

July-August 2020, Volume 8, Issue 3

Compare Effectiveness Mind Sport Training and Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Fear of Self Among People with Body Dysmorphic

Fahimeh Maheronnaghsh¹, Farah Naderi^{2*}, Saeed Bakhtiyarpor³, Sahar Safarzadeh³

1- PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Associate Professor Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

(Corresponding author)

Email: nmafrah@yahoo.com

3- Assistant professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Received: 18 April 2020

Accepted: 21 July 2020

Abstract

Introduction: The aim of the present research compare effectiveness mind sport training and acceptance and commitment therapy on psychological distress and fear of self among people with body dysmorphic in the Ahvaz city.

Methods: The research's plan was experimental of field experiment by pretest – posttest and control and follow-up groups. First, 100 people who referred to counseling centers in Ahvaz in the year 1398 were selected voluntarily. Then, 45 people who received the highest scores on body dysmorphic disorder's Rabie & et al questionnaire (2011) were selected through purposive sampling as sample size and were randomly assigned to three groups of 15 people experimenters 1,2 and control. Data collection tools were psychological distress Kessler & et al questionnaire (2002) and Fear of self Aguilera & et al questionnaire (2019).

Results: The results showed that in the posttest and two month follow-up stages, both mind sport training and acceptance and commitment therapy were effective on reduce psychological distress and fear of self ($p < 0/05$). Also, there was no difference between the effectiveness of two interventions on psychological distress and fear of self in the pretest and follow-up stages ($p > 0/05$).

Conclusions: Mind sport training and acceptance and commitment therapy can be used to reduce psychological distress and fear of self in body dysmorphic disorder.

Keywords: Body Dysmorphic, Mind Sport Training, Acceptance and Commitment Therapy Psychological Distress, Fear of Self.

مقایسه اثربخشی آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان شناختی و ترس از خود در افراد دارای بدریخت انگاری بدنی

فهیمة ماهرالنقش^۱، فرح نادری^{۲*}، سعید بختیارپور^۳، سحر صفرزاده^۳

۱- دانشجوی دکتری گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- دانشیار گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

ایمیل: nmafrah@yahoo.com

۳- استادیار گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۳۰

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان شناختی و ترس از خود در افراد دارای بدریخت انگاری بدنی شهرستان اهواز بود.

روش کار: روش پژوهش، تجربی از نوع آزمایشی میدانی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه و پیگیری بود. نخست تعداد ۱۰۰ نفر از افرادی که در سال ۱۳۹۸ به خاطر مساله بدریخت انگاری به مراکز مشاوره شهر اهواز مراجعه کرده بودند به روش داوطلبانه انتخاب شدند، سپس ۴۵ نفر که از پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن ربیعی و همکاران (۱۳۹۰) بالاترین نمره‌ها را کسب کردند، به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره آزمایش ۱، ۲ و گواه گمارده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌های پریشانی روان شناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲) و ترس از خود آگویار و همکاران (۲۰۱۹) بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان شناختی و ترس از خود اثربخش بودند ($p < 0/05$). همچنین، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین اثربخشی دو مداخله بر پریشانی روان شناختی و ترس از خود تفاوتی مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: می‌توان از آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش پریشانی روان شناختی و ترس از خود در اختلال بدریخت انگاری بدنی استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: بدریخت انگاری بدنی، آموزش ورزش ذهنی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پریشانی روان شناختی، ترس از خود.

مقدمه

اختلال بدریخت انگاری بدنی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم در طبقه اختلالات شبه وسواس قرار دارد و ملاک‌های چهارگانه تشخیصی بدریخت انگاری بدنی شامل (۱) نشخوار فکری به یک یا چند نقص یا عیب خیالی در ظاهر بدن (۲) در مقطعی در طول دوره این بیماری، فرد رفتارهای وسواسی عملی نظیر واریسی کردن خود در آینه، آرایش مفرط، پوست‌کنی، اطمینان خواهی از دیگران یا وسواس فکری نظیر مقایسه کردن ظاهر خود با

ظاهر دیگران در پاسخ به نگرانی درباره ظاهر خویش (۳) این نشخوار فکری ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد نماید (۴) این نشخوار فکری به ظاهر با نگرانی‌هایی درباره چاقی یا وزن بدن را نتوان با ملاک‌های تشخیصی اختلال خوردن توجیه کرد [۱]. از حیث شیوع شناسی، معمولاً اختلال بدریخت انگاری بدنی در اوایل نوجوانی و اوایل بزرگسالی شروع می‌شود اما شیوع این اختلال در سنین جوانی و در دهه‌های دوم و سوم زندگی نیز شایع

است [۲]. با این وجود، اختلال بدریخت انگاری بدن به خوبی مورد مطالعه قرارنگرفته است زیرا این بیماران بیشتر به متخصصین پوست، داخلی یا جراحان پلاستیک مراجعه می کنند تا روانپزشکان [۳]. پژوهش خانزاده، بشلیده، حمید و مرعشی نحوه شکل گیری علائم بدریخت انگاری و رفتارهای جبرانی برای زیبایی و تناسب اندام، را از طریق تأثیرات رسانه و متغیرهای شناختی و شخصیتی را در یک نمونه ایرانی نشان می دهد [۴]. بنابراین، بدریخت انگاری بدنی پدیده ای چند علیتی می باشد که فراسوی مفهوم روان شناختی آن می باشد به طوری که امروزه تحت تاثیر پدیده های نوظهوری همچون رسانه های ارتباط جمعی و القای مدهای زیبایی، ممکن است حتی افراد با ظاهری بهنجار، ناخواسته دچار بدریخت انگاری بدنی گردند [۵]. با این وجود، در موارد بسیاری افراد بدریخت انگار نسبت به افراد بهنجار، بیشتر مستعد آسیب روان شناختی می باشند [۶]. در بدریخت انگاری بدنی هر قسمت از بدن می تواند عامل نگرانی فرد باشد با این وجود، حتی در میان افراد بدریخت انگار که نگرانی مشترکی در مورد قسمت مشخصی از بدن دارند، شدت نشخوار فکری و نگرانی می تواند متفاوت باشد [۷]. اما، صاحب نظران معتقدند وجه مشترک نشخوار فکری در افراد بدریخت انگار بدنی، رهایی از اضطراب ناشی از نگرانی از تصویر بدنی می باشد [۶]. همچنین، مطالعات بسیاری رابطه نگرانی را با نشانه های افسردگی نشان داده اند (هانگ، موریس، رولفز و میسترزوبومسما [۶]. علاوه بر افسردگی و اضطراب، نشخوار فکری و نگرانی درتداوم هیجانات منفی نظیر استرس نیز دخیل است [۸]. فیلیپس دریافت که افراد دچار بدریخت انگاری بدنی در مقایسه با افراد دارای بیماری های جسمی صعب العلاج یا افراد مبتلا به اختلالات روان شناختی نظیر افسردگی، کیفیت زندگی پایین تر، استرس و سطوح بالایی از پریشانی روان شناختی را گزارش نموده اند [۹]. پریشانی روان شناختی برای بیان طیفی از هیجانات ناخوشایند بخصوص استرس، اضطراب و افسردگی در افراد دچار اختلالات طبقه ی وسواس و شبه وسواس هایی نظیر بدریخت انگاری بدنی به کار می رود [۱۰].

می تواند با اختلال در حیات اجتماعی افراد دارای بدریخت انگاری بدنی مرتبط باشد به طوری که سبب انزوای اجتماعی، احساس تنهایی، اضطراب اجتماعی و نوعی از فویبای خاص با عنوان "ترس از خود" گردد [۱۰]. در واقع، ترس از خود پیامد نشخوار فکری و نگرانی است [۱۱]. و در نتیجه ی خودپنداره ضعیف حاصل از بدریخت انگاری بدن، شخص اسیر تصورات غیرواقعی از خود می گردد و ترسی فراگیر از رویارویی با خود در تنهایی اش و نیز ترس از برملا شدن خصلت های منفی اش توسط دیگران، وی را در نشخوار فکری و نگرانی فلج کننده ای قرار می دهد [۱۲]. آگویلار و همکاران در پژوهشی نشان دادند که ترس از خود، یکی از پیامدها و یکی از علت های شکل گیری اختلال وسواس جبری و شبه وسواس در افراد مستعد، می باشد بدین صورت که افرادی که به دلیل تحریف شناختی دارای خود پنداره ای منفی مبنی بر خصلت های درونی بد و رفتارهای منفی خویش می باشند، دچار نشخوار فکری، نگرانی و ترس مداوم از برملا شدن شخصیت واقعی خود نزد دیگران هستند [۱۳]. همچنین، دمرچلی، کاکاوند و جلالی در پژوهشی نشان دادند که اختلال بدریخت انگاری بدن در عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی تداخل ایجاد می کند و یکی از پیامدهای آن ترس از ارزیابی مثبت و منفی خود از نگاه دیگران می باشد [۵].

از سوی دیگر، مروری بر تحقیقات صورت گرفته در این حوزه، نشان می دهد که عمده مداخلات درمانی در اختلالات مرتبط به طبقه وسواس و شبه وسواس ها، دارودرمانی و درمان های موج سوم خصوصا درمان شناختی- رفتاری (CBT) که عمدتا بر اصلاح شیوه ی شناختی این افراد متمرکز می باشد و تاکید بسیار کم بر عملکردهای مغز، روان شناسی اعصاب و ظرفیت خویشتن پذیری در این تحقیقات مشهود است [۱۴]. در این راستا، آموزش ورزش ذهنی یکی از مداخله های جدید در حوزه روان شناسی ورزشی و روان شناسی اعصاب می باشد که به نوروبیک ذهنی نیز مرسوم است [۱۵]. و شامل تمرین هایی ذهنی است که باعث می شوند سلول های عصبی مغز بیشتر از گذشته تحریک شوند و فعالیت تازه ای در چرخه مغز اتفاق بیفتد [۱۲]. کارن و همکاران بیان داشتند اساس برنامه های رایانه ای ورزش ذهنی، به فعالیت واداشتن سه بخش مغز شامل لوب پیشانی، لوب آهیانه ای و لوب گیجگاهی می باشد و در این زمینه نشان دادند که می

مقایسه اثربخشی آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش بر پریشانی روان شناختی و ترس از خود در افراد دارای بدریخت انگاری بدنی شهرستان اهواز انجام شد تا ضمن ارائه یافته ها و زمینه جدید پژوهشی، به درمان روان شناختی بهتر این افراد توسط دست اندرکاران امر یاری رساند.

روش کار

طرح پژوهش حاضر، تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود و جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه افرادی که در سال ۱۳۹۸ به خاطر مسئله بدریخت انگاری به مراکز مشاوره شهر اهواز مراجعه کرده و توسط روان درمانگران این مراکز و بر اساس ملاک های تشخیص بدریخت انگاری راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی ویرایش پنجم روی آنان تشخیص بدریخت انگاری بدنی داده شد، بودند. بر اساس مطالعات مشابه، برای تعیین حجم نمونه، تعداد ۱۰۰ نفر از افراد فوق الذکر به روش داوطلبانه انتخاب شدند، سپس ۴۵ نفر که از پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن ربیعی و همکاران (۱۳۹۰) بالاترین نمره ها را کسب کردند به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره در قالب گروه آزمایش ۱ (آموزش ورزش ذهنی)، گروه آزمایش ۲ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه گمارده شدند. ملاک های ورود برای شرکت کنندگان داشتن بدریخت انگاری بدنی، تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه، عدم تحت درمان دارویی بودن بخاطر بدریخت انگاری بدنی و داوطلب درمان غیردارویی بودن ایشان بود و ملاک های خروج شامل عدم تمایل شرکت کننده به ادامه همکاری در فرآیند پژوهش، ابتلا همزمان به بیماریهای جسمی، عصب روان شناختی یا سایر اختلالات روانپزشکی با علائم شدید بود. ملاحظات اخلاقی نیز شامل حفظ بی طرفی علمی و عدم سوء گیری قبلی پژوهشگر و محرمانه بودن مشخصات فردی و اطلاعات گردآوری شده از شرکت کنندگان در فرآیند اجرای پژوهش و پس از آن بود. برخی از ویژگی های جمعیت شناختی حجم نمونه از این قرار بود که در هر سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گواه، آزمودنی های زن ۳۴ نفر و آزمودنی های مرد ۱۱ نفر و بیشترین فراوانی سنی در محدوده ۵۰-۴۱ سال معادل ۳۵/۶ درصد حجم نمونه را به خود اختصاص داد. ابزار پژوهش

توان در جهت تقویت مهارت های ذهنی افرادی که دچار نقص شناختی هستند یا در اثر اختلالات روان شناختی دچار تحریف شناختی هستند، به خوبی بهره برد [۱۶]. رؤاس نیز در پژوهشی نشان داد که فعالیت بخشی از مغز به نام قشر زیرزانویی پیش پیشانی که مربوط به بیماری های عصبی است، در افراد دارای نشخوار فکری حاصل از وسواس های جبری اند و به مدت ۹۰ دقیقه در هفته ورزش ذهنی انجام می دهند، کمتر شده بود [۱۷]. سو و واشی در پژوهشی نشان دادند که تمرینات مغزی با درگیر کردن مراکز لوب پیشانی و آهیانه مغز گروهی ۵ نفره از افراد دچار بدریخت انگاری بدنی، سبب بهبود عملکردهای اجرایی عصبی - شناختی این افراد گشت و در کاهش نشانگان استرس و پوست کندن وسواسی در این افراد در طی مداخله تمرینات ذهنی و نیز تا ۲ ماه پس از آن پایدار بود [۱۸].

از سوی دیگر، رسولی علی آبادی و کلاتتری [۱۹]، رهنما، سجادیان و رئوفی [۲۰]، توهینگ، هیز و ماسود [۲۱]، غلامحسینی، خدابخشی و تقوایی [۲۲]، مورت، هافمن و روسنفلد [۲۳] در پژوهش هایی جداگانه نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی، پریشانی روان شناختی، ترس از خود و نگرانی از تصویر بدنی و افزایش عزت نفس در اختلال بدریخت انگاری بدن موثر است. در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان های رفتاری موج سوم رفتاردرمانی است که به عنوان جایگزینی برای درمان شناختی رفتاری کلاسیک تدوین شده و بر بنیاد نظریه چهارچوب ارتباطی (RFT) قرار دارد [۲۴] و اساس آن مبتنی بر هشیاری فراگیر (حضور ذهن) است [۲۵] در هشیاری فراگیر تأکید بر آن است که فرد بدون تلاش برای کنترل بر افکار و احساسات خود، به آنها اجازه دهد تا آنگونه که هستند، بیایند و بروند. هنگامی که تجربیات خصوصی (افکار و احساسات) را با گشودگی و پذیرش مشاهده کنند، حتی دردناک ترین آنها کمتر تهدیدکننده و قابل تحمل تر به نظر می رسند [۲۶]. از آنجایی که آمیختگی ورزش ذهنی با مبانی روان شناسی ورزشی، فیزیولوژی، عصب شناسی و علوم رایانه ای آنرا به بسته ای منحصر به فردی تبدیل کرده است و می توان اثربخشی آنرا بر افراد دچار بدریخت انگاری بدنی به آزمون گذاشت و نیز با سایر درمان های مرسوم بر روی افراد بدریخت انگار بدنی، نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقایسه نمود. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف

حاضر نیز شامل موارد می باشد:

پرسشنامه پریشانی روان شناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲): این پرسشنامه توسط کسلر و اندروز، کاپل در سال ۲۰۰۲ ساخته شد و برای شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی به دو صورت ۱۰ سوالی و ۶ سوالی تدوین شد و در مطالعات مختلف از آن استفاده شد، برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی، کارایی ۱۰ سوالی بیشتر است و در پژوهش حاضر نیز از فرم ۱۰ سوالی آن استفاده می گردد. سوالات این دو فرم در طیف لیکرت ۴ درجه ای از "هرگز" تا "همیشه" بوده و بین صفر تا چهار نمره گذاری می گردد؛ لذا حداقل و حداکثر نمره در فرم ۱۰ سوالی این پرسشنامه به ترتیب ۰ و ۴۰ و در فرم ۵ سوالی به ترتیب ۰ و ۲۰ می باشد. ولدهوزن، سیزنی، کوردیباک و استرینر (۲۰۰۷) حساسیت فرم ۵ سوالی این پرسشنامه را در مقایسه با مصاحبه تشخیصی بین المللی جامع (CIDI) برای اختلالات مختلف محاسبه و دریافتند که حساسیت آن برای آن دسته از بیمارانی که همزمان چند اختلال را داشتند، بسیار بالا و حساسیت آن برای افرادی که از یک اختلال رنج می بردند، برای اکثر اختلالات مناسب و فقط برای اختلال گذرهای از بقیه اختلالات پایین تر بود. آندروز و اسلید (۲۰۰۱) اعتبار و پایایی این پرسشنامه را مورد تایید قرار دادند. پژوهش ها نشان می دهد که این پرسشنامه برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی کارایی مناسبی دارد (اندروسون و همکاران، ۲۰۱۲). وزیری و لطفی کاشانی (۲۰۱۲) نیز در یک مطالعه پژوهشی، پایایی پرسشنامه ی کسلر را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰۴ و با روش دو نیمه سازی ۰/۸۶۸ گزارش نمودند. همچنین وزیری و لطفی کاشانی (۲۰۱۲) با بدست آوردن همبستگی نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه ی سلامت عمومی GHQ ۲۸، اعتبار این آزمون را ۰/۸۰ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه پریشانی روان شناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲) با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف ۰/۷۴ و ۰/۷۰ بدست آمد که بیانگر ضرایب پایایی خوب پرسشنامه یاد شده می باشد.

پرسشنامه ترس از خود آگویلار و همکاران (۲۰۱۹) (FSQ): فرم اصلی پرسشنامه ترس از خود به زبان انگلیسی توسط آردما و همکاران (۲۰۱۳) به شکل ۴۱ سوالی ساخته شد اما فرم ایتالیایی ۸ سوالی آن نیز توسط میلی، ایردما و مولدینگ (۲۰۱۵) از روی نسخه اصلی انگلیسی ساخته شد. با این وجود در پژوهش حاضر از نسخه اسپانیایی ۲۰ سوالی

این پرسشنامه که توسط آگویلار و همکاران (۲۰۱۹) که از روی فرم اصلی ۴۱ سوالی انگلیسی آن ساخته شده است، استفاده گردید. لازم به ذکر است هیچ پرسشنامه استاندارد شده ای به زبان فارسی برای سنجش ترس از خود، موجود نیست لذا برای اولین بار در پژوهش حاضر، نسخه اسپانیایی پرسشنامه ترس از خود آگویلار و همکاران (۲۰۱۹) به فارسی ترجمه گردید و گویه های آن پس از بومی سازی با فرهنگ داخلی ایران، به تایید و ملاحظه اساتید محترم راهنما و مشاور قرار گرفت و آنگاه ضریب پایایی این پرسشنامه با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف ۰/۶۸ و ۰/۶۹ بدست آمد که بیانگر ضرایب پایایی خوب پرسشنامه یاد شده می باشد. پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن ربیعی و همکاران (۱۳۹۰): پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن توسط ربیعی، صلاحیان، بهرامی و پالاهنگ در سال ۱۳۹۰ ساخت و اعتباریابی شد. این پرسشنامه دارای ۳۱ سوال بوده و هدف آن ارزیابی ابعاد فراشناخت بدشکلی بدن، راهبردهای کنترل فراشناختی، "اتلاف فکر- عمل یا درآمیختگی افکار،" باورهای مثبت و منفی فراشناختی، رفتارهای ایمنی است. پرسشنامه فوق دارای پنج چهار بعد بوده که سوالات ۱ تا ۱۴ مربوط به راهبردهای کنترل فراشناختی، سوالات ۱۵ تا ۲۲ مربوط به اتلاف فکر- عمل یا درآمیختگی افکار، سوالات ۲۳ تا ۲۷ مربوط به باورهای مثبت و منفی فراشناختی و سوالات ۲۸ تا ۳۱ مربوط به رفتارهای ایمنی بود. سوالات پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن در طیف لیکرت ۵ درجه ای شامل کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم بوده و به ترتیب از صفر تا پنج نمره گذاری می گردد؛ برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد را با هم جمع نمایید. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. بدین ترتیب حداقل نمره ۳۱ و حد حداکثر نمره ۱۵۵ می باشد. شیوه تفسیر نمرات به این صورت می باشد: نمره بین ۳۱ تا ۶۲: میزان اختلال بدشکلی بدن، کم است، نمره بین ۶۲ تا ۹۳: میزان اختلال بدشکلی بدن، متوسط است، نمره بالاتر از ۹۳: میزان اختلال بدشکلی بدن، زیاد است.

در پژوهش ربیعی و همکاران (۱۳۹۰) بررسی روایی همزمان بر روی ۲۰۰ نفر دانشجو، نشان داد که پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن و عامل های آن با مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی یال- براون برای اختلال

فهیمه ماهرالنقش و همکاران

دقیقه ای دو جلسه در هفته از تمرینات ورزش ذهنی با نسخه کامل نرم افزار کامپیوتری ورزش ذهنی کاواشیما نسخه ۲۰۱۷ استفاده شد که شامل چهار تمرین برای تقویت منطق و استدلال، حافظه، محاسبه و بینایی است و هر تمرین شامل شش بازی متفاوت می باشد که خلاصه آن به شرح زیر بود:

بدشکلی بدن، همبستگی مثبت و معنی دار دارد. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن ربیعی و همکاران (۱۳۹۰) با دو روش آلفای کرونباخ و تصیف ۰/۶۸ و ۰/۶۶ بدست آمد که بیانگر ضرایب پایایی خوب پرسشنامه یاد شده می باشد. همچنین برای مداخله آموزش ورزش ذهنی از ۱۰ جلسه ۶۰

جدول ۱: شرح جلسات آموزش ورزش ذهنی

جلسه	شرح جلسه
اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره و شرح بازی ها، اجرای پیش آزمون، اجرای بازی منطق و استدلال (سنگ، کاغذ، قیچی/ دور تکامل/ جورکردن چرخ دنده ها)
دوم	اجرای بازی منطق و استدلال (معمای مرموز، طاس جادویی، شکل ها و رنگ ها)
سوم	اجرای بازی حافظه (توالی عکس ها، تشخیص افراد، راه خانه من)
چهارم	اجرای بازی حافظه (از کوتاه ترین به بلندترین، اگر میتوانی من را بگیر، سید میوه)
پنجم	اجرای بازی محاسبه (ریاضی ساده، انجام دادن تغییرات درست، منظم کردن اعداد)
ششم	اجرای بازی محاسبه (معادلات خالی، نزدیکترین همسایه، محاسبه کردن)
هفتم	اجرای بازی بینایی (شناسایی جفت ها، نقطه های رنگی، نقطه نظر یا دیدگاه)
هشتم	اجرای بازی بینایی (مسابقه ماشین، تخم مرغ ها کجاست، مساله های گیج کننده)
نهم	جمع بندی مطالب جلسات گذشته، اجرای دوباره بازی های منطق و استدلال، حافظه، محاسبه و بینایی
دهم	اجرای پس آزمون و تقدیر و تشکر از شرکت کنندگان

هیس (۲۰۰۴) استفاده شد که خلاصه آن به شرح زیر بود:

همچنین، برای مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای و یک جلسه در هفته به شیوه باند و

جدول ۲: شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	شرح جلسه	تغییر رفتار مورد انتظار
اول	معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره	کسب اطلاعات درباره ACT
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روان	عدم تلاش جهت اجتناب از هیجان های منفی
سوم	اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی	پذیرش رفتار و هیجانهای منفی
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	توجه به تجارب کنونی و لحظه به لحظه
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	پذیرش هیجانها و افکار منفی بدون پیشداوری و قضاوت
ششم	آموزش فنون درمانی ارزشهای شخصی و روشن سازی ارزشها و آموزش تنظیم هیجانها (استعاره فنجان بد)	تلاش در جهت انعطاف پذیری روان شناختی اهداف براساس ارزشها
هفتم	آموزش فنون درمانی ارزشهای شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صحنه شطرنج)	کسب انعطاف پذیری روانشناختی
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجانها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی	رهایی از هیجانها و افکار منفی و کسب انعطاف پذیری روانشناختی

یافته ها

نمرات در جامعه از آزمون های کلموگروف - اسمیرنوف و آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون متغیرهای تحقیق سه گروه در جامعه انجام شد.

به منظور انجام آزمون کواریانس پیش فرض های تساوی واریانس ها از آزمون لوین، نرمال بودن توزیع نمرات توزیع

جدول ۳: شاخص های توصیفی و نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف به تفکیک گروه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره	معنی داری	تعداد	
پیشانی روان شناختی	پیش آزمون	آزمایش ۱	۲۱/۸۶	۰/۸۸	۰/۱۵۳	۲/۰۰	۱۵	
		آزمایش ۲	۲۴/۸۰	۰/۹۲	۰/۱۳۷	۲/۰۰	۱۵	
		گواه	۲۵/۶۶	۰/۶۴	۰/۱۱۴	۲/۰۰	۱۵	
	پس آزمون	آزمایش ۱	۱۲/۴۰	۱/۲۱	۰/۱۱۲	۲/۰۰	۱۵	
		آزمایش ۲	۱۱/۶۰	۱/۰۵	۰/۱۱۸	۲/۰۰	۱۵	
		گواه	۲۷/۲۰	۱/۱۳	۰/۲۰۸	۰/۱۰۸	۱۵	
	پیگیری	آزمایش ۱	۱۲/۹۳	۱/۰۸	۰/۱۰۶	۲/۰۰	۱۵	
		آزمایش ۲	۱۲/۰۶	۱/۱۲	۰/۱۴۹	۲/۰۰	۱۵	
		گواه	۲۷/۰۰	۱/۱۳	۰/۲۱۰	۰/۰۷۴	۱۵	
	ترس از خود	پیش آزمون	آزمایش ۱	۷۳/۳۳	۱/۶۹	۰/۱۷۲	۲/۰۰	۱۵
			آزمایش ۲	۸۳/۱۳	۲/۹۳	۰/۲۰۰	۰/۱۱۱	۱۵
			گواه	۸۵/۶۰	۲/۱۸	۰/۱۴۵	۲/۰۰	۱۵
پس آزمون		آزمایش ۱	۵۳/۹۳	۲/۳۸	۰/۱۷۴	۲/۰۰	۱۵	
		آزمایش ۲	۵۴/۹۳	۱/۲۹	۰/۱۲۹	۲/۰۰	۱۵	
		گواه	۵۷/۶۰	۷/۶۴	۰/۱۸۱	۲/۰۰	۱۵	
پیگیری	آزمایش ۱	۵۳/۸۰	۲/۳۱	۰/۱۷۶	۲/۰۰	۱۵		
	آزمایش ۲	۵۴/۹۳	۱/۲۷	۰/۱۸۰	۲/۰۰	۱۵		
	گواه	۸۱/۱۳	۱/۷۳	۰/۱۸۴	۰/۱۸۴	۱۵		

جدول ۴: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها متغیرهای تحقیق سه گروه در جامعه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
پیشانی روانشناختی	۱/۰۴	۲	۴۱	۰/۳۶۰
ترس از خود	۲/۶۴	۲	۴۱	۰/۰۸۲

جدول ۵: نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیبهای رگرسیون متغیرهای تحقیق سه گروه در جامعه

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معنی داری
پیشانی روانشناختی	تعامل	۱/۲۶	۰/۲۹۳
ترس از خود	گروه * پیش آزمون	۱/۱۰	۰/۳۴۳

آمارای تایید نگردید ($p > 0.05$). بنابراین، کلیه مفروضه های استفاده از تحلیل کواریانس تایید می شود.

همانطور که در جداول ۳ تا ۵ ملاحظه می گردد، سطح معنی داری کلیه آزمون های مربوط به پیش فرض های

فهمیه ماهر نقش و همکاران

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون پریشانی روان-شناختی و ترس از خود در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۷	۴	۸۰	۱۵/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۴۳	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۴	۴	۷۸	۳۲/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۶۲	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۶/۰۵	۴	۷۶	۵۷/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۷۵	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۶/۰۳	۲	۴۰	۱۲۰/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۸۵	۱/۰۰

*گروه آزمایش ۱: گروه تحت مداخله آموزش ورزش ذهنی
*گروه آزمایش ۲: گروه تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

در ادامه نوبت به بررسی این موضوع می‌رسد که آیا هر یک از متغیرهای وابسته (پریشانی روان شناختی و ترس از خود) بطور جداگانه از سطوح مختلف متغیرهای مستقل (آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) تاثیر پذیرفته اند یا خیر؟ بر این اساس با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا (آنکوا) به بررسی اثر متغیرهای مستقل بر هریک از متغیرهای وابسته پرداخته شده است.

همان طوری که در (جدول ۶) مشاهده می‌شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری هر چهار آزمون چندمتغیری (اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) در مرحله پس آزمون معنی دار می‌باشد ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، بین حداقل یکی از گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (پریشانی روان شناختی و ترس از خود) تفاوت معنی داری وجود دارد. توان آماری برابر با ۱ است، به عبارت دیگر، امکان بروز خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا (آنکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون پریشانی روان شناختی و ترس از خود افراد دارای بدریخت انگاری بدنی گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۵۹/۷۷	۱	۵۹/۷۷	۳/۲۵	۰/۰۷۹	۰/۰۷	۰/۴۲
گروه	۱۹۲۵/۰۲	۲	۹۶۲/۵۱	۵۲/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۱/۰۰
خطا	۷۵۳/۸۲	۴۱	۱۸/۳۸				
پیش آزمون	۲۷۰/۱۸	۱	۲۷۰/۱۸	۵/۸۱	۰/۰۲۰	۰/۱۲	۰/۶۵
گروه	۵۵۰۹/۳۱	۲	۲۷۵۴/۶۵	۵۹/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۷۴	۱/۰۰
خطا	۱۹۰۶/۰۸	۴۱	۴۶/۴۹				

*گروه آزمایش ۱: گروه تحت مداخله آموزش ورزش ذهنی
*گروه آزمایش ۲: گروه تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ترس از خود تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$). جهت تشخیص اینکه بین کدام یک از گروه‌ها در متغیرهای پریشانی روان شناختی و ترس از خود تفاوت وجود دارد لازم است از آزمون تعقیبی استفاده شود که در جدول زیر نتایج آن آورده شده است.

همان طوری که در (جدول ۷) ملاحظه می‌گردد با کنترل پیش آزمون بین حداقل یکی از گروه‌های آزمایشی ۱ و ۲ و گروه گواه در پس آزمون از لحاظ پریشانی روان شناختی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین بین افراد دارای بدریخت انگاری بدنی در حداقل یکی از گروه‌های آزمایشی ۱ و ۲ و گروه گواه در پس آزمون از لحاظ

جدول ۸: نتایج آزمون تعقیبی LSD بر روی میانگین پس آزمون پریشانی روان شناختی و ترس از خود گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ با کنترل پیش آزمون

متغیر وابسته	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها (F)	خطای استاندارد Std. Error	سطح معنی داری (p)	%۹۵ فاصله اطمینان	
					حد پایین	حد بالا
پریشانی روان شناختی	آزمایش ۱ و گواه	-۱۲/۲۱	۱/۸۷	۰/۰۰۰	-۱۶/۰۰	-۸/۴۲
	آزمایش ۲ و گواه	-۱۵/۰۴	۱/۵۵	۰/۰۰۰	-۱۸/۱۹	-۱۱/۹۰
	آزمایش ۱ و ۲	۲/۸۳۲	۱/۷۵	۰/۱۱۵	-۰/۷۱	۶/۳۸
	آزمایش ۱ و گواه	-۲۴/۱۴	۳/۰۶	۰/۰۰۰	-۳۰/۳۴	-۱۷/۹۳
	آزمایش ۲ و گواه	-۲۵/۶۴	۲/۵۴	۰/۰۰۰	-۳۰/۷۹	-۲۰/۵۰
	آزمایش ۱ و ۲	۱/۵۰	۲/۸۷	۰/۶۰۲	-۴/۲۹	۷/۳۱

*گروه آزمایش ۱: گروه تحت مداخله آموزش ورزش ذهنی
*گروه آزمایش ۲: گروه تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

همچنین مطابق (جدول ۸) تفاوت میانگین گروه گواه با هر دو گروه مداخله آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر ترس از خود معنی دار می باشد ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارتی دیگر، آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش ترس از خود در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ شدند. همچنین، تفاوت میانگین گروه آزمایش ۱ و ۲ در متغیر ترس از خود معنی دار نمی باشد ($p > ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، بین اثربخشی آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ترس از خود، تفاوت معنی داری یافت نشد.

مطابق (جدول ۸) تفاوت میانگین گروه گواه با هر دو گروه مداخله آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر پریشانی روان شناختی معنی دار می باشد ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارتی دیگر، آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش پریشانی روان شناختی در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ شدند. همچنین، تفاوت میانگین گروه آزمایش ۱ و ۲ در متغیر پریشانی روان شناختی معنی دار نمی باشد ($p > ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، بین اثربخشی آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان شناختی، تفاوت معنی داری یافت نشد.

جدول ۹: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پیگیری پریشانی روان شناختی و ترس از خود در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۸	۴	۸۰	۱۵/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۴۴	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۳	۴	۷۸	۳۴/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۶۳	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۶/۵۴	۴	۷۶	۶۲/۱۳	۰/۰۰۰	۰/۷۶	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۶/۵۲	۲	۴۰	۱۳۰/۷۵	۰/۰۰۰	۰/۸۶	۱/۰۰

*گروه آزمایش ۱: گروه تحت مداخله آموزش ورزش ذهنی
*گروه آزمایش ۲: گروه تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (پریشانی روان شناختی و ترس از خود) تفاوت معنی داری وجود دارد. توان آماری برابر با ۱ است، به عبارت دیگر، امکان بروز خطای نوع دوم وجود نداشته است. در ادامه نوبت به بررسی این موضوع می رسد که آیا در مرحله پیگیری دو ماهه هر یک از متغیرهای وابسته

همان طوری که در (جدول ۹) ملاحظه می گردد با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری هر چهار آزمون چندمتغیری (اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) در مرحله پیگیری معنی دار می باشد ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، با کنترل پیش آزمون بین حداقل یکی از گروه‌های آزمایشی ۱ و ۲ و گروه گواه در مرحله پیگیری

فهیمه ماهرالنقش و همکاران

بر این اساس با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا (آنکوا) به بررسی اثر متغیرهای مستقل بر هریک از متغیرهای وابسته پرداخته شده است.

جدول ۱۰: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا (آنکوا) بر روی میانگین نمرات پیگیری پریشانی روان شناختی و ترس از خود افراد دارای بدریخت انگاری بدنی گروه های آزمایش ۱ و ۲ و گواه با کنترل پیش آزمون

توان آماری	مجدور اتا	سطح معنی داری p	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع تغییرات	پیشانی روان شناختی
۰/۳۳	۰/۰۵	۰/۱۲۳	۲/۴۸	۴۴/۸۲	۱	۴۴/۸۲	پیش آزمون	پیشانی روان شناختی
۱/۰۰	۰/۷۰	۰/۰۰۰	۴۹/۰۰	۸۸۵/۶۶	۲	۱۷۷۱/۳۲	گروه	
				۱۸/۰۷	۴۱	۷۴۱/۰۴	خطا	
۰/۶۸	۰/۱۳	۰/۰۱۶	۶/۲۷	۲۷۸/۸۴	۱	۲۷۸/۸۴	پیش آزمون	ترس از خود
۱/۰۰	۰/۷۵	۰/۰۰۰	۶۱/۷۳	۲۷۴۳/۸۶	۲	۵۴۸۷/۷۲	گروه	
				۴۴/۴۴	۴۱	۱۸۲۲/۲۲	خطا	

* گروه آزمایش ۱: گروه تحت مداخله آموزش ورزش ذهنی
* گروه آزمایش ۲: گروه تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

همان طوری که در (جدول ۱۰) ملاحظه میگردد در مرحله پیگیری دو ماهه با کنترل پیش آزمون بین حداقل یکی از گروه های آزمایشی ۱ و ۲ و گروه گواه از لحاظ پریشانی روان شناختی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$). همچنین بین افراد دارای بدریخت انگاری بدنی در حداقل یکی از گروه های آزمایشی ۱ و ۲ و گروه گواه از لحاظ ترس از خود تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$).

جدول ۱۱: نتایج آزمون تعقیبی LSD بر روی میانگین پیگیری پریشانی روان شناختی و ترس از خود گروه های آزمایش ۱ و ۲ با کنترل پیش آزمون

گروه های مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها (F)	خطای استاندارد Std. Error	سطح معنی داری (p)	۹۵٪ فاصله اطمینان حد پایین	حد بالا	متغیر وابسته
آزمایش ۱ و گواه	-۱۱/۶۱	۱/۸۵	۰/۰۰۰	-۱۵/۳۶	-۷/۸۷	پیشانی روان شناختی
آزمایش ۲ و گواه	-۱۴/۴۱	۱/۵۳	۰/۰۰۰	-۱۷/۵۲	-۱۱/۳۰	
آزمایش ۱ و ۲	۲/۷۹	۱/۷۳	۰/۱۱۵	-۰/۷۰	۶/۳۰	
آزمایش ۱ و گواه	-۲۴/۲۹	۲/۹۹	۰/۰۰۰	-۳۰/۳۵	-۱۸/۲۴	ترس از خود
آزمایش ۲ و گواه	-۲۵/۶۰	۲/۴۸	۰/۰۰۰	-۳۰/۶۲	-۲۰/۵۸	
آزمایش ۱ و ۲	۱/۳۰	۲/۸۰	۰/۶۴۳	-۴/۳۵	۶/۹۷	

* گروه آزمایش ۱: گروه تحت مداخله آموزش ورزش ذهنی
* گروه آزمایش ۲: گروه تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

مطابق (جدول ۱۱) در مرحله پیگیری دو ماهه تفاوت میانگین گروه گواه با هر دو گروه آزمایشی در متغیرهای پریشانی روان شناختی و ترس از خود معنی دار می باشد ($P < ۰/۰۵$). به عبارتی دیگر، در مرحله پیگیری دو ماهه آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان شناختی و ترس از خود، تفاوتی وجود نداشت.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان شناختی و

در مرحله پیگیری دو ماهه تفاوت میانگین گروه گواه با هر دو گروه آزمایشی در متغیرهای پریشانی روان شناختی و ترس از خود معنی دار می باشد ($P < ۰/۰۵$). به عبارتی دیگر، در مرحله پیگیری دو ماهه آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش پریشانی روان شناختی و ترس از خود در شرکت کنندگان گروه های آزمایشی ۱ و ۲ شدند. همچنین، تفاوت میانگین گروه آزمایشی ۱ و ۲ در متغیرهای پریشانی روان شناختی و

ترس از خود در افراد دارای بدریخت انگاری بدنی شهرستان اهواز انجام گرفت.

یافته اول این پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش ورزش ذهنی در مراحل پس آزمون و پیگیری بر کاهش پریشانی روان شناختی و ترس از خود افراد دارای بدریخت انگاری بدنی بود که با پژوهش های سو و واشی دال بر تأثیر تمرینات ذهنی بر بهبود عملکردهای اجرایی عصبی - شناختی و کاهش نشانگان استرس و پوست کندن وسواسی افراد دارای بدریخت انگاری بدنی [۱۸] و پژوهش فیلیپس مینی بر تأثیر ورزش های فکری نظیر شطرنج و نیز تمرینات مغزی کامپیوتری بر تنظیم بهتر عملکرد لوب آهیانه و پریشانی مغزی کاهش نشانگان اضطرابی افراد دچار وسواس جبری [۲۷] همسو بود.

در تبیین این یافته می توان گفت وجه مشابه افراد خود بدریخت انگار تحریف شناختی واقعیات، انکار و نپذیرفتن خویشتن خصوصا از حیث ظاهری و پیامدهایی نظیر ترس از اجتماع، خودکم بینی، دروغ پردازی و ماسک زدن فراوان در مناسبات اجتماعی است که بازتابی از شدت ترس از خود می باشد [۲۸] که پیامد آن بروز طیفی از هیجانات ناخوشایند بخصوص استرس، اضطراب و افسردگی یا همان پریشانی روان شناختی می باشد [۱۰]. به عبارتی، پریشانی روان شناختی و ترس از خود، پیامد اختلال بدریخت انگاری بدن می باشند [۵] و وجه مشترک آنها، وجه هیجانی بودنشان می باشد. این در حالی است که مکانیسم اثر برنامه های رایانه ای ورزش ذهنی بر فروکش سطح هیجاناتی منفی به دو صورت است: نخست اینکه ورزش ذهنی همچون ورزش جسمانی، موجب ترشح بیشتر سرتونین در مغز می گردد [۲۹] که به مسرت و نشاط فرد منجر می گردد؛ دوم اینکه ورزش ذهنی با به فعالیت واداشتن سه بخش مغز شامل لوب پیشانی، لوب آهیانه ای و لوب گیجگاهی، می تواند به تنظیم اساس بیوشیمی کارکردهای نوروسایکولوژی مغز منجر گردد و از آنجا که کارکرد هیجانات آدمی در کنار کارکردهایی نظیر محتوای شخصیتی، چاره یابی، هیجانات، تمرکز، دآوری، سخن گفتن و حرکات ارادی مربوط به لوب پیشانی می باشند [۱۶] آموزش ورزش ذهنی با تنظیم مجدد هیجانی و کاهش پریشانی روان شناختی و ترس از خود در افراد مورد مطالعه پژوهش حاضر منجر گردید و اثر آن در مرحله پیگیری دوماهه نیز پابرجا بود.

یافته دیگر پژوهش دال بر اثربخشی درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان شناختی و ترس از خود افراد دارای بدریخت انگاری بدنی شهرستان اهواز در مراحل پس آزمون و پیگیری بود که بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش رسولی علی آبادی و کلانتری بر کاهش افسردگی، عزت نفس و نگرانی تصویر بدنی [۱۹]، در پژوهش توهینگ، هیز و ماسود بر کاهش افسردگی، اضطراب و اجتناب تجربه ای نشانگان وسواس [۲۱]، در پژوهش غلامحسینی، خدابخشی و تقوایی بر بهبود افسردگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی [۲۲] و در پژوهش مورت، هافمن و روسنفیلد در کاهش علائم اضطراب در مکالمه و گفتگوی عمومی افراد دچار بدریخت انگاری بدنی در تعاملات اجتماعی [۲۳] همسو بود.

در تبیین این یافته می توان اظهار داشت اجتناب تجربی به سعی و تلاش برای اجتناب از تجربیات خصوصی (مثل افکار و احساسات) به جای پذیرش آنها اطلاق می شود که در دراز مدت باعث رنج روان شناختی بیشتر می شود و استرس، اضطراب و افسردگی و ترس از خود ناشی از بد ریخت انگاری بدن نیز نوعی اجتناب تجربی محسوب می گردند [۳۰]. از سوی دیگر، در خلال جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تقویت مهارت های هشپاری فراگیر (پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه کنونی و مشاهده خود) مراجعان می آموزند به جای اجتناب تجربی از بار منفی هیجاناتی نظیر استرس، اضطراب و افسردگی و ترس از خود، به تمرین زندگی در اینجا و اکنون، عدم کنترل افکار و صرفا نظاره گر آمد و شد آنان بودن بپردازند و به این درک برسند که استرس، اضطراب و افسردگی و ترس از خود، آنان کمتر تهدیدکننده یا غیرقابل تحمل به نظر می رسد [۳۱] و به نوعی پذیرش و یافتن بصیرت نسبت به آنها و نهایتا فروکش شان گردند که در پژوهش حاضر در مراحل پس آزمون و پیگیری نیز مؤید کاهش این هیجانات بود.

یافته دیگر پژوهش این بود که عدم تفاوت معنی دار بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به آموزش ورزش ذهنی بر کاهش پریشانی روان شناختی و ترس از خود در افراد دارای بدریخت انگاری بدن در مراحل پس آزمون و پیگیری دوماهه بود.

در تبیین این یافته می توان اظهار داشت نه تنها در مرحله پس آزمون بلکه در مرحله پیگیری هنوز هم هر دو درمان بر هر دو متغیر وابسته تأثیری معناداری داشتند لیکن عدم تفاوت بین اثربخشی شان، نه تنها نشان دهنده کارایی

بدن، کمک بهتری گردد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر که هم دال بر اثربخشی هر دو مداخله آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نیز عدم تفاوت معنی دار بین دو اثربخشی فوق در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری دو ماهه در کاهش پریشانی روان شناختی و ترس از خود در اختلال بدریخت انگاری بدنی بود، باید اذعان داشت که از این دو مداخله در امر درمان روانشناختی افراد دچار اختلال بدریخت انگاری بدنی به نحو مطلوبی می توان بهره برد و در نهایت به بهبود وضعیت بهداشت روانی کل جامعه کمک شایانی نمود.

سیاسگزاری

این پژوهش بخشی از رساله دکتری روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوزستان (اهواز) و دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق و نظارت بر مطالعات علمی دانشگاه به شماره IR.IAU.AHVAVZ.REC.1398.027 است. در اینجا از جامعه مورد پژوهش و همچنین از مسئولین مراکز مشاوره مراجعه شده که در پیشبرد این پژوهش با ما همکاری کردند و امکان اجرای این مطالعه را فراهم نمودند تشکر و قدردانی میشود.

References

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. Translated by Farzin Rezaei, Ali Fakhraei, Atousa Farmand, Ali Niloufari, Janet Hashemi Azar and Farhad Shamloo (2015). Third Edition, Tehran: Arjmand. [Persian]. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Philips, K. A. (2005). The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder. New York: Oxford University Press.
3. Kaplan, Herold; Sadok, James (2014) Summary of Behavioral Psychiatry / Clinical Psychiatry by Dr. Farzin Rezaei (2016). Tehran: Arjmand.
4. Khanzadeh, M., Beshleideh, K., Hamid, N., Marashi, SA. (2017). Designing and testing a model of antecedents of physical abuse symptoms in students. Journal of Clinical Psychology, 33, 99-85. [Persian].

آموزش ورزش ذهنی به موازات یکی از مرسوم ترین درمان های موج سوم یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود بلکه مؤید این نکته است که می توان از هر دو درمان خصوصا ورزش ذهنی با توجه به مبانی روانشناسی اعصاب و غدد مستتر در آن به عنوان جایگزینی جدی برای درمان های مرسوم مربوط به مشکلات روانشناختی افراد بدریخت انگاری بدن، خصوصا دارودرمانی با توجه به مشکلات نظیر وابستگی دارویی، مقطعی بودن و منوط به مصرف دارو بودن درمان و کاهش دست به دامان رفتارهای جبرانی شدن نظیر جراحی های زیبایی بی مورد، رژیم های غذایی غیراستاندارد، ورزش های افراطی و نهایتا بهبود عملکرد فردی اجتماعی در افراد بدریخت انگاری بدن کمک جست. در نهایت علی رغم محدودیت های پژوهش حاضر به ویژه اینکه این پژوهش بر روی افراد دارای بدریخت انگاری بدنی شهرستان اهواز انجام گرفته است، می بایست نتایج حاصل از این پژوهش را با احتیاط به سایر افراد و گروه های جامعه تعمیم داد. به علاوه پیشنهاد می گردد تحقیقات بیشتر در خصوص مقایسه اثربخشی آموزش ورزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان شناختی و ترس از خود در افراد با سایر اختلالات روانشناختی انجام شود. علاوه بر این، پیشنهاد می شود نتایج بدست آمده از این پژوهش در مراکز مشاوره و روان درمانی شهرستان اهواز، مورد استفاده قرار گیرد تا به افراد با بدریخت انگاری

5. Demarchelli, N., Kakavand, MR, Jalali, MR. (2017). Developing a Model of Relationship between Social Anxiety and Body Disorder Disorder: The Mediating Role of Fear of Positive and Negative Evaluation. Quarterly Journal of Psychological Studies, Faculty of Education and Psychology, Al-Zahra University, 13 (2), 132-113. [Persian].
6. Basaknejad, S., Mehrabizadeh Honarmand, M., Hassani, M., Nargesi, F. (2012). The Effectiveness of Group Narrative Therapy on Concerns about Body Malformations in Female Students. Journal of Health Psychology, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz: 2 (1), 5-12. [Persian].
7. Bassak Nejad, S. (2007). The relationships between selected psychological antecedents and body image concern among women seeking plastic surgery", International Journal of Psychology, 2, 35-46.

8. Dadsetan, P. (2003). *Illness Psychology Delivered from Childhood to Adulthood*, Volume I, Tehran: samt Publications[Persian].
9. Philips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.
10. Birami, M. Hashemi, T. Bakhshipour, A. Mahmoud Alilo, M. Eqbali, A. (2014). Comparison of the effect of two methods of emotion regulation training and mindfulness based cognitive therapy on psychological distress and cognitive emotion regulation strategies of mothers of mentally retarded children. *Journal of Modern Psychological Research: Vol. 9, No. 33: 43-59. [Persian]*.
11. Garcia-Soriano, G., Clark, D. A., Belloch, A., del Palacio, A., & Castaneiras, C. (2012). Selfworth contingencies and obsessionality: A promising approach to vulnerability? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.05.003>
12. Yadollahzadeh, A., Heydari, M., najadghani, A. (2013). *Psychology of mental imagery in sport*. Tehran: hatmi Publications[Persian].
13. Aguilera, S., Garcia-Soriano, G., Roncero, M., Barradab, J.R., Aardemac, F., & d, Kieron, O. (2019). Validation of the Spanish version of the Fear of Self Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21: 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.12.006>
14. Dadashzadeh, H., Yazdandoost, R., Gharraee, B., & Asgharnejad Farid, A. (2014). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and exposure therapy on interpretation bias and fear of negative evaluation in social anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 18(1): 40-51 (Text in Persian).
15. Eskandarnejad, M., Fathzadeh; L. (2017). The effect of aerobic exercise on body image worry, identity crisis, and body mass index in girls worried about body image. *Journal of Health Promotion Management*, 4(24), 112-96. [Persian]. <https://doi.org/10.21859/jhpm-06046>
16. Karen, J., Miller, K., Richelin, V., Jeanne Kim Julia, L., Jennings Elizabeth O'Toole, M.P.H., Julie Wong, H., Prabha Siddarth, L. (2013). Effect of a Computerized Brain Exercise Program on Cognitive Performance in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 655-663. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.077> PMID:23602310
17. Ruas, Jorge Lira (2018). Effects of exercise training on kynurenines, metabolism, and mental health. *Annals of Research in Sport and Physical Activity*, 10(17);36-66 https://doi.org/10.14195/2182-7087_ex2018_17
18. Hsu, S.H., & Vashi, N.A. (2016). The role of mental exercise stress in body dysmorphic disorder. *Stress and Skin Disorders*, 113-118. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-46352-0>. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46352-0_11 PMID:PMC6138601
19. Rasouli Aliabadi, B., Kalantari, M. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Depression, Self-Esteem and Body Image Concerns After the First Birth of Women in Kashan. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*, 12, 69-48. [Persian].
20. Rahnama, M., Sajadian, A., Raoufi, A. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Psychological Distress and Therapeutic Adherence in Cardiac Coronary Patients. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5 (4), 43-34. [Persian]. <https://doi.org/10.21859/ijpn-05045>
21. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. (2016). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for Obsessive Compulsive Disorder. *Behav Ther*, 37, 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.02.001> PMID:16942956
22. Gholamhoseini B, Khodabakhshi Koolae A, Taghvae D. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Body Image in Women with Obesity. *Community Health*, 2, 72-79.
23. Meuret AE, Hofmann SG, Rosenfield D. (2012). Catastrophic appraisal and perceived control as moderators of treatment response in panic disorder. *Int J Cogn Ther*. 2010; 3: 262-77. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.3.262> PMID:21088704 PMID:PMC2982256
24. Hayes SC, Bissett R, Roget N, Padilla M, Kohlenberg BS, Fischer S, et al. 2004. The impact of acceptance and commitment training on stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse

- counselors. *Behavior Therapy*, 35:821-836.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80022-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80022-4)
25. Zettle, R.D, & Hayes, S.C. (2004). Brief ACT treatment of depression. in Bond F, Dryden W (Eds). *Handbook of brief cognitive behavior therapy*. West Sussex: John Wiley & Sons.
 26. Harris R. 2006. Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 21(4):2-8.
 27. Phillips, K. A. (2015). Body dysmorphic disorder: Clinical aspects and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Clinical Cynthesis*, 13(2): 162-174.
 28. Saffarpour, A.A. (2016). *The Book of Mental Exercise and Creativity through Table Games: For Interested Students, Especially in Elementary first and second grade*. Tehran: Cultural Institute of Borhan School. [Persian].
 29. Nolen -Hoeksema , S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. New York: Grant press.
 30. Habibollahi, A., Soltanizadeh, M. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Therapy on the Obsessive-Compulsive Disorder of Adolescent Girls with Body Deformity Disorder. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 2 (4), 10-1. [Persian].
 31. Zettle, R.D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs systematic desensitization in the treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*, 53,197-215.
<https://doi.org/10.1007/BF03395440>