

The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Attentional Bias in Individuals with Body Dysmorphic Disorder Symptoms: A Semi-Experimental Study

Sara Ghanbari¹, Zainab Mihandoost^{*2}, Shahram Mami³, Vahid Ahmadi⁴,
Homeira Soleimannejad⁵

1. Department of Psychology, Il.c, Islamic Azad University, Ilam, Iran. ORCID:0009-0005-1544-4004 **Email:** sara.ghanbari5956@iau.ac.ir
2. Department of Psychology, Il.c, Islamic Azad University, Ilam, Iran. ORCID: 0000-0001-9249-4164 **Email:** mihandoost1766@iau.ac.ir (Corresponding author)
3. Department of Psychology, Il.c, Islamic Azad University, Ilam, Iran. ORCID: [0000-0003-2461-435X](https://orcid.org/0000-0003-2461-435X) **Email:** 4539373773@iau.ac.ir
4. Department of Psychology, Il.c, Islamic Azad University, Ilam, Iran. ORCID: [0000-0001-7597-1416](https://orcid.org/0000-0001-7597-1416) **Email:** v.ahmadi64@iau.ac.ir
5. Department of Psychology, Il.c, Islamic Azad University, Ilam, Iran. ORCID: [0000-0001-5777-0856](https://orcid.org/0000-0001-5777-0856) **Email:** soleimannejadhi@iau.ac.ir

Aim: Body dysmorphic disorder is a psychiatric condition characterized by excessive and unrealistic concerns about one's physical appearance. The aim of this study was to examine the effect of CBT on attentional bias in individuals exhibiting symptoms of body dysmorphic disorder.

Method: This semi-experimental study employed a pretest-posttest design with a two-month follow-up and included a control group. The statistical population consisted of all clients visiting cosmetic clinics in Kermanshah in 2023. From this population, 36 eligible volunteers were selected using a convenience sampling method and randomly assigned to the experimental and control groups (n=18 per group). The experimental group participated in ten sessions of CBT based on Beck and Beck's protocol (2011), whereas the control group did not receive any intervention. Attentional bias was assessed using the Attention Focus Questionnaire (Woody et al., 1997). Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc tests in SPSS-26.

Results: The findings indicated significant effects of time ($\eta^2=0.98$, $p<0.001$), group ($\eta^2=0.97$, $p<0.001$), and the interaction between time and group ($\eta^2=0.97$, $p<0.001$) on attentional bias. No significant differences were observed in mean attentional bias scores between the posttest and follow-up assessments ($p>0.05$).

Conclusion: These findings indicate that CBT can reduce attentional bias and the symptoms of body dysmorphic disorder. Therefore, the implementation of CBT in clinical settings, universities, and educational centers is recommended for both treatment and prevention purposes.

Key words: Body Dysmorphic Disorder, Attentional Bias, Attention Focus, Cognitive-Behavioral Therapy

تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سوگیری توجه در افراد با نشانه‌های بدريخت انگاری بدن: یک مطالعه نیمه تجربی

سارا قنبری^۱، زینب میهن دوست^{۲*}، شهرام مامی^۳، وحید احمدی^۴، حمیرا سلیمان نژاد^۵

۱. گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
ایمیل: sara.ghanbari5956@iau.ac.ir کد ارکید: 0009-0005-1544-4004
۲. گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران (نویسنده مسئول)
ایمیل: mihandoost1766@iau.ac.ir کد ارکید: 0000-0001-9249-4164
۳. گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
ایمیل: 4539373773@iau.ac.ir کد ارکید: 0000-0003-2461-435X
۴. گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
ایمیل: v.ahmadi64@iau.ac.ir کد ارکید: 0000-0001-7597-1416
۵. گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
ایمیل: soleimannejadh@iau.ac.ir کد ارکید: 0000-0001-5777-0856

چکیده

هدف: اختلال بدريخت‌انگاری بدن نوعی اختلال روانی است که در آن فرد نگرانی‌های غیرواقعی درباره ظاهر خود دارد. هدف این پژوهش تعیین اثر درمان شناختی-رفتاری بر سوگیری توجه در افراد دارای نشانه‌های بدريخت‌انگاری بدن بود.

روش: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه و شامل گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های زیبایی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۲ بود که از میان آن‌ها ۳۶ نفر داوطلب واجد شرایط به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۸ نفر) تخصیص یافتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر پروتکل بک و بک (۲۰۱۱) شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل در این جلسات حضور نداشت. سنجش سوگیری توجه با پرسش‌نامه کانون توجه (وودی و همکاران، ۱۹۹۷) انجام شد و داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اثر زمان ($\eta^2=0/98, p<0/001$)، اثر گروه ($\eta^2=0/97, p<0/001$) و اثر متقابل زمان و گروه ($\eta^2=0/97, p<0/001$) بر سوگیری توجه معنادار بود. در پس‌آزمون و پیگیری در میانگین نمره سوگیری توجه تفاوت معنادار وجود نداشت ($p>0/05$).

نتیجه‌گیری: این نتایج نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند سوگیری توجه و نشانه‌های اختلال بدريخت‌انگاری بدن را کاهش دهد و به‌کارگیری آن در کلینیک‌ها، دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی برای درمان و پیشگیری توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بدريخت‌انگاری بدن، سوگیری توجه، کانون توجه، درمان شناختی رفتاری

مقدمه

در دهه‌های اخیر، کارکرد اصلی جراحی زیبایی^۱ که پیش‌تر با هدف بازگرداندن عملکرد طبیعی و اصلاح ناهنجاری‌ها انجام می‌شد (بونل، بارلوف و گریفیتس، ۲۰۲۱)، به‌طور قابل‌توجهی تغییر یافته و به ابزاری برای دستیابی به‌ظاهر مطلوب و ارتقای جایگاه اجتماعی بدل شده است (پورکاوه دهکردی، خان‌محمدی و عباسی‌اسفجیر، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد گسترش این جراحی‌ها اغلب ریشه در عوامل هیجانی و شناختی دارد (کوپر، مولتون، هاگ و پاور، ۲۰۲۱؛ واکر، کرومهاپر، دایان و فورنهام، ۲۰۲۱)؛ به‌گونه‌ای که زمانی که فرد ظاهر خود را مطابق با هنجارها و ایده‌آل‌هایش ارزیابی نکند، نگرانی^۲ درباره جذابیت جسمانی و قضاوت منفی دیگران افزایش‌یافته و جراحی زیبایی به‌عنوان راهکاری برای کاهش این نگرانی در نظر گرفته می‌شود (دی جستو، نرینی، پولیکاردو و ماترا، ۲۰۲۲). تأکید افراطی بر زیبایی می‌تواند منجر به تحریف تصویر بدن^۳ و زمینه‌ساز نگرش منفی نسبت به‌ظاهر و افزایش آسیب‌پذیری در برابر اختلال بدریخت‌انگاری بدن^۴ باشد (اوپرینده و منگل، ۲۰۲۵). اختلال بدریخت‌انگاری بدن به‌عنوان یکی از اختلالات مرتبط با وسواس، با اشتغال ذهنی مفرط نسبت به نقص‌های ادراک‌شده در ظاهر مشخص می‌شود (کارسان، دیاز-فونگ، لی، هلمن و فویسنر، ۲۰۲۴). ویژگی بارز آن افکار وسواسی در مورد ظاهر و رفتارهای تکراری همچون واری آینه یا اطمینان خواهی است که شباهت بالینی زیادی با اختلال وسواس فکری-عملی دارد (پاتل، سامرز و کوگل، ۲۰۲۴).

یکی از مکانیسم‌های مهم در تداوم علائم بدریخت‌انگاری، سوگیری توجه است (وانگ، رانگاپراکاش، دیاز-فونگ، روستین و همکاران، ۲۰۲۲). افراد مبتلا معمولاً به‌طور انتخابی بر جنبه‌های منفی یا نقص پنداشته شده ظاهر خود متمرکز می‌شوند و نسبت به ویژگی‌های مثبت بی‌توجه‌اند (مکنالی، ۲۰۱۹)، امری که چرخه افکار وسواسی، اضطراب و اجتناب اجتماعی را تقویت می‌کند (گوش و بلر، ۲۰۲۵). سوگیری توجه به‌صورت تمایل افراد به تخصیص توجه انتخابی به گروه خاصی از محرک‌ها تعریف شده است (مجیدی نژاد، پیرمرادی و زاهدی تجربی، ۲۰۲۳). این سوگیری می‌تواند توسط حالت عاطفی مشاهده‌گر در افراد ایجاد شود و در حفظ و

¹ Cosmetic surgery

² Worry

³ Body image

⁴ Body dysmorphic disorder (BDD)

بروز اختلالات روانی نظیر وسواس فکری-عملی نقش دارد (یوسف‌پور، محمودعلیلو و اسماعیل-پور، ۲۰۲۵). بنابراین این افراد سوگیری توجه نسبت به منبع نگرانی‌هایشان دارند (راک، ماتایکس-کولز، فوسنر، شاویت و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین مدل‌های پردازش اطلاعات، معتقدند این افراد، به دلیل سوگیری توجه، سایر اطلاعات محیطی را نادیده می‌گیرند (گرنان، ژائو و فانگ، ۲۰۲۳).

با توجه به اهمیت کاهش مشکلات روان‌شناختی در افراد مبتلا به اختلال بد ریخت‌انگاری بدن، به‌کارگیری مداخلات درمانی مؤثر جایگاه ویژه‌ای دارد. در این راستا، درمان شناختی رفتاری^۱ در سال‌های اخیر، به‌عنوان یکی از رویکردهای اصلی روان‌درمانی به دلیل تمرکز بر تغییر الگوهای فکری ناسازگار و اصلاح باورهای تحریف‌شده، در پژوهش‌ها و مداخلات بالینی اختلال بد ریخت‌انگاری بدن اهمیت قابل‌توجهی یافته است (علی‌عسگری، فرهنگی و صداقت، ۲۰۲۴). طی این سال‌ها چند مطالعه در زمینه تأثیر این درمان بر افراد مبتلا به اختلال بد ریخت‌انگاری بدن انجام شده است؛ در این راستا، یافته‌های پژوهش چینار اوغلو، یلمازر، اولکر، اهلاتجی اوغلو و سایار (۲۰۲۴) حاکی از آن بود که درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال بدشکلی عضلانی در بین ورزشکاران ترکیه‌ای تأثیرگذار است. همچنین مطالعه گلستانی بخت، بابایی، معصوم زاده (۲۰۲۲) حکایت از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بربر اختلال بدشکلی بدن و نگرانی از کمال‌گرایی^۲ در دانش‌آموزان دارای نگرانی از بدشکلی بدنی داشت. درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یک رویکرد چندوجهی روان‌درمانی، افراد را در شناسایی و اصلاح شناخت‌های ناسازگار و افکار تحریف‌شده مرتبط با ظاهر خود توانمند می‌سازد (صادق‌زاده، رازانی و پیریائی، ۲۰۲۴). این درمان با بازسازی شناختی و مواجهه تدریجی، نه‌تنها باورها و ارزیابی‌های منفی را تعدیل می‌کند (خداداد هتکه‌پشتی، حسن‌زاده و عمادیان، ۲۰۲۲)، بلکه می‌تواند سوگیری توجه افراد را نسبت به نقص‌های ادراک‌شده کاهش دهد (حسین‌پور، سلیمانی و عیسی زادگان، ۲۰۲۵). به‌طور مشخص، درمان شناختی-رفتاری با تمرین‌های هدفمند شناختی و رفتاری، افراد را قادر می‌سازد توجه خود را از تمرکز افراطی بر ویژگی‌های منفی ظاهر به پردازش واقع‌بینانه‌تر اطلاعات بصری هدایت کنند (ویلهم، واینگاردن، گرینبرگ، هوپنر و همکاران، ۲۰۲۲). این تغییر در الگوی

^۱ Cognitive-behavioral therapy (CBT)

^۲ Perfectionism

توجه، باعث کاهش اشتغال ذهنی و سواسی و کاهش واکنش‌های هیجانی و اضطراب اجتماعی ناشی از تمرکز بر نقص‌های ادراک‌شده می‌شود (هنگ، ایکس‌یو، وانگ، ژانگ و ژانگ، ۲۰۲۱). علاوه بر این، بازآموزی شناختی و تمرین‌های مواجهه‌ای در درمان شناختی-رفتاری به افراد کمک می‌کند تا به صورت فعال و انتخابی توجه خود را مدیریت کرده و سوگیری توجه خود نسبت به محرک‌های درونی و بیرونی را تعدیل کنند (خدابخش، بنی حسن و ایزدی، ۲۰۲۴). این توانمندی نقش کلیدی در کاهش اشتغال ذهنی و سواسی و بهبود علائم اختلال بد ریخت‌انگاری بدن دارد. افزون بر این، درمان شناختی رفتاری با ارائه راهبردهای مقابله‌ای هدفمند برای کنترل و تعدیل سوگیری توجه، می‌تواند شدت و تکرار واکنش‌های توجهی نامطلوب را کاهش دهد و به بازآموزی الگوهای توجه سالم‌تر کمک نماید (محبی آریا و آلیاسین، ۲۰۲۳).

ضرورت انجام این پژوهش از آن جهت اهمیت دارد که اختلال بد ریخت‌انگاری بدن به دلیل نگرانی و سواسی نسبت به نقص‌های واقعی یا خیالی در ظاهر و رفتارهای اجتنابی مرتبط، کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی افراد را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد (کوپر و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از ویژگی‌های شناختی کلیدی در افراد مبتلا به اختلال بد ریخت‌انگاری بدن، سوگیری توجه به نقص‌ها و ویژگی‌های منفی ظاهر است که چرخه اضطراب و اجتناب را تقویت کرده و مانع بهبود عملکرد طبیعی فرد می‌شود (وانگ و همکاران، ۲۰۲۲). درمان شناختی-رفتاری به عنوان یکی از مؤثرترین مداخلات درمانی برای اختلال بد ریخت‌انگاری بدن انتخاب شده است (علی-عسگری و همکاران، ۲۰۲۴)، زیرا دارای مکانیسم‌های شناختی و رفتاری مشخصی برای اصلاح سوگیری توجه است (محبی آریا و آلیاسین، ۲۰۲۳)؛ از جمله بازآموزی شناختی که افکار خود انتقادی و سواسی را شناسایی و اصلاح می‌کند، تمرین مواجهه و پاسخ جایگزین که فرد را قادر می‌سازد بدون اجتناب با موقعیت‌های اضطراب‌زا روبه‌رو شود، و آموزش مهارت‌های توجهی که توانایی هدایت آگاهانه توجه از نقص‌ها به محرک‌های خنثی یا مثبت را افزایش می‌دهد (کری، مان، بابایی، کاتز و همکاران، ۲۰۲۴). با وجود این ظرفیت، شواهد تجربی محدودی درباره تأثیر مستقیم درمان شناختی-رفتاری بر سوگیری توجه در افراد مبتلا به اختلال بد ریخت‌انگاری بدن وجود دارد و مطالعات موجود بیشتر بر کاهش علائم بالینی تمرکز کرده‌اند، درحالی که نقش فرآیندهای شناختی مانند توجه هدفمند کمتر بررسی شده است. این خلأ پژوهشی اهمیت بررسی

علمی و سیستماتیک تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر فرآیندهای شناختی مانند سوگیری توجه را دوجندان می‌کند. از سوی دیگر، دغدغه پژوهشگر نیز بر این اساس شکل گرفته است که درک دقیق مکانیسم‌های شناختی دخیل در اختلال بد ریخت انگاری بدن می‌تواند زمینه‌ساز توسعه مداخلات هدفمندتر و مؤثرتر باشد و به بهبود نتایج درمانی کمک کند. بنابراین، انجام این پژوهش ضرورت دارد تا ضمن بررسی اثرات درمان شناختی-رفتاری بر سوگیری توجه در افراد دارای نشانه‌های اختلال بد ریخت انگاری بدن، تأثیر واقعی این مداخله درمانی بر فرآیندهای شناختی و علائم بالینی را شفاف‌سازی کند و پایه علمی قوی برای کاربردهای بالینی آینده فراهم آورد. هدف از پژوهش حاضر، ارزیابی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش سوگیری توجه در افراد با نشانه‌های بد ریخت انگاری بدن است.

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی و بر اساس طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری، تمامی افراد مراجعه‌کننده به مراکز زیبایی شهر کرمانشاه بود که در سال ۱۴۰۲ به کلینیک‌های زیبایی این شهر مراجعه کرده بودند. حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی انتخاب شد (جلیل آبکنار، ۱۴۰۴)، که تعداد ۳۶ نفر داوطلب واجد شرایط، بر اساس معیارهای ورود و خروج به‌صورت تصادفی انتخاب و با همگن‌سازی سن، جنسیت، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۸ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تمایل به شرکت در پژوهش و تأیید فرم رضایت آگاهانه، داشتن نشانه‌های اختلال بد ریخت انگاری بدن بر اساس مصاحبه بالینی و نمره برش ۲۰ طبق پرسشنامه اصلاح‌شده برای اختلال بد ریخت انگاری بدن فیلیپس، هولاندر، راسموسن، آرونویتز و همکاران (۱۹۹۷) برای تشخیص بد ریخت انگاری بدن، سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، و توانایی حضور منظم در جلسات درمان بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی شدید مانند اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی، مصرف هم‌زمان داروهای روان‌پزشکی ناپایدار، سابقه دریافت روان‌درمانی مشابه در شش ماه گذشته، و غیبت بیش از دو جلسه در طول دوره مداخله در نظر گرفته شد.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه اصلاح شده برای اختلال بدریخت انگاری بدن^۱: این پرسش‌نامه توسط فیلیپس و همکاران در سال ۱۹۹۷ طراحی شد. این پرسش‌نامه دوازده سؤال با طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم = صفر تا کاملاً موافقم = ۴ نمره گذاری می‌شود. نمره کل بیشتر از ۲۰ نشان‌دهنده تشخیص اختلال بدریخت انگاری بدن است. مطالعات مربوط به پایایی و روایی این مقیاس نشان داد برای سنجش علائم اختلال بدریخت انگاری مناسب است. فیلیپس و همکاران (۱۹۹۷) پایایی از نوع باز آزمایی را برای این پرسش‌نامه در دوره یک هفته‌ای مناسب ارزیابی کردند (۰/۸۸) و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۰ به دست آوردند که بیانگر هماهنگی درونی زیاد این مقیاس است. روایی تشخیصی در مقایسه با فرم درجه‌بندی شده کوتاه روان‌پزشکی (۰/۹۱) به دست آمد (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷). در ایران این مقیاس توسط غلامی، امیدی مقدم، قدم پور و بیات مطلقانی (۲۰۲۵) هنجاریابی شد و نتایج تحلیل عاملی ساختار سه عاملی مقیاس را تأیید کرد. روایی هم‌زمان پرسش‌نامه نیز حاکی از همبستگی مثبت مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی بیل-براون برای اختلال بدریخت انگاری بدن با نگرانی از بدشکلی بدن (۰/۸۸)، نظارت بدن (۰/۶۴) و شرم بدن (۰/۵۳) و همبستگی منفی آن با عزت‌نفس (۰/۴۸-) بود. و ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر ۰/۹۵ به دست آمد (۳۴). در پژوهش حاضر میزان پایایی از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمد، که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه مذکور است.

پرسشنامه کانون توجه^۲: این پرسشنامه توسط وودی، چامیس و گلاس (۱۹۹۷)، برای اندازه‌گیری کانون توجه افراد در تعاملات اجتماعی ساخته شده است. این پرسشنامه از دو زیر مقیاس ۵ گویه‌ای شامل، کانون توجه متمرکز بر خود (سؤالات ۱ تا ۵) و کانون توجه متمرکز بر دیگران (سؤالات ۶ تا ۱۰) تشکیل شده است. آزمودنی‌ها به گویه‌های پرسشنامه بر اساس تصور تعامل اجتماعی قبلی پاسخ می‌دهند. هر گویه روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از اصلاً درست نیست (۱) تا کاملاً درست است (۵)، درجه‌بندی شده است. نمرات هر زیر مقیاس به وسیله میانگین ۵ گویه محاسبه می‌شود. امتیازات بالاتر در هر بعد نشان‌دهنده تمرکز بیشتر توجه فرد پاسخ‌دهنده

¹ Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for BDD (BDD-YBOCS)

² Focus Of Attention Questionnaire (FAQ)

در آن بعد از کانون توجه خواهد بود و برعکس. خیر و همکاران (۱۳۸۷) روایی سازه‌ای این پرسشنامه را با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس مورد بررسی قرار دادند. نتایج این تحلیل دو مؤلفه را نشان داده است که این مؤلفه‌ها جمعاً ۵۵/۵۸ از واریانس نمرات کانون توجه را به خود اختصاص دادند. بنابراین تحلیل مؤلفه‌ای مشخص کرد که مؤلفه اول با ارزش ویژه ۳/۴۷، بیانگر ۳۱/۸۱ درصد از واریانس، مؤلفه دوم با ارزش ویژه ۲/۱۲، بیانگر ۲۱/۱۸ درصد از واریانس بودند. عامل‌های استخراج شده مطابق تحقیقات وودی و همکاران (۱۹۹۷) و ساختار زیربنایی‌شان، عامل توجه متمرکز بر خود و عامل توجه متمرکز بر دیگران، نام‌گذاری گردیدند. وودی و همکاران (۱۹۹۷)، ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های پرسشنامه کانون توجه متمرکز بر خود و پرسشنامه کانون توجه متمرکز بر دیگران را به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. خیر و همکاران (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای زیر مقیاس‌های توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۶ به دست آورده‌اند. در پژوهش هدایتی و ترکان (۱۴۰۰) ضریب آلفای کرونباخ برای عامل کانون توجه متمرکز بر خود ۰/۷۳ و برای عامل توجه بیرونی ۰/۸۲ است. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی مقیاس کانون توجه و زیر مقیاس‌های آن به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۸۱، و زیر مقیاس کانون توجه متمرکز بر خود ۰/۷۲ و زیر مقیاس کانون توجه متمرکز بر دیگران ۰/۷۵ به دست آمد، که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه مذکور است.

درمان شناختی-رفتاری: فرایند درمان شناختی-رفتاری بر اساس بسته آموزشی بک و بک (۲۰۱۱) است، که در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. همچنین شاخص روایی محتوای این درمان با استفاده از نظر چند تن از متخصصین روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ۰/۹۰ به دست آمده است که روایی قابل قبولی را نشان داد. خلاصه محتوای جلسات درمانی مذکور در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
اول	ابتدا اتحاد درمانی با اعضای گروه ایجاد شد، قواعد جلسات گروهی و اهداف درمان با مشارکت اعضای گروه تعیین شد و ساختار جلسات درمانی برنامه‌ریزی شد مشکلات شناسایی و با

الگوی شناختی و رفتاری مفهوم‌سازی شد. برای تکلیف خانگی تمرین آرام‌سازی عضلانی در خانه ارائه شد.

تجربیات آرام‌سازی و چالش‌های تمرین با پاسخگویی به شناخت‌های ناکارآمد بررسی شد، درک اعضا از مفهوم‌سازی شناختی و رفتاری مشکلات، شناسایی افکار اتوماتیک کلیدی و ارتباط آن با رفتار ناسازگار چگونگی پاسخگویی به افکار اتوماتیک به‌طور مشروح بررسی شد، آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده آموزش داده شد. ثبت افکار اتوماتیک برای انجام تکلیف خانگی ارائه شد.

دوم

تکلیف خانگی به‌صورت مشارکتی مورد بررسی قرار گرفت، ارتباط افکار اتوماتیک با هیجان و رفتار موردبررسی و آموزش قرار گرفت به چالش کشیدن افکار اتوماتیک طبق واقعیت، پاسخ به افکار اتوماتیک به‌روشنی دیگر و تقویت پاسخ شناختی و رفتاری به افکار اتوماتیک آموزش داده شد. ثبت موقعیت‌های داغ و افکار اتوماتیک مربوط به آن به‌عنوان تکلیف خانگی در نظر گرفته شد.

سوم

تکلیف خانگی به‌صورت مشارکتی موردبررسی قرار گرفت باورهای میانجی مربوط به افکار اتوماتیک اعضا شناسایی شد، باورهای میانجی به‌عنوان ریشه رفتارهای ناسازگار مورد مفهوم‌سازی قرار گرفت، انفعال و فقدان تسلط یا لذت از طریق مدل شناختی رفتاری مفهوم‌سازی شد، جارت فعالیت برای سنجش صحت پیش‌بینی‌ها طبقه‌بندی باورهای میانجی مورد استفاده قرار گرفت. تکلیف خانگی جهت شناسایی و ثبت فرض‌های میانجی در موقعیت‌های داغ ارائه شد.

چهارم

تکلیف خانگی به‌صورت مشارکتی موردبررسی قرار گرفت، به چالش کشیدن باورهای میانجی و حل مسئله آموزش داده شد، فعال‌سازی رفتاری و برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه مورد بحث و مشارکت قرار گرفت، باورهای میانجی جایگزین تقویت شد و خودپایی چگونگی عمل باورهای میانجی و راهاندازی پاسخ‌های شناختی هیجانی و رفتاری آموزش داده شد تکلیف خانگی برای کاربرد باورهای میانجی در موقعیت‌های داغ ارائه شد.

پنجم

تکلیف خانگی به‌صورت مشارکتی موردبررسی قرار گرفت، ارتباط افکار اتوماتیک به باورهای میانجی و باورهای اصلی مورد بحث قرار گرفت، باورهای هسته‌ای اعضا شناسایی و ثبت شد، باورهای هسته‌ای طبقه‌بندی شد، نمونه رایجی از باورهای هسته‌ای معرفی شد، به افراد در مورد کشف باورهای اصلی خود آموزش داده شد. تکلیف خانگی برای خودپایی و شناسایی باورهای اصلی در موقعیت‌ها داغ و تکمیل کاربرد باور هسته‌ای ارائه شد.

ششم

تکلیف خانگی به‌صورت مشارکتی موردبررسی قرار گرفت نظارت بر عملکرد باورهای اصلی اصلاح باورهای هسته‌ای منفی، ایجاد یک باور هسته‌ای جدید، تقویت یک باور هسته‌ای جدید

هفتم

آموزش داده شد. تکلیف خانگی برای خودپایی و شناسایی باورهای اصلی در موقعیت‌ها داغ و تکمیل کاربرگ باور هسته‌ای ارائه شد.

تکلیف خانگی به صورت مشارکتی مورد بررسی قرار گرفت شیوه حل مسئله و ابزار وجود آموزش داده شد. شیوه حل مسئله به عنوان روشی جهت مقابله با نگرانی مورد بحث و مشارکت قرار گرفت، سه سبک رفتاری منفعلانه جرأت ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت‌های ارتباطی برای تقویت ابزار وجود و مدیریت زمان و برنامه‌ریزی انجام فعالیت‌ها آموزش داده شد. تکلیف خانگی جهت کاربرد حل مسئله و بار ارزیابی موقعیت‌های داغ پیشین ارائه شد.

هشتم

تکلیف خانگی به صورت مشارکتی مورد بررسی قرار گرفت، در مورد انفعال و ایجاد ارتباط ملموس آن با افکار اتوماتیک باورهای میانجی و اصلی مفهوم‌سازی مجدد انجام شد، جهت ارزیابی کارکرد باورهای جایگزین پرسشگری و بحث جمعی انجام شد، خلق و هیجانات درجه‌بندی شد و درجات آن با شیوه‌های مقابله‌ای پیشین مقایسه شد ورود به موقعیت‌های داغ با پیش‌بینی از پیش همراه باورهای سازگارانه به عنوان تکلیف خانگی ارائه شد.

نهم

تکلیف خانگی به صورت مشارکتی مورد بررسی قرار گرفت، ارتباط شناخت، هیجان و رفتار مجدداً مرور شد، حل مسئله و باز تمرکز بر موقعیت آموزش داده شد، پاسخ مقابله‌ای سازگارانه به افکار اتوماتیک و پابندی به برنامه‌ریزی آموزش داده شد، برخورد با چالش‌های عود و بازگشت آموزش داده شد، در آخر در مورد کل جلسات و تمرینات به پرسش‌ها و ابهامات پاسخ داده شد.

دهم

شیوه اجرا

شیوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از تصویب طرح و دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، طی فراخوان به کلینیک‌های زیبایی شهر کرمانشاه، افراد با نشانه‌های بدриخت انگاری بدن با استفاده از پرسشنامه اصلاح شده برای اختلال بدريخت انگاری بدن فیلیپس و همکاران (۱۹۹۷) شناسایی و به جلساتی جهت معرفی اهداف و فرایند پژوهش دعوت شدند. سپس داوطلبان و علاقه‌مندان شرکت در پژوهش، فرم رضایت در پژوهش و فرم جمعیت - شناختی را تکمیل نمودند. در مجموع تعداد ۸۰ نفر از افراد با نشانه‌های بدريخت انگاری بدن که واجد معیارهای ورود بودند، دعوت به پژوهش شدند. کلیه این افراد به منظور غربالگری پرسشنامه کانون توجه وودی و همکاران (۱۹۹۷) را پر کردند. سپس پرسشنامه‌های پر شده نمره‌گذاری شده و میانگین سؤالات برای هر فرد تعیین شد. بنابراین در جلساتی موازی برای این افراد

توضیحاتی در مورد پژوهش ارائه شد و نهایتاً ۷۰ نفر اعلام آمادگی برای شرکت در این پژوهش کردند و از میان آنان با توجه به نمرات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه کانون توجه وودی و همکاران (۱۹۹۷) (نمرهٔ برش ۲۰)، ۳۶ نفر از افراد با نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدن که واجد معیارهای ورود بودند، به‌عنوان نمونهٔ پژوهش وارد مطالعه شدند. لازم به ذکر است جهت جلوگیری از غیبت شرکت‌کنندگان در جلسات آموزشی از آنان تعهدنامه گرفته شد. پس از غربالگری و مشخص شدن شرکت‌کنندگان پژوهش، آزمودنی‌ها به‌صورت انتخاب تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تخصیص یافتند. با توجه به موجود بودن اطلاعات پیش‌آزمون در مرحله غربالگری، پس از تخصیص گروه‌ها، گروه آزمایش به مدت ۵ هفته (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) درمان شناختی-رفتاری را طبق بسته آموزشی بک و بک (۲۰۱۱) دریافت نمود. در همان زمان، گروه کنترل تحت درمان هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. بلافاصله پس از اتمام جلسات، جهت انجام پس‌آزمون، هر دو گروه پرسشنامه کانون توجه وودی و همکاران (۱۹۹۷) را تکمیل نمودند. دو ماه پس از پایان مرحله پس‌آزمون نیز جهت سنجش ماندگاری اثر مداخلات آزمودنی‌ها در یک جلسه پیگیری پرسشنامه کانون توجه وودی و همکاران (۱۹۹۷) را پر کردند. همچنین بعد از پیگیری، با تشکر از همراهی و شرکت آزمودنی‌ها طبق تعهد داده شده، گروه کنترل تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری قرار گرفت. قابل ذکر است که در این مطالعه ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه و داوطلبانهٔ آزمودنی‌ها، امکان خروج از مطالعه، احترام به حقوق و شخصیت آزمودنی‌ها، رازداری و امانت‌داری و جبران خطرات احتمالی در حین مطالعه از سوی پژوهشگران مطالعه حاضر رعایت گردید. داده‌های دو گروه آزمایش و کنترل در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر^۱ و آزمون تعقیبی بونفرونی^۲ در نسخهٔ ۲۶ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد و سطح معناداری در آزمون‌های آماری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۳۶ شرکت‌کننده با نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدن در دو گروه آزمایش و کنترل حضور داشتند. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۴/۳۳±۶/۹۱ سال و گروه کنترل ۳۳/۰۵±۶/۷۱

^۱ Repeated measures ANOVA

^۲ Bonferroni

سال بود. مقایسه میانگین‌های دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین سن دو گروه وجود ندارد ($p > 0/05$, $t = 0/562$), که نشان‌دهنده هم‌تابی دو گروه از نظر سن است. از نظر جنسیت، در گروه آزمایش ۱۱ نفر زن (۶۱/۱ درصد) و ۷ نفر مرد (۳۸/۹ درصد) و در گروه کنترل ۱۳ نفر زن (۷۲/۲ درصد) و ۵ نفر مرد (۲۷/۸ درصد) حضور داشتند. آزمون خی‌دو نشان داد که گروه‌ها از نظر جنسیت همگن بوده و تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود ندارد ($p > 0/05$, $X^2 = 0/500$). در مورد وضعیت تأهل، در گروه آزمایش ۷ نفر مجرد (۳۸/۹ درصد) و ۱۱ نفر متأهل (۶۱/۱ درصد) و در گروه کنترل ۸ نفر مجرد (۴۴/۴ درصد) و ۱۰ نفر متأهل (۵۵/۶ درصد) بودند. آزمون خی‌دو نشان داد که گروه‌ها از نظر وضعیت تأهل همگن بوده و تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود ندارد ($p > 0/05$, $X^2 = 0/114$). از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۱/۱ درصد) دارای مدرک کاردانی، ۸ نفر (۴۴/۴ درصد) کارشناسی، ۷ نفر (۳۸/۹ درصد) کارشناسی ارشد و ۱ نفر (۵/۶ درصد) دکتری بودند. در گروه کنترل، ۱ نفر (۵/۶ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۱/۱ درصد) کاردانی، ۹ نفر کارشناسی (۵۰ درصد)، ۴ نفر (۲۲/۲ درصد) کارشناسی ارشد و ۲ نفر (۱۱/۱ درصد) دکتری داشتند. آزمون خی‌دو نشان داد که گروه‌ها از نظر تحصیلات همگن بوده و تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود ندارد ($p > 0/05$, $X^2 = 2/210$). بنابراین تفاوت نمرات کانون توجه متمرکز بر خود و کانون توجه متمرکز بر دیگران آزمودنی‌ها از تفاوت سن، جنسیت، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات ناشی نمی‌شود، بلکه ناشی از اثربخشی مداخله است. میانگین و انحراف استاندارد متغیر سوگیری توجه در گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیر پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سوگیری	آزمایش	۳۲/۱۶	۱/۲۰	۱۱/۵۵	۱/۱۴	۱۰/۹۴	۰/۹۹
توجه	کنترل	۳۱/۹۴	۱/۴۳	۳۱/۸۸	۱/۲۳	۳۱/۸۳	۱/۵۸

بر اساس نتایج جدول ۲ میانگین نمرات سوگیری توجه در افراد با نشانه‌های بد ریخت‌انگاری بدن گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. برای

بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سوگیری توجه در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو ویلکز بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیر سوگیری توجه در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود ($p > 0/05$). همچنین آزمون لون نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر سوگیری توجه برقرار است ($p > 0/05$). نتایج آزمون ام باکس حاکی از تساوی ماتریس واریانس کوواریانس بود ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیر سوگیری توجه رعایت شده است ($p > 0/05$). بنابراین می‌توان از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور توان
سوگیری توجه	مراحل	۲۶۴۸/۰۰	۲	۱۳۲۴/۰۰	۲۳۰۱/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۹۸
	مراحل*گروه	۲۶۰۵/۵۵	۲	۱۳۰۲/۷۷	۲۲۶۵/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۹۷
	گروه	۵۰۴۳/۰۰	۱	۵۰۴۳/۰۰	۱۳۳۹/۵۴	۰/۰۰۰	۰/۹۷

بر اساس نتایج جدول ۳، اثر عامل مراحل یا درون گروهی ($\eta^2 = 0/98, p < 0/001$)، اثر گروه یا بین گروهی ($\eta^2 = 0/97, p < 0/001$) و اثر تعامل مراحل و گروه ($\eta^2 = 0/97, p < 0/001$) بر سوگیری توجه از لحاظ آماری معنادار بود. برای بررسی این که تأثیر در کدام یک از مراحل معنادار بود از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه زوجی متوسط نمرات متغیر سوگیری توجه

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
سوگیری توجه	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۰/۳۳	۰/۱۹	۰/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۰/۶۶	۰/۱۴	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۳۳	۰/۱۹	۰/۲۷۶

نتایج جدول ۴ نشان داد که مقایسه‌های انجام شده بر اساس سوگیری توجه در افراد با نشانه‌های بدريخت‌انگاری بدن تفاوت بین متوسط نمرات مشارکت‌کنندگان در گروه آزمایش در مرحله

پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری داشته است ($p < 0/001$). علاوه بر این تفاوت بین متوسط نمرات مشارکت‌کنندگان در متغیر سوگیری توجه در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیگیری تغییر اندکی داشت که معنادار نبود ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سوگیری توجه در افراد با نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدن انجام شد. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش سوگیری توجه نسبت به نقایص ظاهری در افراد دارای نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدن شد. نتایج پژوهش حاضر درباره تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سوگیری توجه با یافته پژوهش‌های حسین پور و همکاران (۲۰۲۵)، خدابخش و همکاران (۲۰۲۴)، ویلهلم و همکاران (۲۰۲۲)، محبی آریا و آلیاسین (۲۰۲۳) و هنگ و همکاران (۲۰۲۱) همسو است و مطالعه ناهم‌سویی در این زمینه مشاهده نشد، که این موضوع اعتبار نتایج حاضر و همخوانی آن با چارچوب‌های نظری شناختی-رفتاری را تقویت می‌کند. سوگیری توجه، که یکی از مؤلفه‌های شناختی مهم در تداوم اختلال بدریخت‌انگاری بدن محسوب می‌شود (وانگ و همکاران، ۲۰۲۲)، به معنای جهت‌دهی انتخابی و ناخواسته توجه به محرک‌های مرتبط با ظاهر است (یوسف‌پور و همکاران، ۲۰۲۵). تغییر این سوگیری، نشانه‌ای از تأثیر مستقیم درمان بر فرآیندهای توجهی و شناختی افراد تلقی می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه بیان نمود که درمان شناختی رفتاری از طریق بازسازی شناختی، به اصلاح باورهای غیرمنطقی و افکار خود انتقادی کمک می‌کند و در نتیجه شدت تمرکز فرد بر نقص‌های ظاهری کاهش می‌یابد. این بازسازی شناختی، توانایی فرد در بازنگری و ارزیابی واقع‌بینانه‌تر ظاهر خویش را تقویت کرده و منجر به کاهش حساسیت نسبت به بازخورد یا قضاوت‌های احتمالی دیگران می‌گردد (ویلهلم و همکاران، ۲۰۲۲). به بیان دیگر، درمان شناختی رفتاری موفق می‌شود چارچوب‌های ذهنی افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن را از حالت تحریف‌شده و اضطراب‌زا به سمت الگوهای انعطاف‌پذیرتر و سالم‌تر تغییر دهد.

در کنار مؤلفه‌های شناختی، مکانیسم‌های رفتاری درمان شناختی رفتاری نیز نقشی اساسی در تغییر سوگیری توجه ایفا می‌کنند (هنگ و همکاران، ۲۰۲۱). مواجهه تدریجی با موقعیت‌های

اضطراب‌زا، فرد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن را وادار می‌کند با محرک‌هایی که به‌طور افراطی توجه او را به نقص‌های ظاهری جلب می‌کردند، مواجه شود. این فرآیند منجر به کاهش اجتناب و بازآموزی تدریجی سیستم توجهی می‌گردد (محبی آریا و آلیاسین، ۲۰۲۳). همچنین تمرینات هدایت‌شده توجه، از تکنیک‌های مهم درمان شناختی رفتاری به شمار می‌روند که طی آن‌ها فرد می‌آموزد توجه خود را به جنبه‌های غیر اضطرابی محیط هدایت کند و از تمرکز وسواسی بر نقص‌ها یا واکنش احتمالی دیگران فاصله بگیرد. فعالیت‌های جایگزین توجه نیز به فرد کمک می‌کنند منابع شناختی و هیجانی خود را بر امور سازنده‌تری متمرکز سازد (ویلhelm و همکاران، ۲۰۲۲). مجموعه این تکنیک‌ها در درمان شناختی رفتاری، با ایجاد تغییر در سوگیری توجه، هر دو کانون توجه خود و دیگران را در افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن تعدیل کرده و اضطراب ناشی از ظاهر را کاهش می‌دهند.

یکی از نتایج مهم این پژوهش، پایداری اثرات درمان در طول زمان بود. بدین معنا که تغییرات به وجود آمده در سوگیری توجه و کاهش حساسیت نسبت به نقص‌های ظاهری و ارزیابی دیگران، محدود به کوتاه‌مدت نبوده و در دوره‌های بعدی نیز حفظ گردید. این موضوع نشان می‌دهد که مهارت‌ها و تکنیک‌های آموخته‌شده در طی درمان شناختی رفتاری، به‌صورت پایدار در فرد نهادینه‌شده و به او امکان داده‌اند تا حتی در غیاب درمانگر، کنترل توجه خود را حفظ کند (اشمیت، شوئنبرگ، انگلکمپ، استفنیل و همکاران، ۲۰۲۵). در نتیجه، درمان شناختی رفتاری با ترکیب تکنیک‌های بازسازی شناختی، مواجهه تدریجی، تمرینات هدایت‌شده توجه و فعالیت‌های جایگزین، توانسته است سوگیری توجه افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن را به‌صورت معناداری کاهش دهد. این درمان با کاهش تمرکز افراطی بر نقص‌های ظاهری و تعدیل حساسیت نسبت به ارزیابی دیگران، کیفیت زندگی روان‌شناختی و اجتماعی افراد را ارتقا داده است. پایداری اثرات درمان در طول زمان نیز نشان‌دهنده قدرت این مداخله در ایجاد تغییرات ماندگار در فرآیندهای شناختی و توجهی است. بنابراین، درمان شناختی رفتاری می‌تواند به‌عنوان رویکردی علمی و کارآمد در درمان اختلال بدریخت انگاری بدن و بهبود الگوهای توجهی ناکارآمد معرفی گردد.

باوجود یافته‌های ارزشمند پژوهش حاضر، محدودیت‌هایی وجود داشت که می‌تواند تفسیر نتایج و تعمیم آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. نخست، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم تصادفی سازی نمونه، تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌سازد. همچنین باوجود استفاده از ابزارهای استاندارد سنجش سوگیری توجه، بهره‌گیری صرف از روش‌های کمی و عدم استفاده از ابزارهای تکمیلی مانند مصاحبه‌های کیفی و مشاهده میدانی، امکان دستیابی به درکی عمیق‌تر از فرآیندهای شناختی و رفتاری افراد شرکت‌کننده را کاهش داده است. محدود بودن حجم نمونه، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر نظیر وضعیت خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی از دیگر محدودیت‌های پژوهش به شمار می‌آید. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بیشتر و با بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی (ساده یا خوشه‌ای) اجرا شوند. همچنین کنترل دقیق‌تر متغیرهای زمینه‌ای و استفاده از روش‌های ترکیبی (کمی-کیفی) می‌تواند به افزایش دقت و اعتبار نتایج کمک کند. از دیگر پیشنهادها می‌توان به انجام پژوهش بر سایر جوامع، مقایسه اثربخشی این درمان شناختی رفتاری با درمان‌های دیگر مانند درمان فراشناختی، ذهن‌آگاهی و رفتاردرمانی دیالکتیکی اشاره کرد. درنهایت، بر اساس یافته‌های این پژوهش، به روان‌شناسان و مشاوران بالینی و درمانگران پیشنهاد می‌شود، به‌منظور کاهش سوگیری توجه در افراد با بدریخت‌انگاری بدن و در راستای کاهش عمل‌های جراحی غیرضروری در این گروه، از درمان شناختی رفتاری بهره‌برند؛ لذا می‌توان از این رویکرد درمانی در مراکز روان‌شناختی و کلینیک‌های زیبایی به‌عنوان رویکردی مؤثر برای بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد با بدریخت‌انگاری بدن استفاده کرد.

موازین اخلاقی

پژوهش حاضر بخشی از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی نویسنده اول پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام به شماره IR.IAU.ILAM.REC.1402.041 انجام گرفت. در راستای رعایت اخلاق پژوهش فرم رضایت‌نامه کتبی امضا شده از افراد با نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدن دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم در زمینه پژوهش به‌صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت و افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند؛ به‌علاوه به آن‌ها در زمینه رازداری و محفوظ ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول ارائهٔ ایدهٔ پژوهشی و جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل و تفسیر داده‌ها را انجام داد. نویسندگان دوم، سوم و چهارم به‌عنوان اساتید راهنما و مشاور در طراحی پژوهش مشارکت داشتند.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و افرادی که در مطالعه ما را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع مالی

این مقاله بدون دریافت کمک مالی انجام شده است.

References

- Aliasgari, S., Farhangi, A., & Sedaghat, M. (2024). Comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy on body dysmorphic disorder in young women with body dysmorphic disorder. *Journal of Psychological Dynamics and Mood Disorders*, 3(1): 30-40. [[Link](#)]
- Beck, J. S., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Publishing. [[Link](#)]
- Bonell, S., Barlow, F. K., & Griffiths, S. (2021). The cosmetic surgery paradox: Toward a contemporary understanding of cosmetic surgery popularization and attitudes. *Body Image*, 38(1): 230-240. [[Link](#)]
- Çınaroğlu, M., Yılmaz, E., Ülker, S. V., Ahlatcıoğlu, E. N., & Sayar, G. H. (2024). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in reducing muscle dysmorphia symptoms among Turkish gym goers: A pilot study. *Acta Psychologica*, 250(1): 104-112. [[Link](#)]
- Couper, S. L., Moulton, S. J., Hogg, F. J., & Power, K. G. (2021). Interpersonal functioning and body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery: A mediating role between emotion regulation and

- perfectionism? *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 74(9): 2283-2289. [[Link](#)]
- Gholami, S., Omidi Moghadam, E., Ghadampour, E., & Bayat Mazlaghani, M. (2025). Psychometric properties of the revised Yale–Brown obsessive compulsive disorder scale for body dysmorphic disorder in transgenders. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 13(1): 79–92. [[Link](#)]
- Ghosh, T., & Blair, E. (2025). The management of body dysmorphic disorder in adolescents: A systematic literature review. *Open Health*, 6(1): 20-25. [[Link](#)]
- Golestanibakht, T., Babaie, E., & Masoumzadeh, Z. (2022). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on body dysmorphic disorder and perfectionism concerns in students with physical deformity concerns. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 30(6): 83-92. [[Link](#)]
- Grennan, G., Zhao, Y., & Fang, A. (2023). Applying a drift diffusion model to test the effect of oxytocin on attentional biases in body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 39(1): 1008-10041. [[Link](#)]
- Hang, Y., Xu, L., Wang, C., Zhang, G., & Zhang, N. (2021). Can attention bias modification augment the effect of CBT for anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 299(1): 1138-1192. [[Link](#)]
- Hedayati, F., & Torkan, H. (2021). Predicting multiple relationships of attention, post-event processing and interpretation (self-related) with social anxiety of Isfahan students. *Applied Psychology*, 15(1): 25-47. [[Link](#)]
- Hosseinpour, H., Soleymani, E., & Isazadegan, A. (2025). Enhancing the efficacy of cognitive behavioral therapy with attentional bias modification to reduce worry and emotion regulation difficulties in women with generalized anxiety disorder. *Shefaye Khatam*, 13(2): 20-30. [[Link](#)]
- Jalil-Abkenar, S. S. (2025). The Effectiveness of Schema-Based Parenting on Parental Acceptance and Fatigue in Mothers of Students with Intellectual Disability. *Applied Psychology*, 19(2): 80-102. [[Link](#)]
- Karsan, S., Diaz-Fong, J. P., Ly, R., Hellemann, G., & Feusner, J. D. (2024). Quantifying body size estimation accuracy and body dissatisfaction in body dysmorphic disorder using a digital avatar. *Comprehensive Psychiatry*, 135(1): 1525-1529. [[Link](#)]

- Kerry, C., Mann, P., Babaei, N., Katz, J., Pirbaglou, M., & Ritvo, P. (2024). Web-based therapist-guided mindfulness-based cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder: Pilot randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 11(1): 552-563. [[Link](#)]
- Khayyer, M., Ostovar, S., Latifian, M., Taghavi, M. R., & Samani, S. (2008). The study of mediating effects of self-focused attention and social self-efficacy on links between social anxiety and judgment biases. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(1): 24-32. [[Link](#)]
- Khodabakhsh, M., Banihasan, M., & Izadi, F. (2024). The effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy on fear of negative evaluation, attention bias and intolerance of uncertainty in individuals with social anxiety disorder: A clinical trial. *Community Health Journal*, 17(4): 47-57. [[Link](#)]
- Khodadad Hatkehpashti, Z., Hasanzadeh, R., & Emadian, S. O. (2022). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotional schema therapy on neuroticism and dysfunctional attitudes in cardiovascular patients. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(3): 280-296. [[Link](#)]
- Majidinezhad, M., Pirmoradi, M., & Zahedi Tajrishi, K. (2023). The effect of transcranial direct current stimulation (tDCS) on attentional bias and affect in adults with major depressive disorder (MDD). *Applied Psychology*, 17(1): 11-35. [[Link](#)]
- McNally, R. J. (2019). Attentional bias for threat: Crisis or opportunity?. *Clinical Psychology Review*, 69(1): 4-13. [[Link](#)]
- Oyerinde, E. O., & Mangal, J. P. (2025). Beyond the mirror: Body dysmorphic disorder and emerging dysmorphias in aesthetic surgery. *Clinics in Plastic Surgery*, 52(3): 333-340. [[Link](#)]
- Patel, T. A., Summers, B. J., & Cougle, J. R. (2024). The scientific status of safety behaviors in body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 43(1): 1009-1011. [[Link](#)]
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. A., Aronowitz, B. R., DeCaria, C., & Goodman, W. K. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1): 17-22. [[Link](#)]

- Pourkaveh Dehkordi, E., Khan Mohammadi, A., & Abbasi Asfajir, A. A. (2020). Meta-analysis of the causes of Iranian women's tendency to cosmetic surgery. *Health Psychology*, 9(34): 7-24. [[Link](#)]
- Rück, C., Mataix-Cols, D., Feusner, J. D., Shavitt, R. G., Veale, D., Krebs, G., & Fernández de la Cruz, L. (2024). Body dysmorphic disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 10(1): 1-15. [[Link](#)]
- Sadeghzadeh, R., Razani, M., & Piriaei, H. (2024). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on resilience and quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Applied Psychology*, 18(1): 36-62. [[Link](#)]
- Schmidt, M., Schoenenberg, K., Engelkamp, J. E., Staufenberg, T., Martin, A., Ebert, D. D., & Hartmann, A. S. (2025). Efficacy of an internet-based, therapist-guided cognitive behavioral therapy intervention for adolescents and young adults with body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 25(1): 374-389. [[Link](#)]
- Usefpoor, V., Mahmoud Alilou, M., & Esmailpour, K. (2025). Comparison of attentional bias in people with symptoms of obsessive-compulsive disorder (washer, checker), symptoms of generalized anxiety disorder and normal people. *Journal of Psychological Science*, 24(147): 83-100. [[Link](#)]
- Walker, C. E., Krumhuber, E. G., Dayan, S., & Furnham, A. (2021). Effects of social media use on desire for cosmetic surgery among young women. *Current Psychology*, 40(1): 3355-3364. [[Link](#)]
- Wilhelm, S., Weingarden, H., Greenberg, J. L., Hoeppner, S. S., Snorrason, I., Bernstein, E. E., McCoy, T. H., & Harrison, O. T. (2022). Efficacy of app-based cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder with coach support: Initial randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91(4): 277-285. [[Link](#)]
- Wong, W., Rangaprakash, D., Diaz-Fong, J. P., Rotstein, N. M., Hellemann, G. S., & Feusner, J. D. (2022). Neural and behavioral effects of modification of visual attention in body dysmorphic disorder. *Translational Psychiatry*, 12(1): 325-336. [[Link](#)]
- Woody, S. R., Chambless, D. L., & Glass, C. R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35(2): 117-129. [[Link](#)]

پرسشنامه کانون توجه وودی و همکاران (۱۹۹۷)

لطفاً خود را در یک موقعیت اجتماعی قرار دهید و سپس جملات زیر را بخوانید و پاسخ خود را در محل مناسب علامت بزنید.

کاملاً	زیاد	تاحدی	کمی	اصلاً	در یک تعامل اجتماعی
					۱. من روی آنچه می‌گویم یا انجام می‌دهم تمرکز می‌کنم.
					۲. من به تأثیری که روی افراد دیگر می‌گذارم توجه می‌کنم.
					۳. من روی سطح اضطرابم تمرکز می‌کنم.
					۴. من روی واکنش‌های بدنی درونی‌ام تمرکز می‌کنم (برای مثال ضربان قلب).
					۵. من روی شکست‌های اجتماعی گذشته‌ام تمرکز می‌کنم.
					۶. من روی ظاهر یا لباس افراد دیگر تمرکز می‌کنم.
					۷. من روی شرایط یا ویژگی‌های محیط فیزیکی تمرکز می‌کنم.
					۸. من روی اینکه چگونه افراد دیگر در مورد خودشان احساس می‌کنند تمرکز می‌کنم.
					۹. من روی آنچه درباره افراد دیگر فکر می‌کنم تمرکز می‌کنم.
					۱۰. من روی آنچه افراد دیگر می‌گویند یا انجام می‌دهند تمرکز می‌کنم.