- بیان احساسات پاک و ناپاک

جلسه پنجم: گسلش - استعاره اتوبوس

جلسه ششم: معرفی انواع خود- استعاره شطرنج - آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده

جلسه هفتم: حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر- شناسایی ارزشها و سنجش ارزشهای مراجع

جلسه هشتم: تعهد به عمل وپایبندی به ارزشها با وجود موانع-استعاره نهال- ارزیابی تعهد به عمل

ابزار تحقیق

۱-پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه شامل سوالات میزان تحصیلات آزمودنی هاو سن، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی والدین آنها بود.

۲- مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلالات محوریک(SCID [۱۵])

در این پژوهش از نسخه ترجمه شده SCID-I استفاده شد. SCID یک مصاحبه نیمه ساختار یافته و ابزاری جامع برای اختلالات اصلی روانپزشکی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV می‌باشد که برای مقاصد

17-Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID-I)

بالینی و پژوهش طراحی شده است. این مصاحبه دو نسخه اصلی دارد: SCID-I که به ارزیابی اختلالات اصلی روانپزشکی (محور I در DSM-IV) می‌پردازد و SCID-II که اختلالات شخصیت (محور II در DSM-IV) را ارزیابی می‌کند. SCID بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روانپزشکی مورد استفاده قرار گرفته است (فرست[۱۶] و همکاران).

۳-پرسشنامه اصلاح شده، وسواس فکری عملی ییل- براون[۱۷]برای اختلال بدشکلی بدن

پرسشنامه اصلاح شده، وسواس فکری عملی ییل- براون برای اختلال بدشکلی بدن یک ابزار خودسنجی ۱۲سوالی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن، را مورد سنجش قرار می‌دهد و در واقع اصلاح شده مقیاس ییل براون است که وسواس را می‌سنجد. فیلیپس و همکاران (۱۹۹۷)، براساس یک پژوهش تحلیل عاملی بر روی ۱۲۵ بیمار سرپایی دارای تشخیص بدشکلی بدن، به این نتیجه رسیدند که پرسشنامه اصلاح شده، وسواس فکری عملی ییل- براون برای اختلال بدشکلی بدن، دارای یک ساختار مرتبه‌ای دو عاملی است. این عوامل عبارتند از الف: وسواس فکری ب: وسواس عملی. پاسخ‌دهندگان میزان توافق‌شان را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه (کاملاً مخالفم) تا (کاملاً موافقم) گسترده است، نشان می‌دهند. فیلیپس و دیگران، پایایی از نوع ارزیابها و بازیابی مناسبی را برای این پرسشنامه گزارش کردند. پایایی از نوع بازآزمایی در دوره یک هفته‌ای مناسب بود (r=۰/۸۸). ضریب آلفای کرونباخ نیز برای همسانی درونی ۰/۸۰ بدست آمد که نشان‌دهنده هماهنگی درونی بالای این مقیاس می‌باشد. ربیعی و همکاران اصلاح شده، وسواس فکری عملی ییل- براون را در یک نمونه ایرانی اجرا و ویژگی‌های روانسنجی آن را بررسی کردند. این پژوهش نشان داد که این پرسشنامه برای اختلال بدشکلی بدن از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار می‌باشد.

این بخش بر اساس و فرمت مقاله نوشته شود نه پایان نامه

روش اجرای پژوهش

طرح تحقیقاتی این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی همراه با گروه کنترل و پیش‌آزمون پس‌آزمون است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در فروردین ماه سال ۹۳ شهرستان نجف‌آباد است که بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای محور یک (SCID-I) و مقیاس اصلاح شده وسواس فکری-عملی بل براون برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD)، تشخیص این بیماری را دریافت کرده بودند. ملاک‌های ورود پژوهش حاضر عبارت بودند از تشخیص اختلال بدشکلی بدن به عنوان تشخیص اصلی، عدم همبودی با سایر اختلالات روان‌شناختی، دامنهٔ سنی ۱۴ تا ۱۷ سال و اشتغال به تحصیل در دبیرستان. ملاک‌های خروج پژوهش حاضر نیز عبارت بودند از: شروع به مصرف هر داروی روان‌پزشکی، وجود سه جلسه غیبت، عدم رعایت قوانین گروه.

نمونه آماری این مطالعه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش وکنترل قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش در معرض مداخله درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد، به مدت ۸ جلسه قرار گرفت. در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که۷۳/۳ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل در پایه تحصیلی دوم و ۲۶/۷

18- First
19- Yale-Brown obsessive compulsive scale for BDD

درصد در پایه تحصیلی سوم هستند. همچنین، ۶۶/۶ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش در پایه تحصیلی دوم و ۳۳/۴ درصد در پایه تحصیلی سوم می‌باشند.

در زمینه تحصیلات والدین، تحصیلات پدر ۲۰ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل ابتدایی، ۲۶/۶ درصد راهنمایی، ۴۰ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد کاردانی و ۶/۷ درصد تحصیلات کارشناسی داشته‌اند. همچنین تحصیلات پدر ۳۳/۳ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش راهنمایی و ۴۰ درصد دیپلم و ۶/۷ درصد تحصیلات کاردانی و ۲۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی بوده‌اند. تحصیلات مادر ۲۰ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل ابتدایی، ۲۰ درصد راهنمایی، ۴۶/۷ درصد دیپلم و ۱۳/۳ درصد تحصیلات کاردانی می‌باشد. همچنین تحصیلات مادر ۲۶/۷ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش، ابتدایی،۲۰ درصد راهنمایی، ۴۰ درصد دیپلم و ۱۳/۳ درصد کارشناسی بوده است. میانگین سن پدر آزمودنی‌های گروه کنترل ۵۲/۳۳ و گروه آزمایش ۴۹/۷۳ بود. میانگین سن مادر آزمودنی‌های گروه کنترل ۴۵/۹۳ و گروه آزمایش ۴۴/۲۰ بود.

در زمینه وضعیت اقتصادی اجتماعی، ۴۰ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل از نظر وضعیت اقتصادی ضعیف و ۶۰ درصد از نظر وضعیت اقتصادی متوسط بوده‌اند. همچنین ۲۶/۷ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش از نظر وضعیت اقتصادی ضعیف ،۵۳/۳ درصد از نظر وضعیت اقتصادی متوسط و ۲۰ درصد از نظر وضعیت اقتصادی خوب بوده‌اند.

میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودن‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها		گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وسواس فکری و عملی	وسواس فکری	کنترل	۱۵/۶۰	۲/۱۳	۱۶/۸۶	۲/۱۹
		آزمایش	۱۶/۶۰	۳/۱۳	۱۱/۳۳	۲/۱۲
	وسواس عملی	کنترل	۱۳/۸۶	۲/۲۶	۱۳/۰۶	۲/۲۸
		آزمایش	۱۳/۳۳	۱/۴۴	۷/۹۳	۲/۷۱
	نمره کل	کنترل	۳۱/۶۰	۴/۱۵	۳۲	۳/۶۲
		آزمایش	۳۱/۳۳	۳/۴۱	۲۰/۴۰	۴/۳۵

همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، در مرحله‌ی پیش آزمون، بین نمرات دو گروه، تفاوت معناداری وجود نداشته است اما در مرحله‌ی پس آزمون در دو زیرمقیاس وسواس فکری، عملی و نیز در نمره‌ی کل، نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. جهت مقایسه‌ی نمرات دو گروه در مرحله‌ی پس آزمون از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج آزمون لوین به عنوان پیش فرض استفاده از تحلیل کواریانس، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه

	متغیرها	F	درجه آزادی اول (صورت)	درجه آزادی دوم (مخرج)	معناداری
وسواس فکری و عملی	وسواس فکری	۰/۰۵۶	۱	۲۸	۰/۸۱۶
	وسواس عملی	۰/۴۲۹	۱	۲۸	۰/۵۱۸
	نمره کل	۰/۲۶۳	۱	۲۸	۰/۶۱۲

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد، نتایج آزمون لوین نشانگر تأیید پیش فرض تساوی واریانس‌ها می‌باشد. بنابراین جهت بررسی اثر مداخله‌ی پژوهش، از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ قابل ملاحظه است.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات وسواس فکری و عملی و مؤلفه های آن ها در پس آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
وسواس فکری	پیش آزمون	۳/۸۴۱	۱	۳/۸۴۱	۰/۸۱۵	۰/۳۷۵	۰/۰۲۹	۰/۱۴۰
	عضویت گروهی	۲۱۰/۴۶۳	۱	۲۱۰/۴۶۳	۴۴/۶۶۵	۰/۰۰۰	۰/۶۲۳	۱/۰۰۰
وسواس عملی	پیش آزمون	۱۰/۴۳۰	۱	۱۰/۴۳۰	۱/۷۰۲	۰/۲۰۳	۰/۰۵۹	۰/۲۴۲
	عضویت گروهی	۱۸۰/۸۴۴	۱	۱۸۰/۸۴۴	۲۹/۵۱۴	۰/۰۰۰	۰/۵۲۲	۰/۹۹۹
نمره کل وسواس فکری و عملی	پیش آزمون	۱۴/۰۴۰	۱	۱۴/۰۴۰	۰/۸۷۰	۰/۳۵۹	۰/۰۳۱	۰/۱۴۷
	عضویت گروهی	۱۰۱۶/۵۱۹	۱	۱۰۱۶/۵۱۹	۶۳/۰۱۳	۰/۰۰۰	۰/۷۰۰	۱/۰۰۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد نمرات پیش‌آزمون وسواس فکری، وسواس عملی و نمره کل وسواس فکری و عملی رابطه‌ی معنی‌داری با نمرات این متغیرها در مرحله پس‌آزمون ندارد. با حذف تأثیر این متغیرها، بین میانگین تعدیل شده نمرات وسواس فکری، وسواس عملی و نمره کل وسواس فکری و عملی بر حسب عضویت گروهی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۱$). بدین معنی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسواس فکری- عملی نوجوانان دختر مؤثر است. میزان تأثیر برای وسواس فکری برابر با ۰/۶۲۳، برای وسواس عملی ۰/۵۲۲ و برای نمره کل وسواس فکری و عملی ۰/۷۰ می‌باشد؛ یعنی ۶۲/۳ درصد از واریانس نمرات وسواس فکری، ۵۲/۲ درصد از واریانس نمرات وسواس عملی و ۷۰ درصد از واریانس نمرات وسواسهای فکری و عملی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری آزمون بین ۰/۹۹۹ و ۱ می‌باشد که حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسواس فکری- عملی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بود. این پژوهش نشان داد که روش مبتنی بر پذیرش و تعهد روشی مناسب برای درمان اختلال بدشکلی بدن است و قادر است وسواس فکری- عملی را در نوجوانان مبتلا

به این اختلال کاهش دهد. این یافته‌ها را می‌توان با مطالعات توهی، هیز و ماسودا (۲۰۰۶)، توهی و ویتال (۲۰۰۸) همسو دانست. این پژوهشگران اثرات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر علایم وسواس مورد بررسی قرار دادند و اثربخشی آن را تائید کردند. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن نمی-خواهند یا نمی‌توانند اضطراب همراه با مواجهه وجلوگیری از پاسخ را تحمل کنند. برخی از این افراد در حین درمان یا آن را رها کرده یا آن را نمی‌پذیرند و این عدم پذیرش درمان را به صورت رفتارهایی مثل غیبت در جلسات و عدم انجام تکالیف رفتاری نشان می‌دهند. فرایندهای مرکزی درمان پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به بیماران بیاموزد چگونه راهبردهای کنترل فکر را رها کنند، با افکار مزاحم آمیخته نشوند و چگونه هیجانات نامطبوع مثل اضطراب را بیشتر تحمل کنند. در حقیقت استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش میزان آزارندگی این موقعیت‌ها را برای آزمودنی‌ها کاهش می‌داد وگرچه در این درمان فراوانی و محتوای فکر وسواسی به طور مستقیم هدف قرار داده نمی‌شد اما کاهش اضطراب در نتیجه استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش، منجر به کاهش افکار و اعمال وسواسی مربوط به اختلال بدشکلی بدن شد. در این درمان بحث‌های مفصلی پیرامون ارزشها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزشها توسط فرد شد. شاید یکی از دلایل دیگر کاهش نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن، تصریح ارزشها و پرداختن به ارزشها و اهداف مهم زندگی به جای پرداختن به اعمال وسواسی است. به عبارت دیگر در اینجا هدف کمک به فرد بود تا یک فکر وسواسی را فقط یک فکر تجربه کند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش است بپردازد. بیماران آموختند که افکار وسواسی مربوط به اختلال بدشکلی بدن، به خودی خود مساله نیست، بلکه مشکل آنها تلاش برای پاسخ به فکر وسواسی (عمل وسواسی مربوط به اختلال بدشکلی بدن) می‌باشد. در حقیقت هدف این درمان افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای ترسناک (فکر اینکه من زشتم)بود، چیزی که انعطاف-پذیری روانشناختی نامیده می‌شود. به طور کلی با توجه به ویژگیهای افراد دارای اختلال بدشکلی بدن که شامل اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار و خاطرات مربوط به اختلال بدشکلی بدن، کوشش جهت کنترل افکار و احساسات، آمیختگی شناختی، الگوهای فکری تکراری، شناختهای منفی، دست کم گرفتن خود، تعقیب اهداف ناهمخوان با ارزشها و اشتباه در تعقیب اهداف ارزشی می‌باشد. مداخلات درمانی ناشی از رویکرد پذیرش و تعهد توانسته است باعث تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش، ارتقاء کیفیت زندگی، کاهش باورپذیری، انعطاف‌پذیری، تغییر قضاوتها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها، آشکار شدن عملکرد پنهان زبان، بدست‌آوردن احساس تغییرپذیری و شناسایی اهداف و ارزشهای آزمودنی‌ها تاثیرگذار باشد و منجر به بهبود وسواس فکری- عملی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال بدشکلی بدن گردد. نتایج این تحقیق روانشناسان و مشاورین مدرسه را تشویق می‌کند تا از این روش درمانی جهت درمان این اختلال استفاده کنند. همچنین این روش یک مدل پیشگیری نیز می-باشد، چرا که افرادی که مبتلا نیستند، با این روش یاد می‌گیرند احساس مثبتی نسبت به تصویر بدن خود داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این مداخله با جمعیت پسران نوجوان و نیز سایر نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن نیز، مورد بررسی قرار بگیرد. علاوه براین به مقایسه اثر بخشی این روش درمان با درمان دارویی و درمانهای ترکیبی پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان عزیز، مدارس مربوطه و سایر عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال قدردانی و تشکر را داریم.

References

Albertini, R.S., & Phillips, K. A. (1999). 33 cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 453-459

Altamura,C., Palluello, M. M. Mundo, E. ,Medda, S., &Mannu, P. (2001).Clinical and subclinical body dysmorphic. disorder European Archives of Psychiatry and clinical Neuroscience, 251(3), 105- 108

Arch, J. J., &Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms?.Clinical Psychology: Science and Practice, 15(4), 263-279.

Buhlmann, U.; and Winter, A.(2011). Perceived Ugliness: An Update on Treatment-Relevant Aspects of Body Dysmorphic Disorder, ***current psychiatry Repports*** ,4,(13):283-288

Carrascoso Lopez, F.j. (2000). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia: A case study. Psychology in Spain, 4, 120-128.

Fang, A., Hofmann, S. G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 1040–1048.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1997.

Grant, J. E., Menard, W ., Pagano, M. E., Fay, C.,& Phillips, K. A. (2005). Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. ***Journal of Clinical psychiatry***, 66(3), 309- 316.

Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (ED), Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives (PP.327-387). New York: Guilford Press.

Hayes, S. C. (1999).Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. GuilfordPress.

Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. ***BehavTher*** 2004; 35: 639- 65.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change: New York.

Huerto Romero, F.,Gomez Martin, S., Molina Moreno, A.M., & luciano Soriano, M.C. (1998). Ansiedad generalizada: Un studio de caso [generalized anxiety: A casestudy].Analisisy Modificacion de Conducta, 24, 751-766.

Phillips, K. A., McElroy, S. L., Hudson, J. I., & Pope, H. G. (1995). Body dysmorphic disorder: An obsessive–compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? ***Journal of Clinical Psychiatry***, 56, 41−51.

Rabei M, Bahrami F, Kalantari M. *Body dysmorphic disorder*. Tehran: Arjmand; 2011.p.. [Persian]