

The effectiveness of emotional schema therapy on irrational beliefs and body image of women with body deformity disorder

Mehran Soleymani¹ , Hossein Rostami^{2*} , Mohammad Ali Ameri², Sahar Ghasemi³

¹Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

²Research Center for Cognitive and Behavioral Sciences in Police, Directorate of Health, Rescue, and Treatment, Police Headquarters, Tehran, Iran, Faraja Institute of Low Enforcement Sciences and Social Studies, Tehran, Iran

³Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ahar Branch, Ahar, Iran

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 21 Jan 2023

Accepted: 22 May 2023

ePublished: 8 Jun 2024

Keywords:

- Emotional schema therapy
- Irrational beliefs
- Body image
- Body deformity disorder
- Women

Abstract

Background. The present study aimed at determining the effect of emotional schema therapy on the irrational beliefs and body image of women with body deformity disorders.

Methods. This was semi-experimental research with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this research included all women with body deformity disorders who were referred to the psychiatric centers of the 5th district of Tehran in 2021. Using the available sampling method, 30 people were selected from those who were referred to the mentioned centers. The research tools included the Ahvaz Irrational Belief and the Self-Body Multidimensional Questionnaires. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance in SPSS-24.

Results. Emotional schema therapy was effective on the irrational beliefs (the total score) and body image of women with body deformity disorders. In addition, emotional schema therapy could affect irrational beliefs in the components of expecting approval from others, avoiding problems, and showing emotional irresponsibility, but it had no significant effect on the component of being helpless against change.

Conclusion. According to the findings, emotional schema therapy can be an effective method for correcting the irrational beliefs and body image of women with body deformity disorders.

Practical Implications. Based on the results, therapists can use emotional schema therapy as one of the most efficient methods for treating negative beliefs and stereotypes.

How to cite this article: Soleymani M, Rostami H, Ameri M A, Ghasemi S. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Irrational Beliefs and Body Image of Women With Body Deformity Disorder. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2024;46(2):217-225. doi: 10.34172/mj.2024.028. Persian.

Extended Abstract

Background

Body deformity disorder is a well-known psychiatric disorder, the most important symptom of which is a person's concerns about the ugliness of their physical appearance, and this perception of deformity leads to some degree of discomfort and disability or both. Often, there is no obvious abnormality in the person's appearance, but

sometimes there is a slight defect that is not immediately apparent to others, and the person overreacts in both cases. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fifth edition) includes data on this disorder in the Obsessive-Compulsive Disorders section. This disorder is often associated with eating disorders in women and substance use disorders in men. In fact, the main

*Corresponding author; Email: rostami.psychologist@gmail.com

© 2024 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

problem of people with body deformity disorders is body image disorder. The present study sought to determine the effect of emotional schema therapy on the irrational beliefs and body image of women who suffer from body deformity disorders.

Methods

The current research used a semi-experimental method with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of this research was all the women with body deformity disorders who had been referred to the psychiatric centers of the 5th district of Tehran for examinations in 2021. Using the available sampling method, 30 individuals were selected from among those who referred to these centers and volunteered to participate in the experiment. To perform the research, first, during a phone call, a written consent form was obtained from the participants to participate in the research. Then, these people were randomly assigned to two experimental (15 people) and control (15 people) groups. Next, the pre-test was performed on both groups, and the experimental group participated in emotional schema therapy classes for 10 sessions of one and a half hours. During this period, the control group received no intervention. Finally, the post-test was performed on the two groups. The inclusion criteria were being in the age range of 20-40 years old, having a body deformity disorders based on the diagnosis received from psychiatric centers, not having a history of mental disorders, and signing an informed consent form to participate in the study. On the other hand, the exclusion criteria were showing an unwillingness to continue cooperation at any stage of the research, receiving parallel treatment, whether drug therapy or any other type of psychotherapy, and not attending the meetings for more than two sessions. The required data were analyzed by descriptive (means and standard deviations) and inferential (univariate and multivariate analysis of covariance) statistics using SPSS software (version 24). To check the assumptions of covariance analysis, the Kolmogorov-Smirnov test was used for the normal distribution of variables. In addition, the Lune, Mbox, tests were utilized for the homogeneity of variances, the homogeneity of the variance-

covariance matrix, and the homogeneity of the regression slope, respectively, all of which allowed for the use of covariance analysis.

Findings

Emotional schema therapy affected the irrational beliefs (the total score) and body image of women with body deformity disorders. Furthermore, emotional schema therapy was effective on irrational beliefs in terms of expecting approval from others, avoiding problems, and demonstrating emotional irresponsibility, while it had no significant impact on the component of being helpless against any changes.

Results

The separate examination of dependent variables demonstrated that the F-value obtained in the three components of approval expectation, problem avoidance, and emotional irresponsibility was significant at $P \leq 0.01$. Therefore, in these components, the difference between the two experimental and control groups was significant. Additionally, considering that in all these three components, the decrease in the test group's score in the post-test was more than the change in the score in the witness group, emotional schema therapy was effective on the expectation of approval, problem avoidance, and emotional irresponsibility. However, the effect of emotional schema therapy on helplessness against change was not significant. In the concept of the tone variable, the F-value obtained was equal to 14.55, which was significant at $P \leq 0.01$. Considering the increase in the score of the experimental group in the post-test, the implementation of emotional schema therapy could effectively improve women's body image.

Conclusion

Given that each of the mentioned components (eliminating the expectation of approval from others, avoiding problems, and showing emotional irresponsibility) has an emotional element, they can be effective in the schema of emotional therapy. Their main goal is to interpret the emotions and beliefs of people about their emotions. However, this issue has not been effective regarding the component

of helplessness against change, and this is probably because other components have been emphasized more during the meetings, while helplessness against change has received no attention. On the other hand, helplessness against change seems to have a stronger cognitive element than the emotional element, and

perhaps the cognitive therapy schema could play a greater role here. According to the findings of this research, emotional schema therapy can be an influential technique for correcting the body image and irrational beliefs of women who suffer from body deformity disorders.

تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر باورهای غیرمنطقی و تن پنداره زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی

مهران سلیمانی^۱، حسین رستمی^{۲*} ID، محمد علی عامری^۲، سحر قاسمی^۳

^۱گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
^۲مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان، فرماندهی انتظامی، تهران، ایران. پژوهشگاه علوم نظامی و مطالعات اجتماعی فراجا، تهران، ایران
^۳گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱
پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۱
انتشار برخط: ۱۴۰۳/۳/۱۹

کلیدواژه‌ها:

- طرحواره درمانی هیجانی
- باورهای غیرمنطقی
- تن پنداره
- اختلال بدشکلی بدنی
- زنان

چکیده

زمینه. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر باورهای غیرمنطقی و تن پنداره زنان دارای اختلال بدشکلی بدنی انجام گرفت.

روش کار. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان با اختلال بدشکلی بدنی بود که در سال ۱۴۰۰ جهت انجام معاینات به مراکز روانپزشکی منطقه ۵ تهران مراجعه نموده‌اند. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس از افراد مراجعه‌کننده به این مراکز، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه باورهای غیرمنطقی اهواز و پرسشنامه چند بعدی رابطه خود و بدن بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها. طرحواره درمانی هیجانی بر باورهای غیرمنطقی (نمره کل) و تن پنداره زنان دارای اختلال بدشکلی بدنی مؤثر است. همچنین طرحواره درمانی هیجانی بر باورهای غیرمنطقی در مؤلفه‌های توقع تایید دیگران، اجتناب از مشکل و بی مسئولیتی هیجانی مؤثر بوده است اما در مؤلفه درماندگی در برابر تغییر تأثیر معناداری نداشته است.

نتیجه‌گیری. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند روشی مؤثر در اصلاح باورهای غیرمنطقی و تن پنداره زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی باشد.
پیامدهای عملی. از نتایج حاصل چنین استنباط می‌شود که درمانگران می‌توانند در فرایند درمان باورهای غیر منطقی و تن پنداره از طرحواره درمانی هیجانی به عنوان یکی از روش‌های کارآمد استفاده کنند.

مقدمه

وسواسی-اجباری گنجانده است. شیوع اجتماعی اختلال بدشکلی بدنی، در حدود ۱/۷-۲/۹٪ برآورد شده است.^{۱،۲} این اختلال اغلب در زنان با اختلا خوردن همراه است و در مردان با اختلال مصرف مواد همراه است.^۳ در واقع مشکل اصلی افراد دارای اختلال بدشکلی بدنی، اختلال در تصویر بدن است. تصویر بدنی به عنوان یک عامل بسیار مهم در ایجاد انگیزه برای انجام جراحی زیبایی مطرح شده است.^۴ تصور از بدن، بخشی از تصور فرد از خود محسوب می‌شود. تصور از خود، بیشتر شامل ادراک فرد نسبت

اختلال بدشکلی بدنی یک اختلال روانپزشکی شناخته شده است که مهمترین نشانه آن، دغدغه فرد درباره زشت بودن ظاهر فیزیکی خود می‌باشد و این ادراک بدشکل بودن، تا حدی منجر به ناراحتی و ناتوانی یا هر دوی آنها می‌شود. اغلب، هیچ ناهنجاری آشکاری در ظاهر فرد وجود ندارد، اما گاهی اوقات یک نقص جزئی وجود دارد که بلافاصله برای دیگران آشکار نمی‌شود و در هر دو مورد، واکنش فرد بیش از حد است.^۱ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم این اختلال را در بخش اختلالات

*نویسنده مسؤول؛ ایمیل: rostami.psychologist@gmail.com

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کپی‌رایت کامنز 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

پژوهش می‌باشد. همچنین، ملاک خروج، عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، دریافت درمان موزی اعم از دارودرمانی یا هر نوع روان درمانی دیگر و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات می‌باشد.

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی اهواز (4-IBT-A): از پرسشنامه چهار عاملی باورهای غیرمنطقی اهواز که توسط معتمدی و همکاران ساخته شده است استفاده شد

پرسشنامه چند بعدی رابطه خود و بدن

(The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, MBSRQ)

از پرسشنامه ای که به وسیله کش (۲۰۰۰) ساخته شده است استفاده شد.

به منظور اجراء پژوهش ابتدا طی یک فراخوان برای شرکت در مطالعه، رضایت شرکت‌کنندگان برای مشارکت در پژوهش به صورت کتبی به دست آمد، سپس افراد به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. قبل از اجرای طرح ابتداء پرسشنامه‌های پژوهش بین هر دو گروه آزمایش و کنترل توزیع شد، سپس گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه یک‌ساعته و نیم در کلاس‌های طرحواره درمانی هیجانی شرکت کردند و در طی این مدت گروه گواه تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. همچنین گروه آزمایش و گروه گواه قبل از شروع دوره درمانی و بعد از پایان فرایند جلسات با استفاده از پرسشنامه‌های پژوهش ارزیابی شدند.

پروتکل آموزش طرحواره درمانی هیجانی: در این پژوهش آموزش طرحواره درمانی هیجانی بر اساس پروتکل ارایه شده توسط لیهی روی گروه دریافت کننده درمان طرحواره درمانی هیجانی انجام شد.^{۱۲}

خلاصه محتوای جلسات آموزشی طرحواره درمانی هیجانی به شرح زیر است:

جلسه ۱: اجرای پیش ازمون، ارزیابی، تدوین فرمول‌بندی موردی، آماده سازی و معرفی مدل طرحواره‌های هیجانی، اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان‌ها، آموزش در مورد اختلال بدشکلی بدنی، تکلیف خانگی؛ تمایز میان فکر، احساس، رفتار و کارکرد هیجان‌ها

جلسه ۲: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان‌ها، مرور فرمول‌بندی موردی، شناسایی راهبردهای دردمر ساز بیمار و طرحواره‌های هیجانی بیمار، تکلیف خانگی؛ ترسیم مدل توسط بیمار در شرایط هیجانی و شناسایی راهبردهای دردمر ساز.

جلسه ۳: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، به‌کارگیری تکنیک شناسایی و برجسب زنی به هیجان‌ها، تکلیف خانگی؛ ثبت هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان‌ها.

جلسه ۴: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، استفاده از تکنیک عادی‌سازی هیجان، تکنیک کاهش

به جنبه‌های مهم، اما نه بنیادی مربوط به خود است و به شدت از راه درجه موفقیت و توسط بازخوردهای دیگران و از طریق تجارب دیگری که در دوره کودکی کسب گردیده تعیین می‌شود.^۶ تصور از خود یک ساخت منفرد نیست، بلکه در نظر اکثر مؤلفان، یک ساخت پویا و چند بعدی است که از مؤلفه‌های عاطفی و شناختی تشکیل شده و رفتار را هدایت می‌کند.^۷ افرادی که در طیف اختلال بدشکلی بدن قرار دارند، باورهای منفی در مورد خود دارند که منجر به واکنش‌های هیجانی و عاطفی منفی اغراق‌آمیز از قبیل ترس و اضطراب و فعال شدن طرحواره‌های هیجانی ناسازگار می‌شود که به نوبه خود منجر به تداوم این اضطراب و برداشت نامناسب از بازخوردها و داده‌های محیطی می‌گردد.^۸

در میان درمان‌های روانشناختی مؤثر که از مبانی نظری قوی برخوردارند می‌توان به طرحواره درمانی هیجانی در درمان افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی اشاره کرد.^۹ در واقع طرحواره‌های هیجانی، ساختارهای روانی هستند که به شخصیت فرد شکل می‌دهند و روی تعامل با دیگران، تجربه هیجانی و تفسیر واکنش‌های فرد تأثیر می‌گذارند. طرحواره‌های هیجانی مانند دیگر طرحواره‌های حافظه، بر اساس اطلاعات مشابه فراوان و یا تجربیات تکرار شده از گذشته فرد گرفته شده‌اند. این طرحواره‌ها توسط عواطف بنیادی مانند تجربیات جسمی، حسی و حرکتی مورد تبیین قرار می‌گیرند.^{۱۰} هنگامی که این هیجان‌ها در محدوده رابطه درون فردی روی می‌دهند، طرحواره‌های هیجانی فرد از هیجان اطلاع می‌یابند، بنابراین بر روشی که افراد به هیجان درونی خود می‌پردازند، تأثیر می‌گذارد.^{۱۱}

پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا طرحواره درمانی هیجان مدار بر تن پنداره و باورهای غیرمنطقی زنان مبتلا به بدشکلی بدنی مؤثر است؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان با اختلال بدشکلی بدنی بود که در سال ۱۴۰۰ جهت انجام معاینات به مراکز روانپزشکی منطقه ۵ تهران مراجعه کرده بودند. از افراد مراجعه‌کننده به این مراکز با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گماشته شدند. سپس پیش‌آزمون در هر دو گروه اجرا و مداخله‌ها در گروه‌های آزمایش انجام شد و در نهایت پس‌آزمون اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن اختلال بدشکلی بدن براساس تشخیص دریافتی از طرف مراکز روانپزشکی، نداشتن سابقه اختلال روانی و امضای فرم رضایت آگاهانه شرکت در

جلسه ۱۰: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر، تکنیک فضا سازی برای هیجان، گفتگو در مورد هرگونه مساله باقی مانده، ارایه نسخه مکتوب از تکنیک-ها و جلسات به بیمار.
جلسه ۱۱: پیگیری؛ اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

آمار توصیفی نشان داد که زنان شرکت‌کننده در این پژوهش همه متأهل بودند و تحصیلات گروه نمونه بین دیپلم تا کارشناسی بود. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند و متوسط سنی گروه شرکت‌کنندگان ۲۹/۵ بود. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است.
با توجه به داده‌های جدول فوق در مورد باورهای غیرمنطقی، مقدار لامبدای ویلکز ($F=4/76$ و $P=0/009$) گروه، اثر معناداری بر متغیرهای وابسته داشت. همچنین، با توجه به داده‌های جدول فوق در مورد تن‌پنداره، مقدار لامبدای ویلکز ($F=4/52$ و $P=0/010$) گروه، اثر معناداری بر متغیرهای وابسته داشت. همچنین، بر اساس نتایج جدول ۳ و مقدار اثر پیلایی و لامبدا ویلکز برابر که هر دو شاخص در سطح $P \leq 0/01$ معنادار هستند. بنابراین، متغیرهای وابسته (درماندگی در برابر تغییر، توقع تایید، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی) دو گروه آزمایش و گواه با یکدیگر تفاوت معنادار دارد. اثر اجرای طرح بر هر یک از متغیرهای وابسته بررسی شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است.

استرس، تکلیف خانگی؛ آزمایش رفتاری در مورد این‌که هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند، تمرین کاهش استرس.

جلسه ۵: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با باورهای غلط هیجانی، تکنیک پذیرش هیجان، تکلیف خانگی؛ باورهای غلط، مطالعه حقایق پایه در مورد هیجان-ها، مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها.

جلسه ۶: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با بیمار برای رها ساختن راهبردهای در دسر ساز، شناسایی راهبردهای مفید و حضور در جلسه، تکلیف خانگی؛ تحمل احساسات آمیخته.

جلسه ۷: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با راهبردهای در دسر ساز، کار بر روی باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (طرحواره هیجانی)، تکلیف خانگی؛ باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان (کنترل، پذیرش، توافق، طول مدت و...).

جلسه ۸: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، تکلیف خانگی؛ متناسب با باورها و تفسیر منفی از هیجان (دیدگاه ساده انگارانه در مورد هیجان‌ها، احساس گناه، شرم و...).

جلسه ۹: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، استفاده از تکنیک بالا رفتن از نردبان معانی، تکلیف خانگی؛ متناسب با باورها و تفسیر منفی بیمار از هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی باورهای غیرمنطقی و تن‌پنداره

گواه	آزمایش		شاخص‌ها	آزمون‌ها
	میانگین	انحراف معیار		
۳/۳۳	۲۵/۹۸	۳/۱۲	۲۳/۱۳	پیش آزمون
۴/۰۱	۲۴/۰۹	۲/۰۶	۱۶/۶۶	پس آزمون
-	۱/۸۹	-	۶/۴۷	اختلاف نمره دو آزمون
۷/۰۰	۳۴/۱۸	۶/۳۶	۳۵/۲۳	پیش آزمون
۶/۶۵	۳۳/۶۵	۵/۳۱	۱۹/۲۰	پس آزمون
-	۰/۵۳	-	۱۶/۰۳	اختلاف نمره دو آزمون
۴/۷۸	۱۵/۱۴	۵/۲۷	۱۶/۲۰	پیش آزمون
۴/۱۱	۱۴/۷۴	۳/۶۷	۱۰/۰۴	پس آزمون
-	۴/۴۴	-	۶/۱۶	اختلاف نمره دو آزمون
۶/۸۳	۳۶/۸۷	۷/۴۵	۳۷/۴۳	پیش آزمون
۶/۷۲	۳۷/۹۸	۵/۰۵	۲۴/۴۲	پس آزمون
-	-/۱۱	-	۶/۰۱	اختلاف نمره دو آزمون
۱۵/۳۳	۱۱۰/۰۱	۱۷/۱۸	۱۱۳/۱۸	پیش آزمون
۱۵/۹۶	۱۱۵/۱۶	۱۷/۲۱	۱۶۰/۷۶	پس آزمون
-	۵/۱۵	-	۳۸/۵۸	اختلاف نمره دو آزمون

جدول ۲. آزمون تحلیل کوواریانس تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر باورهای غیرمنطقی

مجدور ایتا	سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	مقدار F	ارزش	اثر
۰/۸۰	۰/۰۰۹	۲۸	۱	۴/۷۶	۰/۷۸	اثر پیلایی
۰/۸۰	۰/۰۰۹	۲۸	۱	۴/۷۶	۰/۲۱	لامبدای ویلکز
۰/۸۰	۰/۰۰۹	۲۸	۱	۴/۷۶	۳/۹۸	اثر هوتلینگ
۰/۸۰	۰/۰۰۹	۲۸	۱	۴/۷۶	۳/۹۸	اثر بزرگترین ریشه روی
۰/۷۰	۰/۰۱۰	۲۸	۱	۴/۵۲	۰/۷۵	اثر پیلایی
۰/۷۰	۰/۰۱۰	۲۸	۱	۴/۵۲	۰/۱۹	لامبدای ویلکز
۰/۷۰	۰/۰۱۰	۲۸	۱	۴/۵۲	۳/۵۴	اثر هوتلینگ
۰/۷۰	۰/۰۱۰	۲۸	۱	۴/۵۲	۳/۵۴	اثر بزرگترین ریشه روی

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره در خصوص تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر باورهای غیرمنطقی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجدور ایتا (اندازه اثر)
درماندگی در برابر تغییر	پیش آزمون	۲۳/۱۷	۱	۲۳/۱۷	۱/۰۲	۰/۲۹	۰/۰۱
	گروه	۷۳/۲۴	۱	۷۳/۲۴	۱/۶۳	۰/۱۷	۰/۰۲
	خطا	۶۱/۷۹	۲۶	۲/۳۷			
	کل	۱۵۸/۲	۲۹				
توقع تایید دیگران	پیش آزمون	۹۸/۵۴	۱	۹۸/۵۴	۶/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	گروه	۱۱۹/۸۹	۱	۱۱۹/۸۹	۹/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
	خطا	۸۴/۵۶	۲۶	۳/۲۵			
	کل	۳۰۲/۹۹	۲۹				
اجتناب از مشکل	پیش آزمون	۹۹/۷۱	۱	۹۹/۷۱	۱۰/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	گروه	۱۱۱/۵۶	۱	۱۱۱/۵۶	۱۳/۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹
	خطا	۱۰۰/۵۱	۲۶	۳/۸۶			
	کل	۳۱۱/۷۸	۲۹				
بی‌مسئولیتی هیجانی	پیش آزمون	۳۲۰/۸۴	۱	۳۲۰/۸۴	۲۱/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸
	گروه	۱۰۹/۴۳	۱	۱۰۹/۴۳	۱۲/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
	خطا	۱۰۲/۱۲	۲۶	۳/۸۵			
	کل	۳۰۰/۴۱	۲۹				
تن‌پنداره	پیش آزمون	۲۰۴/۲۶	۱	۲۰۴/۲۶	۱۲/۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵
	گروه	۲۶۹/۷۳	۱	۲۶۹/۷۳	۱۴/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	۲۰۸/۳۱	۲۶	۸/۰۱			
	کل	۶۸۲/۳	۲۹				

به افزایش نمره گروه آزمایش در پس آزمون می‌توان گفت، اجرای طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود تن‌پنداره زنان مؤثر است.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی بر باورهای غیرمنطقی (نمره کل) زنان دارای اختلال بدشکلی بدنی مؤثر است. همچنین طرحواره درمانی هیجانی بر باورهای غیرمنطقی در مؤلفه‌های توقع تایید دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی مؤثر بوده است اما در مؤلفه درماندگی در برابر تغییر تأثیر معناداری نداشته است.

بررسی تفکیکی متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که مقدار F به دست آمده در سه مؤلفه توقع تایید، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی در سطح $P \leq 0/01$ معنادار است. بنابراین در این مؤلفه‌ها تفاوت دو گروه آزمایش و گواه معنادار است. همچنین، با توجه به اینکه در تمامی این سه مؤلفه، کاهش نمره گروه آزمایش در پس آزمون بیشتر از تغییرات نمره در گروه گواه بوده است، لذا می‌توان گفت که طرحواره درمانی هیجانی بر توقع تایید، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی مؤثر بوده است. اما اثر طرحواره درمانی هیجانی بر درماندگی در برابر تغییر معنادار نیست. همچنین بر اساس جدول ۴، در متغیر تن‌پنداره مقدار F به دست آمده برابر ۱۴/۵۵ است که در سطح $P \leq 0/01$ معنادار است. با توجه

راهبردهای سازگارانۀ تنظیم هیجان و همچنین تفسیر هیجانات می‌تواند در برطرف نمودن توقع تایید دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی مؤثر واقع شود. یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی بر تن پنداره زنان دارای اختلال بدشکلی بدنی مؤثر است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همسو می‌باشد.^{۱۴}

در تبیین این یافته باید عنوان نمود طرحواره‌ها، چارچوب‌ها یا الگوهای پردازش اطلاعات هستند که چگونگی مفهوم‌سازی یک شخص را از مجموعه‌ای از محرک‌ها نشان می‌دهند.^۸ به نظر می‌رسد زنان دارای اختلال بدشکلی بدنی نیز تن پنداره مناسبی ندارند و این تن پنداره نشأت گرفته از طرحواره‌های هیجانی آنها و همچنین تفسیر نادرست از هیجانات آنها می‌باشد. این زنان ارزیابی و تفسیر نامناسبی را از احساسات خود دارند و راهبردهای به‌کار رفته برای مقابله با این هیجانات مطلوب نیست. بنابراین در این میان، طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند با اثرگذاری بر تفسیر هیجانات و احساسات زنان دارای اختلال بدشکلی بدنی، تن پنداره آنها را بازسازی نماید. چراکه طرحواره‌درمانی هیجانی یک رویکرد درمانی فراشناختی است که در فرمول‌بندی و درمان آسیب‌های روانشناختی مطرح شده است و به چگونگی مفهوم‌سازی، ادراک و راهبردهای پاسخ‌دهی افراد به عواطف خود اشاره دارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه هر کدام از مؤلفه‌های مذکور (برطرف نمودن توقع تایید دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی) عنصری هیجانی دارند می‌توانند از طرحواره درمانی هیجانی که هدف اصلی اش تفسیر هیجانات و باورهای افراد در خصوص هیجانات شان است مؤثر واقع بيفتند. اما این مهم در خصوص مؤلفه درماندگی در برابر تغییر مؤثر واقع نشده است. به نظر می‌رسد بر اساس نمرات این مؤلفه، کاهش قابل توجهی به چشم می‌خورد اما از نظر آماری نمره آن معنادار نشده است و دلیل این مهم شاید این باشد که در طی جلسات بیشتر بر مؤلفه‌های دیگر تاکید شده است و از توجه به درماندگی در برابر تغییر غفلت شده است. از طرفی به نظر می‌رسد درماندگی در برابر تغییر عنصر شناختی قوی تری را نسبت به عنصر هیجانی در خود داشته باشد بنابراین طرحواره درمانی هیجانی کمتر در مورد آن کارساز بوده است و شاید طرحواره درمانی شناختی در اینجا نقش بیشتری را ایفا می‌نمود.

یافته‌های این پژوهش تا حدودی با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همسو می‌باشد.^{۱۳} نتایج نشان داد هر دو روش طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تحریف شناختی زنان تأثیر گذار بود و موجب کاهش تحریف شناختی دو گروه آزمایش شد اما تفاوتی معنادار در اثرگذاری دو روش درمانی وجود نداشت.

در تبیین این یافته باید عنوان کرد که افراد در مفهوم‌سازی هیجانات و راهبردهای کنار آمدن با هیجان‌ها، کاملاً با یکدیگر فرق می‌کنند. وقتی هیجان ناخوشایندی، مثل ناراحتی، خشم یا اضطراب فعال می‌شود، افراد با افکار و رفتارهای مختلفی به آن پاسخ می‌دهند. به همین دلیل آن‌ها از داشتن احساس اضطراب خجالت می‌کشند یا احساس گناه می‌کنند و ممکن است هیجان را نپذیرند. علاوه بر این، چنین افرادی ممکن است اعتقاد داشته باشند که نباید هیجان خاصی را تجربه کنند چون دیگران آن‌ها را درک نمی‌کنند. آن‌ها ممکن است فکر کنند باید منطقی باشند و نباید احساس‌های پیچیده‌ای داشته باشند.

در مدل طرح‌واره‌های هیجانی روی افکار فرد در مورد درستی یک هیجان، نیاز او به کنترل، سرکوبی، یا ابراز هیجان، تحمل برای پیچیدگی و تناقض‌گویی، تمرکز می‌شود.^۷ علاوه بر این افراد درباره راهبردهایی که آن‌ها معتقدند در کنار آمدن با یک هیجان لازم است، تفاوت دارند. برخی افراد هیجان را می‌پذیرند، هیجان را با ارزش‌های بالا پیوند می‌دهند و به دنبال معتبرسازی هستند و برخی دیگر از سرکوبی و اجتناب استفاده می‌کنند و سعی می‌کنند که تجربه هیجانی‌شان را انکار کنند. در فرایند درمان طرحواره درمانی هیجانی به نظر می‌رسد که زنان دارای اختلال بدشکلی بدنی آموخته‌اند که بر تفسیرشان از هیجان‌ها تمرکز کنند و نه پذیرش یا آگاهی از هیجان. همچنین با توجه به اینکه در این نوع درمانی نظریه خاص زنان مذکور نسبت به هیجان مشخص شده است به ویژه هیجان آنها در خصوص بدشکلی بدنی، آن را اصلاح نموده و آنها را برای اتخاذ راهبردهای سازگارانۀ تر برای تنظیم هیجان تشویق کرده‌اند. در واقع با توجه به این که در طی جلسات پژوهش حاضر، به نمونه‌های گروه آزمایش در خصوص تأیید، عادی‌سازی، بسط دادن و تمییز هیجان‌ها، ارتباط دادن هیجان‌ها با معنا و ارزش‌های زندگی، بسط دادن معناها، اصلاح باورهای مربوط به طول مدت و فقدان کنترل هیجان، افزایش پذیرش هیجان‌های مختلط یا آمیخته تاکید شده است همین فرایند منجر به کاهش باورهای منطقی از جمله توقع تایید دیگران، اجتناب از مشکل و بی‌مسئولیتی هیجانی مؤثر بوده است. چراکه به نظر می‌رسد طرحواره درمانی هیجانی با کار کردن بر روی

قدردانی ها

نویسندگان از مراکز روانپزشکی منطقه ۵ شهر تهران، بیماران شرکت کننده در این پژوهش و تمامی همکاران در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر تشکر می‌کنند.

دسترس پذیری داده ها

داده‌های موجود در این تحقیق در صورت درخواست معقول از پدید آورنده رابط ارایه می‌گردد و فایل آن موجود است.

مشارکت پدیدآوران

حسین رستمی طراحی و اجرای پژوهش مهران سلیمانی تحلیل نتایج مطالعه و سحر قاسمی تابید موارد آماری مطالعه را بر عهده داشتند.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر بخشی از پایانامه دانشجویی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی در دانشگاه آزاد اهر با کد IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.240 است که به تصویب معاونت محترم پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه رسیده است.

منابع مالی

این مقاله هیچ گونه حمایت مالی نداشته و تمامی هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله پرداخت شده است.

تعارض منافع

مؤلف اظهار می‌دارد که منافع متقابلی از تألیف و یا انتشار این مقاله ندارد.

References

1. Guha M. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Reference Reviews. 2014;28(3):36-7.
2. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodson J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*. 2016;18:168-86. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.07.003.
3. Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, Martin A. Classification of body dysmorphic disorder—what is the advantage of the new DSM-5 criteria? *Journal of psychosomatic research*. 2015;78(3):223-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.01.002.
4. Gazzarrini D, Perugi G. Gender and body dysmorphic disorder. *Body Dysmorphic Disorder: Advances in Research and Clinical Practice*. Phillips KA, ed. New York, NY: Oxford University Press. 2017. doi: 10.1093/med/9780190254131.003.0015.
5. Basharat M A, Ahmadvand S. Body dysmorphic disorder: a review. *Roish Psychology Journal*. 2021;61:181-96. (In Persian). doi: 10.1002/9780470684610.ch2
6. Puramralhi A. The relationship between body image and psychological well-being and happiness in pregnant women. *Nash measurement and knowledge*. 2016;6:23-28. doi: 10.21070/acopen.6.2022.2369 .
7. Ahmadvand S., Basharat M.A. Body dysmorphic disorder: a review. *Psychological Development*. 2021;10(4):181-96. (In Persian). doi: 10.29252/rooyesh.
8. Wilhelm S, Weingarden H, Greenberg JL, McCoy TH, Ladis I, Summers BJ. Development and pilot testing of a cognitive-behavioral therapy digital service for body dysmorphic disorder. *Behav Ther*. 2020;51:15-26. doi: 10.1016/j.beth.2019.03.007
9. Leahy R. Schema therapy. Zirak H, Azadi R translators. Tehran: Arjmand; 2018. PP: 240-5. doi: 10.4324/9780203711095.
10. Powell PA, Simpson J, Overton PG. An introduction to the revolting self: Self-disgust as an emotion schema. *The revolting self: Perspectives on the psychological, social, and clinical implications of self-directed disgust*. 2015;13:1-24. doi: 10.4324/9780429483042-1.
11. Khaleghi M, Mohammad K, Shahram H. The effectiveness of emotional schema therapy in reducing worry and symptoms of anxiety in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2015;8(2):43-56. (In Persian). doi: 10.22075/JCP.2017.2235
12. Schulte J, Schulz C, Wilhelm S, Buhlmann U. Treatment utilization and treatment barriers in individuals with body dysmorphic disorder. *BMC Psychiatry*. 2020;20(69):1-11. doi: 10.1186/s12888-020-02489-0.
13. Buhlmann U. Treatment barriers for individuals with body Dysmorphic disorder: an internet survey. *J Nerv Ment Dis*; 2014;199:268-71. doi: 10.1097/nmd.0b013e31821245ce.