MEJDS. 2021; 11:64.

Published online 2021 Aug. **Original Article**

Effects of Transdiagnostic Treatment on Body Image Avoidance and Alexithymia in Body Dysmorphic Disorder

Mohammadpour S[1], *Goodarzi MA[2], Hadianfard H[2], Taghavi MR[2]

Author Address
1. PhD Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran;
2. Professor in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.
***Corresponding author's email:** mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

Received: 2019 September 15; **Accepted:** 2019 October 7

Abstract

Background & Objectives: Body Dysmorphic Disorder (BDD) is an obsessive–compulsive condition. BDD is a chronic, disabling, and afflictive psychiatric condition that can lead to severe personal, social, occupational, educational, and familial problems or dysfunction and psychological distress. Patients with body dysmorphic experience numerous negative emotions, such as shame, self–disgust, disappointment, anger, frustration, guilt, doubt, hesitancy, and uncertainty. Therefore, basic and specific interventions about emotions are necessary for this population. A novel therapeutic approach that has received special attention on emotions and the common components of disorders is transdiagnostic treatment. The present study investigated the effects of transdiagnostic treatment on body image avoidance and alexithymia in BDD.

Methods: This was a quasi–experimental research with pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study included all college students referring to Shiraz University's Counseling and Psychotherapy Center as well as those undergoing plastic surgery in Motahari and Imam Reza Medical Clinics in Shiraz City, Iran, from January 2019 to May 2019. Clinical interviews were conducted for all patients with BDD who were willing to participate in the study. Finally, 30 patients with body dysmorphic disorder were selected by purposive sampling method and randomly assigned to either transdiagnostic treatment or control groups (n=15/group). The inclusion criteria of the study included an age range of 45–18 years, being diagnosed with BDD according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM–5) criteria, and presenting no comorbid disorders (anxiety, depression, stress, & obsessive–compulsive disorder). Furthermore, the study participants were selected among those who received no other psychotherapy, counseling, and medication programs during the study. The exclusion criteria were substance abuse or dependence over the past 6 months, having any other psychological disorders, concerns about or preoccupation with appearance, better explained by other psychological disorders, like eating disorders. The Body Image Avoidance Questionnaire (Rosen et al., 1991) and the Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994) were administrated at the pretest and posttest phases to collect the necessary data. Then, the experimental group received 12 sessions of transdiagnostic treatment according to Barlow et al.'s protocol (2015); however, the controls received no intervention. Descriptive statistics (e.g., frequency, percentage, mean, & standard deviation) and inferential statistics, including Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) and univariate Analysis of Covariance (ANCOVA) were employed in SPSS to analyze the obtained data. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: To determine the difference of all components, univariate ANCOVA was performed; the relevant results indicated that after removing the pretest effects, there was a significant difference in all components in posttest scores concerning body image avoidance and alexithymia between the study groups (p<0.001). The MANCOVA data indicated that the mean scores of all components of body image avoidance, including clothing (p<0.001), social activity (p<0.001), eating restraint (p=0.003), as well as grooming and weighting (p=0.003), and all component of alexithymia, including difficulty identifying feelings (p<0.001), difficulty describing feelings (p<0.001), and externally oriented thinking style (p<0.001) significantly decreased in the experimental group.

Conclusion: Based on the present study results, transdiagnostic treatment is effective in improving the avoidance of body image and mood dysphoria in patients with BDD. Therefore, implementing comprehensive intervention programs with a transdiagnostic approach is required for these patients.

Keywords: Body image deficit, Transdiagnostic treatment, Body image avoidance, Alexithymia.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.128.7]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.121]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۶۴.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی در اختلال بدشکلی بدن

سمانه محمدپور[۱]، *محمدعلی گودرزی[۲]، حبیب هادیان‌فرد[۲]، محمدرضا تقوی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران؛

۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۴ شهریور ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۵ مهر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال بدشکلی بدن با مشکلات شدید فردی، اجتماعی، شغلی، تحصیلی و خانوادگی همراه است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی در اختلال بدشکلی بدن بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعهٔ آماری تمامی دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه شیراز و مراجعه‌کنندگان به کلینیک زیبایی درمانگاه شهید مطهری و کلینیک امام رضا (ع) در شهر شیراز از بهمن سال ۱۳۹۷ تا خرداد سال ۱۳۹۸ بودند که ملاک‌های اختلال بدشکلی بدن را مطابق با معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ـ نسخهٔ پنجم داشتند. سی نفر به‌شیوهٔ نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. این افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه درمان فراتشخیصی و گواه قرار گرفتند. پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامهٔ اجتناب از تصویر بدنی (روزن و همکاران، ۱۹۹۱) و مقیاس ناگویی خلقی (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) اجرا شد. سپس صرفاً برای گروه آزمایش به‌مدت ۱۲ جلسه درمان فراتشخیصی براساس پروتکل بارلو و همکاران (۲۰۱۵) اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره تجزیه‌وتحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین دو گروه در پس‌آزمون در مؤلفه‌های متغیر اجتناب از تصویر بدنی شامل پوشش (p<۰/۰۰۱)، محدودسازی خوردن (p=۰/۰۰۳)، فعالیت‌های اجتماعی (p<۰/۰۰۱) و وزن‌کردن خود (p=۰/۰۰۳) و در مؤلفه‌های متغیر ناگویی خلقی شامل دشواری در تشخیص احساسات (p<۰/۰۰۱)،دشواری در توصیف احساسات (p<۰/۰۰۱) و تفکر با جهت‌گیری بیرونی (p<۰/۰۰۱) تفاوت معنادار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان فراتشخیصی بر بهبود اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی در این بیماران اثربخشی دارد؛ بنابراین، اجرای برنامه‌های مداخله‌ای جامع با رویکرد فراتشخیصی برای این بیماران نیاز است.

کلیدواژه‌ها: نقص تصویر بدن، درمان فراتشخیصی، اجتناب از تصویر بدنی، ناگویی خلقی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.128.7]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.121]

۱ مقدمه

در جامعه‌ای که زیبایی به‌طور مستقیم با موفقیت مرتبط است و به‌دست‌آوردن آن نیز دشوار است، این امر زمینه‌ای برای آشکارسازی بیشتر اختلالات مرتبط با ظاهر می‌شود. در این بین، اختلال بدشکلی بدن[1]، به‌عنوان رنج‌آورترین[2] و شکننده‌ترین[3] آسیب‌شناسی مرتبط با تصویر بدنی شناخته شده است (۱). اختلال بدشکلی بدن یکی از اختلالات طیف وسواسی‌ـ‌جبری است و شامل اشتغال فکری شدید و آشفته‌ساز با نقص جزئی یا تصوری در ظاهر است. علامت اصلی این اختلال، احساس ذهنی و تصور از زشت‌بودن یا یک نقص خیالی است که بیمار اعتقاد دارد برای سایر افراد کاملاً آشکار و مشخص است؛ درحالی‌که فرد از ملاک‌ها و پارامترهای چهره‌ای طبیعی برخوردار است (۲).

میزان شیوع اختلال بدریخت‌انگاری بدن اغلب کمتر برآورد می‌شود؛ زیرا بیماران از صحبت دربارهٔ ظاهر و علائم‌شان شرمنده هستند (۱)؛ بااین‌وجود، میزان شیوع اختلال بدریخت‌انگاری بدن در جمعیت عمومی حدود ۲ درصد، در نوجوانان شیوع آن بیشتر و حدود ۳/۶ درصد است و در درمانگاه‌های پوست و مو بین ۱۰ تا ۱۲ درصد گزارش شده است (۳). برای افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، کنترل بیم و هراس مرتبط با ظاهر دشوار است و مبتلایان به این اختلال ساعت‌های زیادی را با ناراحتی و ناامیدی صرف وارسی ظاهر خود در آینه کرده و تلاش می‌کنند تا نقص یا عیب درک‌شدهٔ خود را پنهان کنند (۲). درواقع، افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به‌منظور کاهش تهدیدهای ادراک‌شده برای نگرانی‌های مرتبط با ظاهر از راهبردهایی مانند اجتناب استفاده می‌کنند (۳).

این درحالی‌است که اجتناب از تصویر بدنی، یکی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار بر ایجاد و تداوم اختلال در تصویر بدنی افراد است که می‌تواند به‌صورت موقت آرامش و رهایی از اضطراب را فراهم کند، اما در طول زمان و بدون امکان عدم تأیید ترس‌ها، اضطراب و نگرانی فرد شدت یافته و تداوم می‌یابد (۴). در بسیاری از اوقات، رفتارهای اجتنابی در نارضایتی از بدن عادت می‌شوند که این عادت خود را به‌صورت اجتناب از پوشیدن لباس‌های تنگ و بدن‌نما، رفتن به ملاقات‌های اجتماعی، ارتباطات صمیمانه و مهمانی‌های بزرگ و غیره نشان می‌دهد (۵)؛ به‌طوری‌که در یک مطالعه، ۲۵ درصد از گروه گواه گزارش دادند که در رفتارهای اجتناب از تصویر بدنی درگیر می‌شوند (۶). با توجه به شیوع زیاد این رفتار در جمعیت عمومی، به‌نظر می‌رسد که شیوع این رفتار در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن نیز زیاد باشد. همچنین، یک ویژگی شخصیتی که افراد را مستعد عزت‌نفس پایین و انجام رفتارهای معطوف به تصویر بدنی مانند وارسی‌کردن می‌کند، ناگویی خلقی[1] است (۷). ناگویی خلقی به توانایی محدود فرد برای درک، پردازش یا توصیف احساسات خود اشاره دارد (۸) و از چهار عامل عمدهٔ دشواری در تشخیص احساسات و تمایز آن‌ها از برانگیختگی‌های بدنی، دشواری در توصیف احساسات، فرایندهای تجسمی محدود همراه با کاهش خیال‌پردازی‌ها و سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی تشکیل شده است (۹). ناگویی خلقی نقشی کلیدی در برخی علائم اختلالات مربوط به تصویر بدن می‌تواند داشته باشد (۷)؛ اما در پژوهش‌های اندکی رابطهٔ ناگویی خلقی با برخی جنبه‌های ظاهری مانند نارضایتی از تصویر صورت، اختلال بدشکلی ماهیچه‌ها، ارزیابی بدنی[1] و نارضایتی از برخی جنبه‌های ظاهری مربوط به وزن در اختلالات خوردن به‌صورت همبستگی بررسی شده است (۱۰).

از سوی دیگر، در پژوهش‌های متعددی، خط اول درمان روان‌شناختی برای اختلال بدشکلی بدن، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری[4] معرفی شده است؛ با وجود این، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری برای بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن پاسخگو نیست و همهٔ بیماران نمی‌توانند از آن استفاده کنند (۱۱). بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی، هیجان‌های منفی زیادی مانند شرم، نفرت از خود، ناامیدی، خشم، ناکامی، احساس گناه، شک و تردید و نااطمینانی را تجربه می‌کنند (۳) که این امر مداخلهٔ اساسی و اختصاصی در این زمینه را طلب می‌کند. درواقع، اختلال بدشکلی بدن هم‌ابتلایی‌های بسیار زیادی با اختلالات هیجانی دارد و افراد مبتلا به اختلالات هیجانی از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه استفاده می‌کنند که نقش مهمی در رشد، تداوم و پایداری علائم‌شان دارد (۱۲). با توجه به اینکه بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به درمان شناختی‌ـ‌رفتاری پاسخ می‌دهند، ممکن است به درمان‌های فراتشخیصی که ترکیبی از درمان‌های شناختی‌ـ‌رفتاری و درمان تنظیم هیجان است نیز پاسخ مثبت بدهند (۳).

با توجه به آنچه گفته شد، با وجود شیوع زیاد اجتناب از تصویر بدنی، این متغیر تاکنون به‌صورت اختصاصی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مطالعه نشده است که این امر، یکی از جنبه‌های نو و جدیدبودن پژوهش حاضر است. همچنین، در بررسی پیشینهٔ پژوهش مطالعه‌ای یافت نشد که این متغیر مهم را به‌صورت آزمایشی و با انجام مداخله بررسی کرده باشد. علاوه‌براین، در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی پژوهشی یافت نشد که ناگویی خلقی را به‌عنوان هدف مداخلهٔ درمانی مطالعه کرده باشد؛ این در حالی است که در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن انجام مداخله با رویکرد درمان فراتشخیصی، به‌نظر می‌رسد در کاهش متغیرهای فراتشخیصی ذکرشده مانند اجتناب از تصویر بدن و ناگویی خلقی مؤثر باشد؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی در کاهش اجتناب از تصویر بدن و ناگویی خلقی در اختلال بدشکلی بدن انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر تمامی دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه شیراز و مراجعه‌کنندگان به کلینیک زیبایی درمانگاه شهید مطهری و کلینیک امام رضا (ع) در شهر شیراز

[1]. Body Dysmorphic Disorder
[2]. Afflictive
[3]. Fragilizing
[4]. Cognitive-Behavior Therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.128.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.121]

از بهمن سال ۱۳۹۷ تا خرداد سال ۱۳۹۸ بودند که ملاک‌های اختلال بدشکلی بدن را مطابق با معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ـ نسخهٔ پنجم[1] داشتند. از این جامعه غربالگری گسترده‌ای انجام شد. افرادی که نمرهٔ بالا در ابزارهای غربالگری اولیه به‌دست آوردند، برای اطمینان از تشخیص وارد مصاحبهٔ بالینی شدند. همچنین، برای تمام افرادی که از سوی پزشکان جراح پلاستیک به‌عنوان بیمار مشکوک یا مبتلا به اختلال بدشکلی بدن ارجاع داده می‌شدند، مصاحبهٔ بالینی انجام شد. سپس در صورت داشتن ملاک‌های اختلال بدشکلی بدن با دریافت رضایت کتبی وارد پژوهش شدند. برای محاسبهٔ حجم نمونه با توجه به اینکه حداقل حجم نمونهٔ مناسب در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه است، حجم نمونهٔ ۱۵ نفر برای هر گروه انتخاب شد (۱۳). به این ترتیب ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به‌شیوهٔ هدفمند انتخاب شدند و در مرحلهٔ بعد به‌صورت تصادفی (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) در گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی) و گروه گواه قرار گرفتند. در گروه آزمایش، درمان فراتشخیصی به‌مدت ۱۲ جلسه و هر هفته دو جلسهٔ دوساعتی اجرا شد.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به پژوهش حاضر، شامل داشتن دامنهٔ سنی ۴۵ ـ ۱۸ سال، دریافت تشخیص اختلال بدشکلی بدن مطابق با DSM-5 و نداشتن اختلالات همبود دیگر (اضطراب، افسردگی، استرس و اختلال وسواسی ـ جبری) بود. همچنین آزمودنی‌هایی انتخاب شدند که در طول اجرای پژوهش از برنامه‌های روان درمانی، مشاوره‌ای و دارویی در خارج از مداخلهٔ درمانی پژوهش استفاده نمی‌کردند. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل داشتن سوءمصرف یا وابستگی به مواد یا دارو در طول شش ماه گذشته، ابتلا به هرگونه اختلال روان‌شناختی دیگر، اشتغال فکری یا نگرانی دربارهٔ ظاهر که با اختلالات دیگری نظیر اختلال خوردن بهتر توجیه شود و استفاده از هرگونه داوری روان‌گردان و درمان داوریی حداقل به‌مدت شش ماه قبل از ارزیابی و مصاحبهٔ اولیه بود. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این مطالعه به این صورت بود که اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه از آنان گرفته شد. محرمانه‌بودن تمامی اطلاعات شرکت‌کنندگان به‌صورت کتبی به آن‌ها اعلام شد. به شرکت‌کنندگان حق انصراف از شرکت در پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد. هیچ‌کدام از مراحل انجام پژوهش حاضر مغایر با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کنندگان پژوهش نبود.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

ـ پرسشنامهٔ جمعیت‌شناختی بیمار که شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، میزان درآمد ماهانه، نوع عمل جراحی زیبایی، سابقهٔ دریافت درمان روان‌شناختی به‌خاطر نارضایتی از ظاهر و غیره بود. این پرسشنامه توسط پژوهشگران در این مطالعه تهیه و ارزیابی شد.

ـ پرسشنامهٔ اجتناب از تصویر بدنی[2]: این پرسشنامه توسط روزن و همکاران در سال ۱۹۹۱ با هدف اندازه‌گیری گرایش‌های رفتاری که با اختلال تصویر بدن همراه هستند مانند رفتارهای اجتنابی مرتبط با تصویر بدنی ساخته شده است (۱۴). این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس است: الف. پوشش یا گرایش به استفاده از لباس‌هایی که بدن را پنهان می‌کنند (سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۱۸)؛ ب. فعالیت‌های اجتماعی یا اجتناب از موقعیت‌هایی اجتماعی که در آن‌ها غذا، وزن یا ظاهر بدن ممکن است در مرکز توجه قرار بگیرد (سؤال‌های ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۵)؛ ج. محدودکردن خوردن یا تمایل به محدودکردن مصرف مواد غذایی (سؤال‌های ۵، ۶، ۷) و د. آرایش‌کردن، وزن‌کردن خود و رفتارهای مرتبط با وزن‌کردن خود یا نگاه‌کردن خود در آینه (سؤال‌های ۱۲، ۱۴، ۱۹). این پرسشنامه نوزده سؤال در طیف شش درجه‌ای لیکرت از صفر (هرگز) تا ۵ (همیشه) دارد و نمرهٔ بیشتر در این پرسشنامه نشان‌دهندهٔ فراوانی بیشتر رفتارهای همراه با تصویر بدنی مختل و آشفته است (۱۴). پژوهش‌ها همسانی درونی پرسشنامهٔ اجتناب از تصویر بدنی را بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۱۵). در پژوهش کارمون و همکاران نمرهٔ همسانی درونی این پرسشنامه، بالا (α=۰/۸۱) گزارش شده است (۵). همچنین، ثبات دوره‌ای خوبی برای این پرسشنامه در بین سنین مختلف و هم زنان و مردان گزارش شده است (۱۵). پرسشنامهٔ اجتناب از تصویر بدنی به‌خوبی جمعیت بالینی (مبتلا به پرخوری و کم‌خوری عصبی) و غیربالینی (جمعیت عمومی) را از یکدیگر تفکیک می‌کند (۱۵). پایایی این پرسشنامه در جمعیت عمومی خوب تا عالی (α=۰/۸۹) گزارش شده است (۵). نسخهٔ فارسی این پرسشنامه برای اولین‌بار در پژوهش حاضر در ایران اعتباریابی شد. برای ترجمهٔ این پرسشنامه، ترجمهٔ معکوس ابتدا توسط متخصص زبان و متخصص رشتهٔ روان‌شناسی به فارسی برگردانده شد. سپس توسط یک متخصص زبان انگلیسی مجدداً به انگلیسی ترجمه شد و ضمن مطابقت‌دادن با نسخهٔ اصلی در نهایت به فارسی برگردانده شد. اعتبار صوری و محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظرات چند تن از متخصصان رشتهٔ روان‌شناسی بالینی پس از انجام تغییرات لازم تأیید شد. سپس برای اطمینان از پایایی، پرسشنامه روی یک نمونهٔ ۳۰ نفری از مراجعان به کلینیک زیبایی درمانگاه شهید مطهری شهر شیراز اجرا شد و آلفای کرونباخ آن برای عامل کلی معادل (α=۰/۸۹۹) و برای خرده‌مقیاس‌های پوشش، اجتناب از موقعیت‌هایی اجتماعی، محدودکردن مصرف مواد غذایی و آرایش‌کردن، به‌ترتیب ۰/۷۴۲، ۰/۶۴۶، ۰/۸۲۷ و ۰/۶۸۱ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر این پرسشنامه از مشخصات روان‌سنجی مناسب برخوردار بود. پایایی درونی پرسشنامهٔ اجتناب از تصویر بدنی در پژوهش نهایی ۰/۸۵۷ بود.

ـ مقیاس ناگویی خلقی[3]: این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور[4] ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی و همکارانش تجدیدنظر شد (۱۶). در پژوهش حاضر نیز از مقیاس تجدیدنظر شده استفاده شده است. در این مقیاس ۲۰ماده‌ای، سازهٔ ناتوانی هیجانی در سه

[1]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
[2]. Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ-19)
[3]. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
[4]. Taylor

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.128.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.121]

زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات[1]، دشواری در توصیف احساسا ت[2] و تفکر با جهت‌گیری بیرونی[3] ارزیابی می‌شود. خرده‌مقیاس اول شامل هفت ماده است (۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴) که توانایی شرکت‌کننده در شناسایی احساسات و تمیز میان احساسات با حس‌های بدن را ارزیابی می‌کند. زیرمقیاس دوم پنج ماده دارد (۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷) که توانایی شخص را در بیان احساسات و اینکه آیا قادر است خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر، می‌سنجد. خرده‌مقیاس سوم هشت ماده دارد (۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) و میزان درون‌نگری و عمیق‌شدن فرد در احساسات درونی خودش و دیگران را بررسی می‌کند. دامنهٔ پاسخ به هر ماده پنج درجه و از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» متغیر است و روش نمره‌گذاری آن به‌شیوهٔ لیکرت است. به پاسخ کاملاً مخالف، نمرهٔ یک و به پاسخ کاملاً موافق نمرهٔ پنج تعلق می‌گیرد. مواد (۴، ۵، ۱۰، ۱۸، ۱۹) به‌دلیل منفی‌بودن جهت مواد با ناتوانی هیجانی به‌شیوهٔ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند؛ یعنی به پاسخ کاملاً مخالف نمرهٔ پنج و به پاسخ کاملاً موافق نمرهٔ یک تعلق می‌گیرد. در این مقیاس نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ ناتوانی هیجانی بیشتر است (۱۶). همچنین قربانی و همکاران آلفای این مقیاس را در نمونهٔ ایرانی، برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر با جهت‌گیری بیرونی ۰/۵۰ به‌دست آوردند (۱۷).

ـ درمان فراتشخیصی: در این پژوهش درمان فراتشخیصی مطابق با پروتکل درمانی بارلو و همکاران (۱۸) برای گروه آزمایش به‌مدت ۱۲ جلسه و هر هفته دو جلسهٔ دوساعتی اجرا شد؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای انجام نشد. پروتکل درمان اجراشده در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. پروتکل جلسات درمان فراتشخیصی

جلسات	اهداف و موضوعات
۱	انگیزه‌افزایی، توضیحات دربارهٔ گروه‌درمانی، قوانین و هنجارها، بحث گروهی دربارهٔ انتظارات و اهداف اعضا، توضیح و آشنایی با اختلال‌های هیجانی و درمان فراتشخیصی و اختلال بدشکلی بدن.
۲	ارائهٔ آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی، آموزش مدل سه‌مؤلفه‌ای تجارب هیجانی، شناخت هیجان‌ها و رفتارها: پاسخ‌های آموخته‌شده، مدل پیشایند—پاسخ‌ـ پیامد[4]، ارائهٔ تکالیف خانه/جمع‌بندی و بازخورد (تکلیف خانگی: بازنویسی هیجان‌های مثبت و منفی).
۳و۴	بررسی تکالیف خانه، آموزش آگاهی هیجانی، تمرین آگاهی هیجانی غیرقضاوتی، یادگیری مشاهدهٔ هیجانی و واکنش به هیجان‌ها با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، ایجاد مهارت‌هایی برای کمک و پرورش به مشاهدهٔ تجارب هیجانی در لحظهٔ کنونی، ایجاد یک محرک برای جلب توجه خود به لحظهٔ کنونی، ارائهٔ تکالیف خانه/جمع‌بندی و بازخورد (تکلیف خانگی: استفاده از نظر و دیدگاه نزدیک‌ترین شخص درمورد هیجان‌ها).
۵	بررسی و مرور تکالیف جلسهٔ قبل، ارزیابی و بازارزیابی شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر متقابل بین افکار و هیجان‌ها، ایجاد آگاهی از تأثیر متقابل بین افکار و هیجان‌ها، معرفی و شناسایی ارزیابی‌های شناختی ناسازگارانهٔ شناختی، معرفی تله‌های فکری رایج و کمک به اعضای گروه در شناسایی آن‌ها، یادگیری و اجرای ارزیابی‌های شناختی به اعضای گروه به‌منظور افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر، جمع‌بندی و بازخورد/ارائهٔ تکالیف خانه (تکلیف خانگی: شناخت و بازنگری هیجان‌ها قبل از ابراز هیجان‌ها در منزل).
۶	بررسی و مرور تکالیف جلسهٔ قبل، معرفی مفهوم اجتناب از هیجان‌ها، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، معرفی و آشنایی با تأثیرات راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان‌ها، آگاهی و اثبات اثرات متناقض اجتناب هیجانی، ارائهٔ تکالیف خانه/جمع‌بندی و بازخورد (تکلیف خانگی: تمرین مواجهه با هیجان‌های منفی و مقابلهٔ منطقی و تحلیل محتوای هیجان‌ها در منزل).
۷	بررسی و مرور تکالیف جلسهٔ قبل، معرفی مجدد و بررسی مفصل‌تر ماهیت رفتارهای هیجان‌خاست[5]، ارائهٔ دلیل لزوم مقابله با رفتارهای هیجان‌ـ خاست، شناسایی رفتارهای هیجان‌خاست ناسازگار و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین از طریق رویاروشدن با رفتارها، ارائهٔ تکالیف خانه/جمع‌بندی و بازخورد.
۸	بررسی و مرور تکالیف جلسهٔ قبل، کمک به بیمار در شناسایی و تحمل حس‌های بدنی مربوط به هیجان، کمک به بیمار در آگاهی و درک بهتر از نقش حس‌های جسمانی در تعیین واکنش‌های هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احشایی به‌منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم، ارائهٔ تکالیف خانه/جمع‌بندی و بازخورد (تکلیف خانگی: تکنیک پویش بدن و تمرین در منزل).
۹	بررسی و مرور تکالیف جلسهٔ قبل، کمک به اعضای گروه در شناسایی و درک هدف مواجهه باهیجان‌های درون‌زاد، رویارویی با هیجان‌های مبتنی‌بر موقعیت، کار با اعضای گروه برای ایجاد سلسله‌مراتب اجتناب از هیجان و موقعیت، طراحی تمرین‌های مواجهه با هیجان‌های مؤثر، کمک به بیمار در مواجهه با هیجان‌های قوی ازطریق تمرین‌های تجسمی و عینی مواجههٔ هیجانی و ممانعت از اجتناب، ارائهٔ تکالیف خانه/جمع‌بندی و بازخورد (تکلیف خانگی: برگهٔ سلسله‌مراتب ترس و تکمیل در منزل).
۱۰و۱۱	بررسی و مرور تکالیف جلسهٔ قبل، کمک به اعضای گروه برای آشنایی با ماهیت نااطمینانی و شناسایی نحوهٔ واکنش خود به آن، مؤلفه‌ها و جنبه‌های مختلف عدم تحمل نااطمینانی، سود و زیان عدم تحمل نااطمینانی در جنبه‌های مختلف زندگی، تأثیرات ناتوانی در تحمل نااطمینانی در زندگی ما و دلیل لزوم تغییر آن، راهکارهایی برای افزایش تحمل نااطمینانی، ارائهٔ تکالیف خانه/جمع‌بندی و بازخورد.
۱۲	تکمیل پرسشنامه‌ها، مرور و جمع‌بندی جلسات، پرسیدن از اعضا درمورد انتظارات احتمالی برآورده‌نشده در درمان، پرسیدن از دستاوردها و نگاه به آینده، پرسیدن از اعضا دربارهٔ هدف یک ماه آیندهٔ آن‌ها و تعیین تکالیف، پرسیدن از احساس مراجعان درمورد پایان جلسات، پذیرایی و خداحافظی.

[1]. Difficulty in identifying feelings (DIF)
[2]. Difficulty in describing feelings (DDF)
[3]. Extrinsic oriented thinking (EOT)
[4]. Antecedent-response-consequence (ARC)
[5]. Emotion driven behaviours (EDB)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.128.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.121]

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (مانند فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن پاسخ‌دهندگان در گروه آزمایش ۶/۰۸± ۲۹/۴۰ و در گروه گواه ۴/۳۸±۳۰/۸۷ بود. همهٔ افراد شرکت‌کننده در پژوهش زن بودند. در گروه آزمایش از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد)، مربوط به سطح تحصیلات کارشناسی و کمترین فراوانی ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) مربوط به افراد با سطح تحصیلات دیپلم بود. در گروه گواه نیز بیشترین فراوانی ۹ نفر (۶۰ درصد) مربوط به سطح تحصیلات کارشناسی و کمترین فراوانی یک نفر (۶/۷ درصد) مربوط به افراد با سطح تحصیلات دیپلم بود. از نظر وضعیت تأهل بیشترین فراوانی ۱۰ نفر مجرد (۶۶/۷ درصد)و کمترین فراوانی یک نفر مطلقه (۶/۷ درصد) بود. در گروه گواه نیز بیشترین فراوانی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد)، به‌طور هم‌زمان مربوط به افراد مجرد و متأهل و کمترین فراوانی یک نفر (۶/۷ درصد) مربوط به افراد مطلقه بود. از نظر سابقهٔ عمل جراحی در گروه آزمایش، بیشترین فراوانی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) افراد با سابقهٔ عمل زیبایی بینی و کمترین فراوانی یک نفر (۶/۷ درصد) با انجام پیوند پوست بود. در گروه گواه نیز بیشترین فراوانی ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) افراد با سابقهٔ عمل زیبایی بینی بودند و کمترین فراوانی دو نفر (۱۳/۳ درصد) افرادی بودند که اشتغال فکری شدید با عمل‌های جراحی متعدد داشتند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیر	مؤلفه	گروه	پیش آزمون		پس‌آزمون		تحلیل کوواریانس چندمتغیره		
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	مقدار p	مجذور اتا
اجتناب از تصویر بدنی	پوشش	آزمایش	۲۰/۲۷	۶/۲۸	۱۰/۸۰	۵/۰۷	۲۴/۲۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۵
		گواه	۱۹/۳۳	۴/۲۳	۱۹/۶۷	۴/۷۷			
	محدودسازی خوردن	آزمایش	۷/۰۷	۴/۱۳	۳/۲۷	۲/۴۳	۱۰/۸۲۵	۰/۰۰۳	۰/۲۷۹
		گواه	۶/۲۰	۲/۵۴	۶/۶۷	۳/۱۷			
	فعالیت‌های اجتماعی	آزمایش	۱۳/۸۷	۴/۸۹	۴/۶۷	۲/۳۵	۳۰/۱۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۹
		گواه	۱۰/۲۷	۳/۶۵	۱۱	۳/۷۹			
	وزن‌کردن خود	آزمایش	۱۰/۵۳	۳/۰۹	۶/۸۷	۲/۹۴	۱۰/۹۰۲	۰/۰۰۳	۰/۲۸۰
		گواه	۱۰/۲۰	۲/۵۹	۱۰/۲۷	۲/۶۸			
ناگویی خلقی	دشواری در تشخیص احساسات	آزمایش	۲۳/۶۰	۴/۳۳	۱۳/۵۳	۴/۳۰	۲۲/۰۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۰
		گواه	۲۰/۰۷	۵/۵۰	۲۱/۲۰	۴/۶۳			
	دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۱۶/۰۷	۳/۲۴	۸/۹۳	۱/۸۳	۲۶/۵۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۷
		گواه	۱۴/۳۳	۳/۵۵	۱۴/۲۰	۳/۵۰			
	تفکر با جهت‌گیری بیرونی	آزمایش	۲۲	۳/۸۵	۱۶/۱۳	۳/۷۰	۲۱/۸۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۸
		گواه	۲۱/۴۷	۳/۳۷	۲۱/۶۰	۲/۶۱			

در پژوهش حاضر برای تحلیل استنباطی داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره در دو تحلیل جداگانه برای هریک از متغیرهای وابسته استفاده شد. برای متغیر اجتناب از تصویر بدنی و متغیر ناگویی خلقی با انجام آزمون ام‌باکس ملاحظه شد که پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس‌ـ کواریانس گروه‌ها برای هر دو متغیر برقرار است (p>۰/۰۵).

نتایج آزمون لون درمورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های نمونه از متغیر اجتناب از تصویر بدنی برای مؤلفهٔ پوشش (p=۰/۴۵۱ ، F=۰/۵۸۴)، محدودسازی خوردن (p=۰/۳۳۰، F=۰/۹۸۳)، فعالیت‌های اجتماعی (p=۱/۵۵۱، F=۰/۲۲۳)، وزن‌کردن خود (p=۰/۹۶۳، F=۰/۰۰۲) و متغیر ناگویی خلقی برای مؤلفهٔ دشواری در تشخیص احساسات (p=۰/۷۹۷، F=۰/۰۶۷)، دشواری در توصیف احساسات (p=۰/۰۵۳، F=۴/۰۶۵) و برای تفکر با جهت‌گیری بیرونی (p=۰/۱۵۹، F=۲/۰۸۹) نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌های دو گروه در متغیرهای وابستهٔ پژوهش نیز برقرار است.

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره به‌منظور مقایسهٔ هم‌زمان متغیرهای پژوهش در بین دو گروه گواه و آزمایشی در پس‌آزمون نشان داد که برای متغیر اجتناب از تصویر بدنی (F=۸/۵۷۶، ۰/۴۲۲=لاندای ویلکز، p<۰/۰۰۱) و برای متغیر ناگویی خلقی (F=۱۳/۱۲۹ و ۰/۳۹۸=لاندای ویلکز، p<۰/۰۰۱) بین دو گروه گواه و آزمایشی در مرحلهٔ پس‌آزمون دست‌کم در یکی از مؤلفه‌های اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی تفاوت معنادار وجود دارد. به‌منظور مشخص‌شدن تفاوت تمامی مؤلفه‌ها، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره انجام شد که نتایج آن نشان داد پس از حذف اثر پیش‌آزمون بین دو گروه در پس‌آزمون برای هر دو متغیر در تمامی مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین، درمان فراتشخیصی به‌صورت معناداری موجب کاهش نمرات اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی در

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.128.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.121]

بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن شده است.

۴ بحث

براساس هدف پژوهش حاضر مبنی بر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی در اختلال بدشکلی بدن، نتایج نشان داد که میانگین همهٔ مؤلفه‌های اجتناب از تصویر بدنی در گروه فراتشخیصی کاهش معناداری یافت. این یافته با مطالعهٔ ریگبی همخوانی دارد که از درمان فراتشخیصی برای اجتناب از غذاخوردن استفاده کرد و نشان داد این درمان در بهبود و مدیریت علائم مختلف بیماران مبتلابه چاقی مانند نارضایتی از تصویر بدن، محدودکردن مصرف غذا، اجتناب از غذا و سایر رفتارهای اجتنابی مؤثر است (۱۲). همچنین این یافتهٔ پژوهش حاضر با مطالعهٔ دال‌گریو و کالوگی همخوان است که با استفاده از درمان شناختی‌ـ رفتاری با رویکرد فراتشخیصی به درمان تصویر بدنی آشفته در اختلال خوردن پرداختند و نشان دادند درمان شناختی‌ـ رفتاری با رویکرد فراتشخیصی به بهبود یکپارچگی تصویر بدن و کاهش اجتناب از تصویر بدنی کمک می‌کند (۱۹). همچنین، این یافته با مطالعهٔ گری و توماس همخوان است که درمان شناختی‌ـ رفتاری با رویکرد فراتشخیصی را برای درمان اختلال خوردن و علائم آن به کار بردند و نشان دادند رویکرد فراتشخیصی در کاهش علائم متعدد اختلال خوردن مؤثر است (۲۰). دال‌گریو و کالوگی در تبیین اثربخشی رویکرد فراتشخیصی در بهبود اجتناب از تصویر بدنی بیان می‌کنند، در این درمان مواجهه‌های تدریجی متعددی صورت می‌گیرد که طی آن‌ها درمانگر به بیماران کمک می‌کند در درجهٔ اول تظاهرات عمدهٔ اجتناب از بدن را خودشان شناسایی کنند. سپس، باید بتوانند در طراحی مراحل مواجهه با قسمت‌های خاصی از بدن همراهی کنند و درنهایت، نگرانی و ناراحتی آن‌ها کاهش می‌یابد. انجام مواجهه‌های تدریجی که یکی از مؤلفه‌های اصلی رویکردهای فراتشخیصی است در کاهش اجتناب از تصویر بدنی بسیار مؤثر است. زیرا بیمار به‌تدریج به دیدگاه و احساس خود به بدنش عادت می‌کند و در نهایت با مواجهه حتی درحضور دیگران احساس راحتی دارد (۱۹). همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین همهٔ مؤلفه‌های ناگویی خلقی برای بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی در گروه فراتشخیصی کاهش معناداری یافت. باتوجه به اینکه در بررسی پیشینه‌ها، مطالعه‌ای یافت نشد که به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی پرداخته باشد، به مطالعات مشابه انجام‌شده روی نمونه‌های دیگر برای تبیین یافتهٔ حاضر اشاره می‌شود. این یافته با مطالعهٔ بورگس همخوان است که طی پژوهشی با رویکرد فراتشخیصی به بررسی تنظیم هیجان پرداخت و نشان داد که رویکرد فراتشخیصی در مدیریت و تنظیم هیجانات و بهبود ناگویی خلقی تأثیر دارد (۲۱). همچنین، این یافته با مطالعهٔ ساعدی و همکاران همسوست که به بررسی اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به درد مزمن پرداختند و نشان دادند که این درمان در بهبود و کاهش ناگویی خلقی مؤثر است (۲۲). مظاهری و همکاران نیز که به بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی بر راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی پرداختند، نشان دادند که درمان فراتشخیصی بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان تأثیر دارد (۲۳) که این یافته با یافتهٔ پژوهش حاضر هم‌راستاست؛ بنابراین، در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که ارتقای راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش مشکلات هیجانی از جمله ناگویی خلقی همراه است؛ به‌عبارت‌دیگر، بخش عمدهٔ درمان فراتشخیصی، در رابطه با آگاهی از هیجان‌ها و آموزش نحوهٔ شناسایی و ردیابی هیجان‌ها و اثرات آن‌ها بر ما و زندگی روزمره و همچنین نحوهٔ بررسی و مدیریت هیجان‌هاست؛ بر همین مبنا، درمان فراتشخیصی مؤلفه‌های ناگویی خلقی را کاهش داده است.

این مطالعه محدودیت‌هایی داشت که در تعمیم نتایج توجه به آن‌ها مهم است. آن‌ها عبارت بودند از دسترسی دشوار به بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به‌دلیل نبود مکان مشخص برای مراجعهٔ آن‌ها. همچنین، همکاری‌نکردن بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن برای شرکت در مداخله و در نتیجه طولانی‌شدن فرایند تشکیل گروه‌های روان‌درمانی؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود که دست‌اندرکاران سلامت روان، مراکز و انجمن‌هایی برای شناسایی و درمان اختصاصی این بیماران در نظر داشته باشند که هم فرایند شناسایی و حمایت صحیح از این بیماران فراهم شود و هم امکان انجام مطالعات بیشتر فراهم شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، نبود پیگیری طولانی‌مدت (چندماه یا یک سال) به‌دلیل دسترسی‌نداشتن به تمام شرکت‌کنندگان در طول زمان بود؛ بنابراین، پژوهشگران می‌توانند در مطالعات بعدی به طراحی پژوهش‌هایی با هدف بررسی اثرات طولانی‌مدت چنین مداخلاتی بپردازند.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طورکلی این پژوهش نشان داد که اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی دو متغیر فراتشخیصی همراه با اختلال بدشکلی بدن هستند که می‌توانند زمینهٔ تشدید و تداوم علائم اختلال بدشکلی بدن را فراهم کنند. باتوجه به اینکه اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی متغیرهای فراتشخیصی هستند، به‌منظور بهبود این متغیرها در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن از درمان‌های فراتشخیصی استفاده شد و نتایج نشان‌دهندهٔ اثربخشی این درمان بود. یافته‌های پژوهش حاضر نیاز به اجرای برنامه‌های مداخله‌ای جامع با رویکرد فراتشخیصی را نشان می‌دهد که می‌توان مداخلاتی مبتنی‌بر متغیرهای کلیدی را برای اختلال بدشکلی بدن مانند کژتنظیمی هیجانی یا تصویر بدنی آشفته طراحی کرد.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان از معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شیراز تقدیر و تشکر می‌کنند. همچنین نویسندگان از مساعدت‌های مسئولان محترم دانشگاه علوم پزشکی استان فارس و درمانگاه شهید مطهری و کلینیک امام رضا (ع) شهر شیراز و نیز تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.128.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.121]

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مطالعه برگرفته از رسالهٔ مقطع دکتری روان‌شناسی بالینی در دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شیراز است. کد اخلاق پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی شیراز با شناسهٔ IR.SUMS.REC.1398.83 دریافت شد. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این مطالعه به این صورت بود که اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه از آنان گرفته شد. محرمانه‌بودن تمامی اطلاعات شرکت‌کنندگان به‌صورت کتبی به آن‌ها اعلام شد. به شرکت‌کنندگان حق انصراف از شرکت در پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد. هیچ‌کدام از مراحل انجام پژوهش حاضر مغایر با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کنندگان پژوهش نبود.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

برای انجام این پژوهش از هیچ مؤسسه، نهاد یا سازمانی حمایت مالی دریافت نشده است.

References

1. Soler PT, Ferreira CMH, Novaes J da S, Fernandes HM. Body Dysmorphic Disorder: Characteristics, Psychopathology, Clinical Associations, and Influencing Factors. In: Gaze DC, editor. Pathophysiology - Altered Physiological States. InTech; 2018.
2. Marron SE, Gracia-Cazaña T, Miranda-Sivelo A, Lamas-Diaz S, Tomas-Aragones L. Screening for body dysmorphic disorders in acne patients: a pilot study. Actas Dermosifiliogr. 2019;110(1):28–32. doi: 10.1016/j.ad.2018.08.001
3. Mohajerin B, Bakhtiyar M, Olesnycky OS, Dolatshahi B, Motabi F. Application of a transdiagnostic treatment for emotional disorders to body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. J Affect Disord. 2019;245:637–44. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.058
4. Lydecker JA, Cotter EW, Mazzeo SE. Body checking and body image avoidance: Construct validity and norms for college women. Eating Behaviors. 2014;15(1):13–6. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.10.009
5. Carmona J, Tornero-Quiñones I, Sierra-Robles Á. Body image avoidance behaviors in adolescence: A multilevel analysis of contextual effects associated with the physical education class. Psychology of Sport and Exercise. 2015;16:70–8. doi: 10.1016/j.psychsport.2014.09.010
6. Shafran R, Fairburn CG, Robinson P, Lask, B. Body checking and its avoidance in eating disorders. Int J Eat Disord. 2004;35:93–101. doi: 10.1002/eat.10228
7. He W, Shen C, Wang C, Jia Y, Wang J, Wang W. Body dysmorphic disorder patients: Their affective states, personality disorder functioning styles and body image concerns. Personality and Individual Differences. 2018;131:1–6. doi: 10.1016/j.paid.2018.04.015
8. Leone JE, Wise KA, Mullin EM, Harmon W, Moreno N, Drewniany J. The effects of pubertal timing and alexithymia on symptoms of muscle dysmorphia and the drive for muscularity in men. Psychology of Men & Masculinity. 2015;16(1):67–77. doi: 10.1037/a0035920
9. Rahimian Boogar I, Rezaei A, Mohamadpoor S. Quality of life in coronary heart disease patients: the role of defense mechanisms and alexithymia with mediation of psychological distress. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2017;11(3): e8567. doi: 10.5812/ijpbs.8567
10. Basta F, Margiotta DPE, Mazzuca C, Batani V, Dolcini G, Moras P, et al. Factors related to alexithymia in patients with systemic sclerosis: a tight relationship with facial image dissatisfaction. Rheumatol Int. 2019;39(3):461–7. doi: 10.1007/s00296-018-4214-y
11. Greenberg JL, Phillips KA, Steketee G, Hoeppner SS, Wilhelm S. Predictors of response to cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. Behav Ther. 2019;50(4):839–49. doi: 10.1016/j.beth.2018.12.008
12. Rigby A. Transdiagnostic approach to food avoidance after bariatric surgery: a case study. Clinical Case Studies. 2018;17(5):280–95. doi: 10.1177/1534650118784664
13. Delavar A. Educational and Psychological Research. Tehran: Virayesh Pub; 2018. [Persian]
14. Rosen JC, Srebnik D, Saltzberg, M & Wendt S. Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. Psychological Assessment: A Journal of Counseling and Clinical Psychology. 1991;3(1):32-37.
15. Maïano C, Morin AJS, Monthuy-Blanc J, Garbarino J-M. The body image avoidance questionnaire: assessment of its construct validity in a community sample of French adolescents. Int J Behav Med. 2009;16(2):125–35. doi: 10.1007/s12529-009-9035-7
16. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research. 1994;38(1):23–32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.128.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.121]

17. Ghorbani N, Bing MN, Watson PJ, Davison HK, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. International Journal of Psychology. 2002;37(5):297–308. doi: 10.1080/00207590244000098
18. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist Guide. Oxford: Oxford University Press; 2015.
19. Dalle Grave R, Calugi S. Transdiagnostic Cognitive Behavioural Theory and Treatment of Body Image Disturbance in Eating Disorders. In: Cuzzolaro M, Fassino S. editors. Body Image, Eating, and Weight: A guide to assessment, treatment, and prevention. Cham: Springer International Publishing; 2018. pp: 309–21. doi: 10.1007/978-3-319-90817-5_23
20. Gray EK, Thomas JJ. Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. In: Petersen TJ, Sprich S, Wilhelm S, editors. The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy. New York: Springer; 2016. pp: 155–69. doi: 10.1007/978-1-4939-2605-3_12
21. Borges LM. A transdiagnostic approach to emotion regulation: the development and validation of two scales of emotion regulation [PhD dissertion]. [Michigan, US]: Western Michigan University;2016.
22. Saedi S, Hatami M, Asgari P, Ahadi H, Poursharifi H. The effectiveness of Cognitive-Behavioral therapy on alexithymia and pain Self-Efficacy of patients with chronic pain. International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2016;5(11):277–84.
23. Mazaheri M, Daghaghzadeh H, Afshar H, Mohammadi N. The effectiveness of the unified protocol on emotional dysregulation and cognitive emotion regulation strategies in patients with psychosomatic disorders. International Journal of Body, Mind and Culture. 2013;1(1):73–82. doi: 10.22122/ijbmc.v1i1.7

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.128.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.121]