



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
FREIBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND PSYCHOTHERAPIE
Chemny Universität
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال بدشکلی بدنی در مبتلایان به بدشکلی بدنی: پژوهش

مورد منفرد

سوگل یدالهی باستانی^۱ - دکتر حمید طاهر نشاط دوست^۲ - دکتر محمدرضا عابدی^۳ - دکتر احمد عابدی^۴

چکیده

مقدمه: طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش بوجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک برای درمان اختلالات منش شناختی بنا شده است. هدف این مطالعه تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم اختلال بدشکلی بدن در مبتلایان به بدشکلی بدن بود. **روش:** شرکت کننده این پژوهش یک زن مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بود که با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاری SCID برای اختلالات محور یک و دو تشخیص داده شد. برای سنجش علائم بدشکلی بدن از مقیاس اصلاح شده وسواس فکری - عملی یل - براون استفاده شد. در این پژوهش از روش پژوهشی مورد منفرد با طرح A-B استفاده شد. در این روش پژوهشی پس از موقعیت خط پایه، مداخله آغاز شد و طی ۱۶ جلسه طرحواره درمانی برای این شرکت کننده اجرا شد. و شرکت کننده دو ماه پس از پایان مداخله به مدت ۱ ماه پی در پی تحت آزمون پیگیری قرار گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که طی تحلیل دیداری نمودار داده‌ها بر اساس شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل دیداری، در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه مداخله در کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن شرکت کننده موثر بوده است. **نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه همسو با پژوهش‌های قبلی نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش علائم اختلال بدشکلی بدن در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن می‌شود.

کلید واژه‌ها: طرحواره درمانی، اختلال بدشکلی بدن، پژوهش مورد منفرد

Abstract

Objects: Schema Therapy was created by young et al, which is mainly based on integrated care and develop new concepts and methods of classical cognitive - behavioral therapy for treatment

^۱-نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، اصفهان، خیابان هزارجریب، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

Email:sogi2003a@yahoo.com

^۲ دکتر روان‌شناسی، استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

^۳ دکتر مشاوره شغلی، دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

^۴ دکتر روان‌شناسی کودکان استثنایی، استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان.

of characterical disorders. The aim of This study was evaluates the effectiveness of schema therapy on symptoms of body dysmorphic Disorder in patients with body dysmorphic Disorder.

Method: the participant of this investigation was a woman with body dysmorphic Disorder that diagnosed by semi structured interview for axis I and II of DSM-IV-TR I (SCID) . Yale-Brown obsessive compulsive scale for assessment of body dysmorphic disorder was used . in this investigan used a single case series with A-B design. In this method after baseline, the intervention began and 16 sessions has conducted. And two month after intervention period follow-up test was performed.

Results: The findings of this investigation shown that the visual analyses of data based on the descriptive statistics and visual analyses indicators, in the follow up phase than baseline in reduction body dysmorphic symptoms has been effective.

Conclusion: the results of this investigation consistent with previous researches showed that schema therapy reduces symptopms of body dysmorphic disorder in patients with body dysmorphic disorder

Keywords: schema therapy, body dysmorphic disorder, single case series.

مقدمه

برای رسیدن به یک زندگی سالم و رضایت بخش و ایجاد سازگاری باخود و دیگران، داشتن یک تصویر ذهنی واقع بینانه و شایسته ضروری است و چنانچه فرد از لحاظ فیزیکی احساس خوبی نسبت به خودش داشته باشد شانس بیشتری دارد که تصویر بدنی مثبتی نیز داشته باشد اما گاهی استرس و اضطراب، دیدگاه‌های خود انتقادی یا پایین بودن میزان ارزشمندی فرد بر اینکه چه حسی نسبت به بدن خویش داشته باشد تأثیر می‌گذارد که باعث می‌شود بسیاری از مردم به تغییر در ظاهر اندام خود پردازند و اقدام به عمل جراحی پلاستیک بنمایند (استوارت^۱ ۲۰۰۶؛ به نقل از حسینی، قاسمی، ملایی گنبدی، رضایی، ۱۳۸۹).

درسالهای اخیر در بیش تر کشورهای پیشرفته فشار اجتماعی بر تصویر بدنی به میزان قابل توجهی درارتباط باوزن و شکل بدن مطرح است و برای بسیاری از زنان یک بدن ایده آل وزیامطابق با معیارهای اجتماعی روز، داشتن بدنی لاغر کمتر عضلانی درحالیکه برای مردان داشتن بدنی با ماهیچه‌های بزرگتر، ایده آل محسوب می‌شود (رایت و رایت^۲، ۱۹۷۵؛ به نقل از حسینی، قاسمی، ملایی گنبدی، رضایی، ۱۳۸۹). اختلاف بدشکلی بدنی^۳ (BDD) یک اختلال شدیداً ناتوان کننده است که اغلب درمان آن مشکل است (اوغلو-خملانی، پتال، ۲۰۰۳^۴). اختلال بدشکلی بدنی بوسیله‌ی اشتغال ذهنی شدید به یک نقص یا عیب ناچیز و حسی فرضی در ظاهر فرد مشخص می‌گردد. این اشتغال ذهنی درباره ظاهر عمدتاً درباره صورت، پوست و مو می‌باشد. اگرچه این نقص برای دیگران قابل توجه

¹ Stewart

² Wright

³ Body dysmorphic disorder (BDD)

⁴ Neziroglu and khemlani-patel

نیست. افراد با BDD به غلط آن نقص را وحشتناک و تنفر آمیز تفسیر می کنند و ساعات بسیاری از روز را در حال فکر کردن و رنج بردن از این نقص یا عیب به سر می برند (بوهلمن^۱، تیچمن^۲، گربرشاگن^۳، کیکول^۴، ریف^۵، ۲۰۰۸). با این حال ممکن است هیچ قسمتی را به تنهایی شامل نشود بلکه اشتغال ذهنی بطور همزمان متمرکز بر چندین قسمت از بدن می باشد. اختلال بدشکلی بوسیله صرف زمان برای رفتارهایی مانند: نگرستن به آینه، و مقایسه خصیصه های ویژه با دیگر افراد، نهان سازی افراطی (پوشاندن نقص)، دست کاری پوست و جست و جو برای اطمینان آفرینی، مشخص می گردد. معمولاً اجتناب از موقعیت اجتماعی و رابطه و دوستی در این افراد وجود دارد (فیلیس^۶، ۲۰۰۹).

تخمین دقیق شیوع BDD کار مشکلی است، زیرا آنها به احتمال کمی به روانپزشک مراجعه می کنند و عموماً ابتدا به متخصص پوست یا مراکز زیبایی مراجعه می کنند خصوصاً وقتی که بیش آنها نسبت به علاییشان ضعیف باشد اما به طور کلی شیوع BDD در میان جمعیت های روان پزشکی ۳٪ (زیممرمن^۷ و مایتا^۸، ۱۹۹۸) و در میان جمعیت عمومی ۷٪ تخمین زده شده است (به نقل از آلتامورا^۹، پالولا^{۱۰}، موندو^{۱۱}، مددا^{۱۲}، منو^{۱۳}، ۲۰۰۱). شیوع BDD در حیطه جراحی زیبایی در حدود ۵٪ (سرور^{۱۴}، ودن^{۱۵}، پرتسچاک^{۱۶}، ویتکر^{۱۷}، ۱۹۹۸) و در کلینیک جراحی پوست ۱۲٪ (فیلیس و دیگران، ۲۰۰۰) تخمین زده ادرزمینه جراحی پلاستیک از هر ۱۰ بیمار مراجعه کننده جراحی زیبایی فقط ۲٪ نیازمند جراحی زیبایی هستند و بیش از ۱۰ هزاران متقاضی جراحی پلاستیک هستند. طبق تعریف یانگ^{۱۸} (۱۹۹۰) طرحواره ناسازگار اولیه، الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته، در مسیر زندگی تداوم دارند، به رابطه ی فرد با خود و با دیگران مربوط می شوند و به شدت ناکارآمدند (یانگ تامارا، ۲۰۰۷).

یانگ و همکارانش معتقدند که طرحواره های ناسازگار اولیه به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دلبستگی ایمن (مانند نیاز به امنیت، محبت، پذیرش و ثبات) خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان سالم، خودانگیختگی، تفریح،

¹ Buhlman
² Teachman
³ Gerbershagen
⁴ Kkikul
⁵ Rief
⁶ Philips
⁷ Zimemerman
⁸ Mattia
⁹ Altamura
¹⁰ Palullo
¹¹ Mundo
¹² Medda
¹³ Mannu
¹⁴ Sarwer
¹⁵ Wadden
¹⁶ Pertschuk
¹⁷ Whitaker
¹⁸ Young

محدودیت‌های واقع بینانه و خویشتن داری در دوران کودکی بوجود آمده اند (سگین^۱، ۲۰۰۷). یانگ هیجده طرحواره ناسازگار را بیان می‌کند که شامل: محرومیت هیجانی، رها شدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بد رفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ بی‌مهری، شکست در پیشرفت، وابستگی، بی‌کفایتی عملی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، گرفتاری، اطاعت، ایثار، فداکاری، باز داری هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه، مستحق بودن/ برتری داشتن، خویشتن داری/ خود انضباطی ناکافی، تحسین/ جلب توجه، نگرانی/ بدبینی، خود تبعیضی می‌باشند (شریفی، ۱۳۸۸). روشی که مبنی بر طرحواره درمانی برای حل اختلافات توسط یانگ (۱۹۹۰) بوجود آورده، طرحواره درمانی نام دارد که طرحواره درمانی روشی نوین و یکپارچه است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روشهای درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده است. این شیوه درمان، سیستم جدیدی از روان درمانی را تدارک می‌بیند که مخصوصاً برای بیماران مبتلا به اختلالات روانشناختی مزمن و مقاوم مناسب است (یانگ، ۱۹۹۰، یانگ، تامارا، ۲۰۰۷).

چندین مطالعه اثر بخشی طرحواره درمانی را در درمان اختلال‌های روانی از جمله اختلال شخصیت مرزی، آگورافوبیای مزمن، افسردگی، هراس از مرگ، اختلال اضطراب فراگیر، شکست‌های عشقی و خانواده درمانی تایید کرده اند [۲، ۸، ۴، ۲۲، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۱۶، ۱۲، ۱۳]. طبق مطالعه مختاری [۹] طرحواره درمانی گروهی باعث افزایش رضایت زناشویی افراد متأهل مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری شد. این مداخله بصورت گروه درمانی انجام شد اما طبق مفروضه‌های طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکاران [۱۰] مطرح شد این نوع درمان بصورت فردی اجرا می‌شود. تا کنون در خصوص کارایی طرحواره درمانی در درمان فردی مبتلایان به اختلال بدشکلی بدنی پژوهشی در داخل و خارج انجام نگرفته است.

با توجه به مطالب فوق می‌توان این گونه بیان داشت که مبتلایان به اختلال بدشکلی بدنی، در خصوص تصویر بدنی خود مشکلات زیادی دارند که باعث مشکلات در روابط بین فردی و افسردگی برای فرد مبتلا می‌شود، لذا کمک به این افراد امری ضروری است. لذا مساله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا طرحواره درمانی علائم اختلال بدشکلی بدنی را کاهش می‌دهد؟ هدف این مطالعه تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم بدشکلی بدنی در مبتلایان به بدشکلی بدن بود. بدین منظور فرضیه‌های زیر مورد بررسی و آزمون قرار گرفته است:

۱- طرحواره درمانی باعث کاهش علائم بدشکلی بدن در افراد مبتلا به بدشکلی بدن می‌شود.

هدف

تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال بدشکلی بدنی

روش الف- طرح پژوهش: گاهی در محیط‌های بالینی و آموزشی امکان استفاده از طرح‌های گروهی که نیازمند تکرار یا حذف متغیر مستقل هستند، وجود ندارد؛ تعداد کم افراد نمونه، خاص بودن ویژگی‌های آزمودنیها و ناهمگن بودن افراد نمونه از دلایلی است که نمی‌توان از طرح‌های گروهی استفاده کرد. در این مواقع که پژوهشگر با چنین قید و بندهای اخلاقی و عملی رو به رو

¹ Segin

می‌شود، طرح‌های مورد منفرد تنها الگوی ارزیابی مناسب برای بالین گر است [۱۷]. پژوهشگرانی که در زمینه طرح‌های تک آزمودنی کار می‌کنند به اندازه‌ی پژوهشگرانی که آزمایش‌های گروهی انجام می‌دهند، به مسائل اعتبار درونی و بیرونی توجه دارند. این طرح‌ها مانند طرح‌های گروهی آزمایشی با دستکاری فعالانه‌ی متغیر مستقل (درمان)، امکان نتیجه‌گیری علت و معلولی را فراهم می‌سازد. همچنین به جای استفاده از گروه کنترل در این گونه طرح‌ها موقعیت خط پایه به عنوان کنترل کننده‌ی عوامل مزاحم عمل می‌کند و متغیرهای مزاحم در موقعیت خط پایه کنترل می‌شود [۱۵]. مزیت اساسی این طرح‌ها در این است که بعضی از درمان‌ها ممکن است برای بعضی از افراد اثربخش باشد، اما برای دیگران مفید نباشد. اگر میانگین نتایج برای کل گروه در نظر گرفته شود (مانند طرح‌های گروهی) تفاوت‌های فردی در میزان اثربخش بودن درمان از بین می‌رود. برعکس اگر سطوح متغیر وابسته در هر شرکت کننده به صورت انفرادی مقایسه شود، تفاوت‌های فردی قابل رؤیت می‌شود. در این طرح‌ها می‌توان مشخص کرد که یک مداخله‌ی معین برای برخی از افراد مؤثر است، اما احتمالاً برای دیگران مؤثر نیست [۱۷]. با توجه به مراجعه کم افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به کلینیک‌های بهداشت روانی و عدم تقاضای آنها برای درمان‌های روانشناختی امکان استفاده از طرح‌های گروهی با حجم حداقل ۱۵ نفر برای پژوهشگران وجود نداشت.

بنابراین در این پژوهش که از نوع پژوهش‌های مورد منفرد بود از طرح A-B با پیگیری استفاده شده است. در این گونه طرح‌ها، آزمودنی‌ها می‌توانند از ۱ تا ۲۰ نفر باشند ولی اکثراً کار با هر کدام از آزمودنی‌ها به صورت انفرادی انجام می‌گیرد. طرح A-B شامل دو موقعیت آزمایشی است. موقعیت اول A و موقعیت دوم B نامیده می‌شود. به طور کلی موقعیت اول خط پایه است. در موقعیت دوم یک مداخله‌ی درمانی اجرا می‌شود و سپس متغیر وابسته مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. موقعیت خط پایه (یا موقعیت کنترل)، رفتار هدف را قبل از اجرای هر روش درمانی اندازه‌گیری می‌کند. در طرح A-B وقتی در ادامه خط روند ثابت، خط پایه با شروع مداخله تغییری ناگهانی و فوری در متغیر وابسته ایجاد می‌شود، نمایش تجربی متقاعد کننده‌ای از تغییر رفتار در طول زمان ارائه می‌دهد [۶]. بنابراین در پژوهش حاضر در ۳ جلسه‌ی اول فقط پرسشنامه‌ها توسط شرکت کننده تکمیل می‌شد و هیچ گونه مداخله‌ای جهت بهبود اختلال بدشکلی بدنی صورت نگرفت؛ پس از آن مداخله به مدت ۱۸ جلسه آغاز گردید. یک ماه پس از پایان جلسات مداخله ۲ سری پرسشنامه در دو ماه متوالی به عنوان آزمون پیگیری تکمیل شد.

ابزار پژوهش

SCID – I (مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته برای اختلال‌های محور یک)

SCID – I یک مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته است که برای تشخیص گذاری اختلال‌های عمده محور یک بر اساس DSM IV-TR به کار می‌رود. در مطالعه روی سو مصرف کنندگان مواد که توسط کرازلز و همکاران (۱۹۹۵) انجام شد، تشخیص‌هایی که با استفاده از SCID انجام شدند از روایی بالاتری در مقایسه با مصاحبه بالینی استاندارد برخوردار بودند. نتایج پایایی به طور چشمگیری در بعضی از تشخیص‌ها و بخش‌ها متفاوت بود [۷].

SCID – II (مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته برای اختلال‌های محور دو)

SCID- II یک مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته برای ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیتی محور دو، DSM IV-TR است. با استفاده از یک طرح روایی مشترک، آرنتز و همکارانش (۱۹۹۲) روایی فرم داچ^۲ SCID – II را در نمونه ۷۰ نفری از بیماران بستری مورد بررسی قرار دادند. کاپا از ۰/۷۷ برای اختلال شخصیت وسواسی جبری تا ۰/۸۲ برای اختلال شخصیت اجتنابی بود، وزن کاپا برای همه اختلال‌های شخصیت ۰/۸۰ بدست آمد [۷].

مقیاس اصلاح شده وسواس فکری- عملی یل – براون^۳ یک ابزار خودسنجی ۱۲ سوالی است که شدت علائم BDD را مورد سنجش قرار می‌دهد. فیلیس و دیگران (۱۹۹۷)، براساس یک پژوهش تحلیل عاملی بر روی ۱۲۵ بیمار سرپایی دارای تشخیص BDD، به این نتیجه رسیدند که BDD-yBOCS دارای یک ساختار مرتبه ای دوعاملی و دو سوال اضافی است.

این عوامل عبارتند از ۱. وسواس فکری ۲. وسواس عملی و دوسوال اضافی بینش و اجتناب. پاسخ دهندگان میزان توافقشانرا با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که اذمانه (کاملاً مخالفم) تا (کاملاً موافقم) گسترده است، نشان می‌دهند. بطور کلی، مطالعات نشان می‌دهد که BDD-yBOCS دارای پایایی و روایی مطلوبی می‌باشد (فیلیس، ۲۰۰۵، فیلیس و دیگران ۲۰۰۱، فیلیس و دیگران، ۱۹۹۷). ریعی، خرمدل، کلانتری و مولوی، (۱۳۸۷)، در یک نمونه ایرانی BDD-yBOCS را مورد اعتباریابی قرار دادند، نتایج آنها نشان داد که BDD-yBOCS و عوامل آن (وسواس نیروی کنترل افکار) همبستگی معناداری با پرسشنامه پادوآ و عوامل آن دارند. همبستگی بین دو مقیاس از ۰/۲۵ تا ۰/۵۸ متغیر می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار می‌باشند. همچنین بین BDD-yBOCS و عوامل آن (وسواس و نیروی کنترل افکار) با مقیاس رضایت بدنی در امانه ۰/۲۵ تا ۰/۳۳ رابطه معناداری وجود داشت. علاوه بر این، بین مقیاس رضایت از بدن و پرسشنامه پادوآ و عوامل آن رابطه معناداری بدست آمد. این نتایج نشان از روایی همزمان مناسب BDD-yBOCS با پرسشنامه پادوآ و مقیاس رضایت بدنی می‌باشد. ضرائب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برای کل مقیاس، ۰/۹۳ برای عامل اول و ۰/۷۸ برای عامل دوم بدست آمد. علاوه بر این همبستگی بین فرم‌ها در دو نیم سازی ۰/۸۳۹ و ضریب دو نیم سازی گاتمن ۰/۹۱۲ بود که نشان از پایایی مناسب BDD-yBOCS می‌باشد.

¹ Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID-I)

² Duch

³ Yale-Brown obsessive compulsive scale

روند اجرای پژوهش

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری^۱ نمودارها و شاخص روند^۲، ثبات^۳، درصد داده‌های غیر همپوش^۴ (PND) و درصد داده‌های همپوش^۵ (POD) استفاده شده است [۶]. مراحل جلسات درمانی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱ مراحل جلسات درمانی

جلسات	رئوس مطالب
جلسات ۱ تا ۳	آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنی، انجام مصاحبه نیمه ساختاری SCID-I برای سنجش اختلالات محور یک و مصاحبه نیمه ساختاری SCID-II برای سنجش اختلالات محور دو اجرای پرسشنامه‌های بدشکلی بدنی به منظور ارزیابی خط پایه درمان
جلسات ۴ تا ۱۰	سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌ها و فرمول بندی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره درمانی
جلسات ۱۱ تا ۱۴	اجرای تکنیک‌های هیجانی (تجربی) مثل انجام گفتگوهای خیالی، باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه.
جلسات ۱۵ تا ۱۸	در این چهار جلسه تکنیک‌های شناختی اجرا شد مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره.
جلسات ۱۹ تا ۲۱	تکنیک‌های رفتاری: هدف این جلسات، ترغیب بیماران برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد به منظور ارضاء نیازهای هیجانی اساسی بود.
جلسات ۲۲ و ۲۳	این جلسات به منظور پیگیری درمان هر کدام به فاصله ۱ ماه پس از درمان اجرا شد.

یافته‌ها

نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۲ آمده است.

¹ -Visual analysis

² -Trending

³ -Stability

⁴ -Percentage of Non-Overlapping Data

⁵ -Percentage of Overlapping Data

جدول نمرات مقیاس اصلاح شده و سواس فکری-عملی یل براون

بدشکلی بدنی				
جلسه‌ی سوم		جلسه‌ی دوم	جلسه‌ی اول	
۳۸		۳۸	۳۵	خط پایه
۲۰	۲۰	۲۵	۳۰	درمان
		۱۸	۱۹	پیگیری

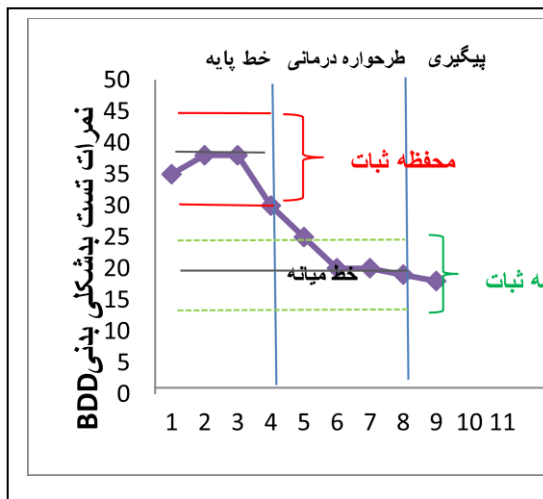
برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر پرسشنامه، در مرحله‌ی اول با استفاده از میانه‌ی داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه‌ی داده‌ها موازی با محور **X** کشیده شد و یک محفظه‌ی ثبات^۱ روی خط میانه قرار گرفت (نمودار شماره ۱ سمت چپ). محفظه‌ی ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه‌ی بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییر پذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۲۰-۸۰ درصدی، اگر ۸۰٪ نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه‌ی ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارد [۶].

پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، در موقعیت خط پایه از روش آزادی عمل و در موقعیت مداخله از روش دو نیم کردن^۲ استفاده شد. و محفظه‌ی ثبات خط روند بر اساس معیار ۲۰-۸۰ درصدی رسم شد (نمودار شماره ۱ سمت راست) پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه‌ی ثبات آنها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. PND نشان دهنده‌ی درصد غیر همپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیر همپوش (PND) بستگی دارد. به این معنی که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده‌ی متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه‌ی وجود داشته است، کنترل آزمایشی کمتری دارد. همچنین، هر چه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر (یا POD پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست [۶].

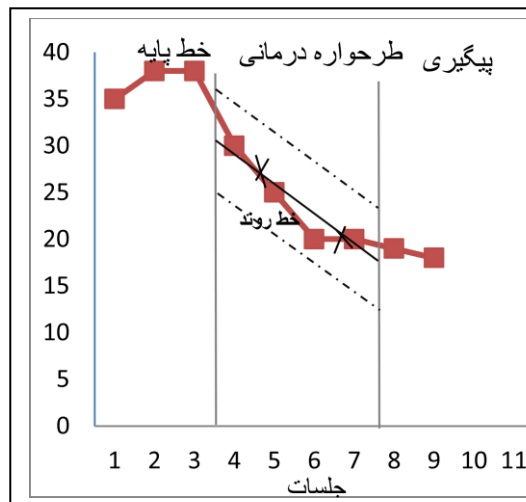
اساس تحلیل دیداری برای نمره بدشکلی بدن، خط میانه، خط روند و محفظه‌ی ثبات آنها طبق نمودار ۱ است:

^۱ -Stability Envelope

^۲ -Split-middle



نمودار شماره دو



نمودار شماره یک

جدول ۳ متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای اختلال بدشکلی بدنی

بین موقعیت ها		درون موقعیتی		
$\frac{B}{A}$	۱- مقایسه ی موقعیت	B	A	۱- توالی موقعیت ها
	۲- تغییرات روند	۴	۳	۲- طول موقعیت ها
	۲.۱- تغییر جهت			۳- سطح
مثبت	۲.۲- اثر وابسته به هدف	۲۰	۳۸	۳.۱- میانه
بی ثبات با ثبات	۲.۳- تغییر ثبات	۲۲	۳۷	۳.۲- میانگین
	۳- تغییر در سطح	۳۰-۱۸	۳۵-۳۸	۳.۳- دامنه ی تغییرات
$\frac{۳۶.۵}{۳۸}$	۳.۱- تغییر نسبی	بی ثبات	با ثبات	۳.۴- دامنه ی تغییرات محفظه ی ثبات ۲۰٪ از میانه ی هر موقعیت
۳۸ به ۲۰	۳.۲- تغییر مطلق			۴- تغییر سطح
$\frac{۲۰}{۳۸}$	۳.۳- تغییر میانه	36.5-20	-	۴.۱- تغییر نسبی
۲۲ ۳۷	۳.۴- تغییر میانگین	30-20	35-38	۴.۲- تغییر مطلق

	۴- همپوشی داده ها			۵- روند
٪۱۰۰	۴.۱- PND	نزولی	شیب صفر	۵.۱- جهت
۰	۴.۲- POD	بی ثبات	-	۵.۲- ثبات
		خیر	بله	۵.۳- مسیرهای چندگانه

بحث

هدف از مطالعه حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم اختلال بد شکلی بدن در مبتلایان به بدشکلی بدنی بود. نتایج تحلیل دیداری پژوهش نشان داد طرحواره درمانی بر علائم اختلال بد شکلی بدن موثر بود.

همچنین طبق جلسات پیگیری که تا ۲ ماه پس از درمان ادامه یافت علائم کاهش یافته پابرجا بود. نتایج این مطالعه همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی در کارآیی طرحواره درمانی در بهبود اختلالات شخصیت بود. چندین مطالعه اثر بخشی طرحواره درمانی را در درمان اختلال‌های روانی از جمله اختلال شخصیت مرزی، آگورافوبیای مزمن، افسردگی، هراس از مرگ، اختلال اضطراب فراگیر، شکست‌های عشقی و خانواده درمانی تایید کرده اند [۲، ۴، ۸، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۱۶، ۱۲، ۱۳].

نمودار ۱ نشان می‌دهد که شرکت کننده در خط پایه روند نزولی اندکی داشته است. با شروع مداخله وی در علائم اختلال بد شکلی بدنی روند نزولی نشان داد. و این کاهش در نمرات در مرحله پیگیری باقی ماند. میانه نمرات این شرکت کننده از ۳۸ در خط پایه به ۲۰ در درمان رسیده است، که نشانگر تغییر می‌باشد. شاخص PND نشان می‌دهد که مداخله طرحواره درمانی در کاهش علائم بدشکلی بدن با ٪۱۰۰ اطمینان موثر بوده است. لذا این درمان کوتاه مدت (۱۸ جلسه درمانی) نشان داد که طرحواره درمانی در درمان علائم اختلال بد شکلی بدنی موثر است اما برای کارایی بهتر به تعداد جلسات بیشتری نیاز است.

تجارب زندگی گذشته- مورد اذیت قرار گرفتن بدیاری کودکی ارزشها و صفات شخصیتی گرایش بیش از اندازه به زیباشناسی در سبب شناسی BDD در دوران کودکی نقش به سزایی داشته است و منجر به شکل گیری باورها و افکار شرطی شده است که تأثیرات زیادی بر عملکرد فرد در حوزه های شناختی، عاطفی و بین فردی دارد. لذا با توجه به اینکه افراد BDD در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی می‌توان گفت که طرحواره درمانی با بهره‌گیری از تکنیک تجربی، که شناختواره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند، به ابراز هیجان‌ها و عواطف سرکوب شده که در نهایت منجر به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و سردی عاطفی می‌شود، کمک زیادی می‌کند. طرحواره درمانی بین گذشته و حال به خوبی ارتباط برقرار می‌کند. با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی و رفتاری و رابطه‌ای، رویکرد طرحواره درمانی در افراد دارای اختلال بد شکلی بدنی علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده از جمله خشم ناشی از مورد آزار و اذیت قرار گرفتن، بدبیاریهای دوران کودکی طی سالهای کودکی می‌شود.

با توجه به اینکه افراد BDD نتایج این پژوهش که در غالب یک پژوهش مورد منفرد به صورت دقیق و عمیق انجام شد، نشان داد طرحواره درمانی بر علائم اختلال بد شکلی بدنی موثر می‌باشد. درمانگران می‌توانند در کنار سایر درمان‌ها از این روش که با روش شناسی خاصی انجام شد استفاده نمایند.

در این تحقیق برای سنجش علائم بد شکلی بدنی در خط پایه و مراحل مختلف درمان فقط از پرسشنامه‌های خود گزارشی استفاده شد که می‌توان از ابزارهای دیگر مانند پرسشنامه‌های فرافکن و مصاحبه هم استفاده کرد. محدودیت دیگر این پژوهش این است که فقط از یک نوع درمان برای درمان اختلال بد شکلی بدنی استفاده شد، لذا استفاده همزمان از سایر رویکردها و مقایسه آنها با طرحواره درمانی پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد که در دانشگاه اصفهان به انجام رسیده است.

منابع

- ۱- حسینی، ابراهیم، قاسمی، نوشاد. ملایی گنبدی، گلناز، رضایی، لیلیا. (۱۳۸۹). مقایسه میزان استرس و تصور از بدن خود در بین افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله دارای سابقه جراحی زیبایی و افراد عادی شهراوز. فصلنامه تازه‌های روانشناسی صنعتی سازمانی. (۲) ۱، ۸۴-۷۵.
- ۲- حمید پور حسن. مقایسه کارآیی شناخت درمانی با طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر: کاهش علائم، بهبود عملکرد، تغییر متغیرهای میانجی و فرآیند تغییر علائم. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی (چاپ نشده). دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی؛ ۱۳۸۸.
- ۳- ربیعی، مهدی. (۱۳۸۸). اثربخشی مداخله و فراشناختی بر علائم بیماران مبتلا به اختلال بد شکلی بدن. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه اصفهان.
- ۴- سلمانی لطف آبادی مریم. بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره در کاهش علائم افسردگی دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده). دانشگاه محقق اردبیلی؛ ۱۳۸۹.
- ۵- شریفی، ناصر. (۱۳۸۹). مقایسه اثر بخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و نظام عاطفی بودن بر طرحواره های ناسازگار اولیه، تفکیک خویشتن، سبکهای مشاوره دل بستگی و میل به طلاق در مراجعان متقاضی شهر سقز. پایان نامه کارشناسی دکتری، دانشگاه اصفهان
- ۶- فراهانی ح.ا، عابدی ا، آقامحمدی س، کاظمی ز. روش شناسی طرح های مورد منفرد در علوم رفتاری و پزشکی (رویکردی کاربردی). تهران: دانه (زیر چاپ)؛ ۱۳۸۹.
- ۷- فرست مایکل بی، اسپیتزر رابرت ال، گی بن ماریام، ویلیامز جانت بی. دابلو. مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال های DSM-IV-TR. ترجمه محمدخانی. تهران: نشر دانه؛ ۱۳۸۹

- ۸- قربانعلی پور مسعود. اثربخشی و مقایسه طرحواره درمانی و معنا درمانی بر هراس از مرگ در افراد مبتلا به خودبیماری‌پنداری. پایان نامه دکترای تخصصی (چاپ نشده). دانشگاه علامه طباطبایی؛ ۱۳۸۹.
- ۹- مختاری، سمانه. بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر رضایت زناشویی افراد متأهل مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری در شهر اصفهان. پایان نامه کاشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا (س)؛ ۱۳۸۸.
- ۱۰- یانگ جفری؛ کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجوری. طرحواره درمانی راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۸۶.

Altamura, C. Paluello, M. M. Mundo, E. Medda, S. Mannu, p. (2001). Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch psychiatry clin Neurosci*, 251, 705-108

Ball SA, Young JE. Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. [doi: DOI: 10.1016/S1077-7229(00)80083-8]. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2000; 7(3): 270-281.

Ball, SA. Cobb-Richardson P, Connolly, AJ, Bujosa CT, O'Neill, TW. Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. [doi: DOI: 10.1016/j.comppsy. 2004.11.003]. *Comprehensive Psychiatry*. 2005; 46(5): 371-379.

Buhlmann, U. Teachman, B. A. Gerbershagen, A. Kilul, J. Riefm w. (2008). Implicit and Explicit self-esteem and Attractiveness Beliefs among Individuals with body dysmorphic disorder. *cognther Res* 32: 213-225

Cipani E. *Practical Research Methods for Educators*. N Y: Springer Publishing Company; 2009.

Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. [doi: DOI: 10.1016/j.jbtep.2009.01.002]. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2009; 40(2): 317-328.

Gast DL. *Single Subject Research Methodology in Behavioral Sciences*. USA: Rutledge; 2010.

Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, et al. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. [doi: DOI: 10.1016/j.brat.2009.07.013]. *Behaviour Research and Therapy*. 2009; 47(11): 961-973.

Nadort M, van Dyck R, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Wensing M, et al. Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental health care. [doi: DOI: 10.1016/j.brat.2009.07.004]. *Behaviour Research and Therapy*. 2009; 47(11): 938-945.

- Nadort M. Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. [doi: DOI: 10.1016/S0924-9338(10)70164-4]. *European Psychiatry*. 2010; 25(Supplement 1): 164-164.
- Neziroglu, F. Khemlani-patel, s. and yaryura –Tobias, J. A. (2003). Incidence of abuse in body dysmorphic disorder. *Behavioural Psychotherapy*, 21,27,36
- Nordahl HM, Nysæter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. [doi: DOI: 10.1016/j.jbtep.2005.05.007]. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2005; 36(3): 254-264.
- Philips,K. A. (2000) . Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and mental Disease* ,188,`70-175
- Philips,K. A. (2009). *Understanding Body dysmorphic Disorder*. oxford press .
- Sarwer,D. B. ,wadden,T. A. ,Pertschuk,M. J. ,and Whitaker,L. A. (1998) . Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients,plastic and Reconstructive surgery, 19,1644-1649 .
- Skeen,M. (2007) . A. schema-focused analysis of Philip Carey in W. Somerset Maugham's "Of Human Bondage" The Wright Institute, 105,481-9
- Young ,J. E. (1990) . *Cognitive therapy for personality disorders: A Schemas- focused approach*. professional Resource Exchange Inc .
- Young,T. (2007) . The relationship between appearance schemas, self –esteem and indirect aggression among college women,unpublished doctoral these. Oklahoma State University .