

Research Paper

The Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Depression, Suicide Ideation, and Masochistic Aggression in Individuals with Subclinical Symptoms of Body Dysmorphic Disorder

Somaye Entezari¹, Mahboobe Taher^{*2}, Hakime Aghaei²

1. Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

Citation: Entezari S, Taher M, Aghaei H. The comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and metacognitive therapy on depression, suicide ideation, and masochistic aggression in individuals with subclinical symptoms of body dysmorphic disorder. J Child Ment Health. 2021; 7(4): 1-18.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1069-en.html>



10.52547/jcmh.7.4.2



20.1001.1.24233552.1399.7.4.1.9

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Cognitive behavior therapy, metacognitive therapy, body dysmorphic disorder, depression, suicide ideation, masochistic aggression

Background and Purpose: The most common comorbid disorder with body dysmorphic disorder (BDD) is depression. Masochistic aggression and suicide are the main concerns about individuals with BDD who suffer from depression and have impaired function. Present study aimed to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) and metacognitive therapy (MCT) on depression, suicide ideation, and masochistic aggression among individuals with subclinical symptoms of BDD.

Method: This study was a quasi-experimental study with a control group pretest-posttest design. The sample included 51 girls with subclinical symptoms of BDD who had been selected with purposive sampling from a public secondary school in Tehran in the academic year 2018-2019. After being evaluated and giving the informed consent, the participants were randomly assigned to one of the two experimental groups of CBT and MCT or waiting list. The participants completed the Body Image Concern Inventory (Littleton, 2005), Beck Depression Inventory-II (Beck et al., 1996), Beck Scale for Suicide Ideation (Beck et al., 1979), and masochistic aggression subscale of Aggression Styles Inventory (Alavizadeh & et al., 2016) at the pre-test, post-test and 3 months follow-up stages. Data were analyzed by repeated-measures ANOVA in SPSS-26.

Results: Results showed that although CBT and MCT were effective in alleviating the symptoms of depression ($p < 0.01$), suicide ideation ($p < 0.01$) and masochistic aggression ($P < 0.05$), CBT was more effective in decreasing depression ($p < 0.05$). There was no significant difference between CBT and MCT in terms of their effect on suicide ideation and masochistic aggression ($P < 0.05$).

Conclusion: According to these findings, it can be concluded that CBT and MCT are effective in alleviating the mood-related symptoms in individuals with subclinical symptoms of BDD. Furthermore, the behavioral activation session can be the reason of the higher effectiveness of CBT.

Received: 9 Sep 2020

Accepted: 11 Dec 2020

Available: 28 Feb 2021

* **Corresponding author:** Mahboobe Taher, Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

E-mail: Mahboobe.taher.com

Tel: (+98) 2332394530

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Body dysmorphic disorder (BDD) is a mental disorder determined by a severe or slight defect in individual appearance perception (1). BDD is a debilitating disorder that is associated with severe social dysfunction (2). BDD has a relatively high prevalence in the general population by a 12-month prevalence rate of 1.8% (3). Depression is the most common comorbid disorder with BDD (4). The individuals with BDD describe it as their biggest issue (5). These signs and symptoms develop after the onset of BDD (6). It is also predictable that depression will improve if BDD is treated effectively. In the case-conceptualization of persons with BDD, signs, and symptoms of depression lead to the diagnosis of depressive disorder. The most important concern for individuals with BDD who are depressed and have impaired function is suicide (2). People with BDD have a relatively higher suicide rate than clients with obsessive-compulsive disorder (4). In particular, clients who blame themselves for their face may be at risk; other high-risk people are those who have high expectations of surgery and feel frustrated after a failure because they believe there would be no other solutions (5). In initial studies (6) a high rate of suicide attempts was founded among individuals with BDD.

There are several treatments for mental disorders. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is an empirically-supported treatment for many psychological disorders (15-22). Metacognitive therapy (MCT) (16, 26-31) is developed based on the metacognition principle that is very important for understanding how cognition works and how we produce conscious experiences.

As there was no study to compare these two interventions in adolescents with subclinical BDD, present study aimed to compare the CBT and MCT and determine their effectiveness on depression, suicide-ideation (SI), and masochistic aggression (MA) among adolescent girl students with subclinical BDD in Tehran.

Method

Present study is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with two experimental groups

and a control group. The population of this study included the 16-18-year-old high school girls with subclinical BDD in the city of Tehran in the academic year 2018-2019. The sample was including 51 individuals from this population who had been selected by convenience and purposive sampling methods based on the inclusion and exclusion criteria. The inclusion criteria contained: a score less than 67 in the body image concern inventory and the age range of 16 to 18; while the exclusion criteria included having any mental disorder, according to the individual reports, and undergoing concurrent psychiatric treatment or psychotherapy. After obtaining the informed consent from them and their parents, the participants entered into the randomization stage. The participants were randomly assigned to one of the two experimental groups receiving MCT or CBT, or the wait list control group (17 per group). The participants completed the Persian forms of the Body Image Concern Inventory (BICI) (41), Beck Depression Inventory-2 (43), Beck Scale for Suicidal Ideation (46), and masochistic aggression subscale of Aggression Styles Inventory (Alavizadeh, Entezari, Mami, 2016; quoted by (13)), in the pre-test, post-test, and 3 months follow-up stages. The participants in the experimental groups received ten 90-minute treatment sessions in 5 weeks (two sessions per week). The first experimental group received CBT (6) for 10 sessions and the second experimental group received MCT (26) for 10 sessions. Data were analyzed by repeated measure analysis of variance in SPSS-26.

Results

In this study, data were analyzed based on the within factor, which means the time of measuring variables, and the between factor or membership in study groups. After considering the assumptions for repeated measure the findings showed that the data have a normal distribution, the pre-test variances of the dependent variables between the experimental and control groups had not been significantly different, and the Kolmogorov-Smirnov test and the Leven's homogeneity of variances test also were not significant ($p>0.05$), therefore, the pre-conditions for performing statistical analyzes are met.

Table 1-Eng: Inferential descriptive results of dependent variables in the pre-test, post-test, and 3-month follow-up phases

variable	Stage	Scheffe's pairwise comparison							
		WL	CBT	MCT	F	p	CBT-MCT	CBT-WL	MCT-WL
Depression	Pretest	15.71(2.93)	14.35 (4.53)	14.94 (6.90)	0.31	0.74	0.74	0.44	0.67
	post-test	15.29 (3.02)	6.24 (2.80)	10.64 (4.60)	-	-	-	-	-
	follow-up	15.29 (3.27)	5.94 (2.30)	10.18 (4.13)	13.97	0.01	0.05	0.01	0.05
SI	Pretest	14.18 (5.38)	12.17 (5.28)	15.88 (4.28)	1.72	0.20	0.07	0.40	0.33
	post-test	14.06 (5.67)	8.82 (3.41)	10.12 (2.55)	-	-	-	-	-
	follow-up	14.00 (5.61)	8.76 (3.68)	10.24 (2.51)	3.64	0.04	0.56	0.03	0.05
MA	Pretest	2.18 (1.42)	1.94 (1.25)	2.12 (1.36)	0.14	0.87	0.71	0.62	0.90
	post-test	1.88 (1.41)	1.06 (0.75)	1.35 (0.93)	-	-	-	-	-
	follow-up	2.24 (1.30)	0.65 (0.45)	1.06 (0.83)	3.31	0.05	0.99	0.05	0.04

Table 1-Eng shows the mean and standard deviation of the dependent variables at different stages of measurement. As can be seen in the pre-test rows of three variables, at the pre-test stage, there was no significant difference between the groups in terms of the study variables; i.e. depression ($F=0.31$, $p=0.74$), SI ($F=1.72$, $p=0.20$), and MA ($F=0.14$, $p=0.87$). This finding shows that random assignment did not make a difference between the groups at the beginning. In addition, the results of repeated measures analysis of variance are visible in the follow-up phase. Results of analysis of generalized linear models indicated that there were significant differences between the studied groups in depression ($F=13.97$, $p<0.01$, $\eta^2=0.37$), SI ($F=3.64$, $p<0.04$, $\eta^2=0.13$), and MA ($F=3.31$, $p<0.5$, $\eta^2=0.12$). The results of Scheffe's pairwise comparison showed that CBT was more effective on the depression variable than MCT ($p<0.05$) in the follow-up phase, although both treatments were considered effective with regards to the control group ($p<0.05$).

Conclusion

The present study aimed to compare the effectiveness of CBT and MCT on depression, SI, and MA among individuals with subclinical BDD. The results demonstrated that both treatments were effective in all dependent variables (16, 17, 27-31). In all of these studies, CBT and MCT were effective in reducing

depression. Furthermore, CBT was more effective than MCT in reducing depression. The behavioral activation (BA) session in the CBT-protocol may be the reason for this superiority. Regarding the second and third hypotheses of this study based on comparing the effectiveness of CBT and MCT on SI and MA in persons with subclinical symptoms of BDD, there was no difference between the two interventions; both were effective. This finding is supported by Ghasemi et al., (2017), Perry-Parrish et al., (2016), Hopwood et al., (2017) quoted by Hamidi, Shariat, Aghabzorgi, Keshavarz Mohammadi (21).

This study also had some limitations. First, subclinical symptoms of BDD can be considered as a normal developmental process; second, subclinical symptoms in this study were calculated only based on the cut-point of the BICI; and third limitation is the implementation of both treatments by the same researcher, which can lead to bias. It is suggested that in the next studies, the subclinical symptoms of BDD can be assessed in addition to the cut-point of BICI based on structured clinical interviews. Moreover, the effectiveness of these interventions in other developmental groups and in individuals treated by therapists different from the researchers themselves can be compared. Finally, therapists are advised to use BA components in their treatment of clients with depressive symptoms.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This article is extracted from the Ph.D. dissertation of the first author, which was approved in Psychology Department, Shahrood Branch, Islamic Azad University with the number 162280151, on 27.01.2019 and successfully defended on 01.10.2020. The informed consent of the participants and their parents also were received in this study.

Funding: This study was conducted without the financial support of any public or private institution or organization.

Authors' contribution: This article is extracted from the Ph.D. dissertation of the first author and under the supervision of the second and third authors.

Conflict of interest: The authors also declare that there is no conflict of interest in the results of this study.

Acknowledgments: We would like to thank the participants in this study and the officials of the education department at District 10 of Tehran who made this research possible.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و فراشناختی بر افسردگی، اندیشه‌پردازی خودکشی، و پرخاشگری خودآزارگرانه افراد با علائم پیش‌بالینی اختلال بدریختی بدن

سمیه انتظاری^۱، محبوبه طاهر^{۲*}، حکیمه آقایی^۲

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

درمان رفتاری-شناختی و
فراشناختی،
اختلال بدریختی بدن،
افسردگی،
اندیشه‌پردازی خودکشی،
پرخاشگری خودآزارگر

زمینه و هدف: شایع‌ترین تشخیص دارای همبودی با اختلال بدریختی بدن، افسردگی است. نگرانی اصلی در مورد افراد با اختلال بدریختی بدن که دارای علائم افسردگی بوده و عملکردشان در کنش‌های مختلف، مختل است، پرخاشگری خودآزارگرانه و خودکشی است. هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و فراشناختی بر افسردگی، اندیشه‌پردازی خودکشی، و پرخاشگری خودآزارگرانه افراد با نشانه‌های پیش‌بالینی اختلال بدریختی بدن بود.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. نمونه مورد مطالعه شامل ۵۱ دانش‌آموز دختر با نشانه‌های پیش‌بالینی اختلال بدریختی بدن از یک دبیرستان دولتی شهر تهران در سال ۹۸-۱۳۹۷ بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. این شرکت‌کنندگان پس از ورود به مرحله ارزیابی و دریافت رضایت آگاهانه در یکی از سه گروه مداخله‌ای درمان شناختی-رفتاری، فراشناختی، و فهرست انتظار جایدهی شدند. افراد نمونه پرسشنامه ترس از تصویر بدن (لیتلون، ۲۰۰۵)، پرسشنامه افسردگی بک-۲ (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، پرسشنامه اندیشه‌پردازی خودکشی (بک، ۱۹۷۹) و زیرمقیاس پرخاشگری خودآزارگرانه پرسشنامه سبک‌های پرخاشگری (علوی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۶) را در ابتدا و به عنوان مرحله پیش‌آزمون تکمیل کردند و پس از ده جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای گروهی برای گروه‌های آزمایشی، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه، هر سه گروه مورد سنجش مجدد قرار گرفتند. داده‌ها به شیوه تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در محیط نرم‌افزار SPSS-26 تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که هرچند روش‌های شناختی-رفتاری و فراشناختی بر بهبود علائم افسردگی ($p < 0/01$)، اندیشه‌پردازی خودکشی ($p < 0/05$) و پرخاشگری خودآزارگرانه اثربخش بوده‌اند ($p < 0/05$)، اما درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری در کاهش افسردگی داشته است ($p < 0/05$) و تفاوت معناداری بین این دو روش در بهبود اندیشه‌پردازی خودکشی و پرخاشگری خودآزارگرانه وجود نداشته است ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که هر دو روش‌های شناختی-رفتاری و فراشناختی بر بهبود نشانه‌های مرتبط با خلق افراد با علائم پیش‌بالینی اختلال بدریختی بدن، اثربخش هستند. همچنین وجود جلسه فعال‌سازی رفتاری می‌تواند علت برتری درمان شناختی-رفتاری باشد.

دریافت شده: ۹۹/۰۶/۱۹

پذیرفته شده: ۹۹/۰۹/۲۱

منتشر شده: ۹۹/۱۲/۱۰

* نویسنده مسئول: محبوبه طاهر، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

رایانامه: Mahboobe.taher.com

تلفن: ۰۲۳-۳۲۳۹۴۵۳۰

مقدمه

اختلال بدریختی بدن^۱، اختلالی روانی است که با دلهره‌ای شدید و آشکار شدن مشکل جزئی در شکل ظاهری فرد ایجاد می‌شود (۱). این اختلال به اندازه‌ای ناتوان‌کننده است که با مشکلات شدید در عملکرد اجتماعی همراه است (۲) و با میزان شیوع ۱/۸ درصد در جمعیت عمومی، فراوانی نسبتاً بالایی دارد (۳). افسردگی شایع‌ترین تشخیص دارای همبودی^۲ با اختلال بدریختی بدن است (۴). افراد افسرده، اختلال بدریختی بدن را بزرگ‌ترین مشکل خود توصیف می‌کنند (۵) و همچنین به نظر می‌رسد افراد با اختلال بدریختی بدن، علائم افسردگی نیز دارند؛ ضمن اینکه علائم افسردگی پس از شروع اختلال بدریختی بدن ایجاد می‌شود (۶). علائم افسردگی در افراد با اختلال بدریختی بدن می‌تواند منجر به تشخیص افسردگی اساسی در مفهوم‌سازی موردی^۳ شود. پیش‌بینی می‌شود که اگر اختلال بدریختی به طور مؤثر درمان شود، علائم افسردگی بهبود یابد. یکی از نگرانی‌های اصلی در مورد افراد با اختلال بدریختی بدن که افسرده نیز هستند و عملکرد مختل دارند، خودکشی^۴ است (۲).

افراد با اختلال بدریختی بدن در مقایسه با مراجعان با اختلال وسواسی بی‌اختیاری^۵، میزان خودکشی نسبتاً بالاتری دارند (۴). به طور ویژه مراجعانی که خود را به خاطر ظاهر خود سرزنش می‌کنند، ممکن است در معرض خطر باشند. دیگر گروه در معرض خطر، افرادی هستند که انتظار بالایی از عمل جراحی دارند و پس از عدم موفقیت، احساس ناامیدی می‌کنند؛ زیرا معتقدند پس از عمل جراحی، راه حل دیگری وجود ندارد (۵). در بررسی‌های اولیه میزان بالای تلاش برای خودکشی^۶ در میان افراد با بدریختی بدن یافت شد (۷)، ویل و همکاران (۸) گزارش کردند که ۲۵ تا ۳۰ درصد افراد با اختلال بدریختی بدن در کلینیک روان‌پزشکی، سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند. در بزرگ‌ترین نمونه توصیف شده از آن زمان، فیلیس و همکاران (۹) گزارش کردند که ۷۸ درصد از نمونه ۲۰۰ نفری از افراد با اختلال بدریختی بدن با اندیشه‌پردازی

خودکشی^۷ در روند زندگی، و ۲۷/۵ درصد اقدام به خودکشی کرده‌اند. همچنین دلیل اصلی اندیشه‌پردازی خودکشی در ۷۰/۵ درصد از افراد با سابقه اندیشه‌پردازی و تقریباً نیمی از افراد با یک اقدام به خودکشی در گذشته، اختلال بدریختی بدن گزارش شده است. علاوه بر این، افراد اقدام‌کننده به خودکشی اغلب علائم اختلال بدریختی بدن خود را به متخصصان گزارش نداده بودند. فیلیس و همکاران (۹) در همان نمونه توانستند به شیوه طولی و آینده‌نگر ۱۸۵ نفر از شرکت‌کننده‌ها را تا ۴ سال مورد مطالعه قرار دهند که نتایج نشان داد اندیشه‌پردازی خودکشی با میانگین ۵۶/۷ درصد از افراد در سال و میانگین ۲/۸ درصد اقدام به خودکشی در سال گزارش شد که این میزان تقریباً ۱۰ تا ۲۵ برابر بیشتر از میزان جمعیت عمومی در ایالات متحده است. همچنین دو فرد خودکشی کردند (۰/۳ درصد در سال) که ۴ تا ۱۳ برابر بیشتر از میزان خودکشی در جمعیت عمومی آمریکا است. هرچند این نتایج اولیه است، اما نشان می‌دهد که خودکشی در افراد با اختلال بدریختی بدن بسیار زیاد است. در مطالعه‌ای در بیماران پوستی^۸ که اقدام به خودکشی کرده بودند، بیشتر آنها اختلال بدریختی بدن یا آکنه داشتند (۱۰)؛ به علاوه در زنان، اقدام به خودکشی به شکل معناداری با خودآزارگری^۹ ارتباط داشته است (۱۱). خودآزارگری پدیده‌ای پیچیده و جذاب است. حمله به خود^{۱۰} ممکن است دلایل بسیاری داشته باشد. برخی از افراد با انتقاد شدید خود^{۱۱}، آسیب جسمی^{۱۲}، یا حتی افکار مرگ روبرو می‌شوند، بدون اینکه خودشان را بکشند؛ هرچند برخی از این افراد در نهایت ممکن است با خودکشی به زندگی خود پایان دهند (۱۲). این سبک از پرخاشگری به شیوه فعالانه و به سوی خود نمایان می‌شود (۱۳). همچنین در زنان، پرخاشگری خودآزارگرانه نسبت به پرخاشگری دگرآزارگرانه، بیشتر نمود پیدا می‌کند (۱۴).

درمان‌های مختلفی برای اختلال‌های روان‌شناختی وجود دارد. درمان شناختی - رفتاری، روشی به‌خوبی حمایت‌شده مبتنی بر شواهد برای اضطراب، افسردگی، و دیگر اختلالات روان‌شناختی است (۱۵-۲۲). در

7. Suicide ideation
8. Dermatologic patients
9. Masochism
10. Self-attack
11. Harsh self-criticism
12. Bodily harm

1. Body dysmorphic disorder
2. Comorbidity
3. Case conceptualization
4. Suicide
5. Obsessive compulsive disorder
6. Suicide attempt

بی‌اختیاری است. بر اساس مدل فراشناختی، نشانگان شناختی توجه^۵ یکی از ویژگی‌های بسیاری از اختلال‌ها است. شواهد مشخصی از نشانگان شناختی توجه در اختلال بدریختی بدن وجود دارد؛ برای مثال نگرانی و نشخوار فکری^۶، پایش تهدید، خیره شدن به آینده و بررسی خود در آینده، و رفتارهای مقابله‌ای که اثر معکوس دارند در این افراد گزارش شده است. بنابراین درمانی که باعث کاهش سندرم شناختی توجه و فراشناخت مرتبط با آن شود، باید برای درمان اختلال بدریختی بدن مؤثر باشد (۳۲).

تا کنون هیچ کارآزمایی تصادفی به عنوان مداخله روان‌شناختی برای کاهش علائم خلقی در کودکان و نوجوانان با نشانه‌های پیش‌بالینی اختلال بدریختی بدن وجود نداشته است. یک گزارش موفقیت‌آمیز رفتاردرمانی؛ یک گزارش موفقیت‌آمیز رفتاردرمانی همراه با داروی ضدافسردگی داکسپین^۷؛ یک پژوهش از روش‌های درمان چندگانه (روان‌درمانی روان‌پویشی، درمان شناختی-رفتاری، خانواده‌درمانی و دارودرمانی)؛ و یک گزارش موردی از درمان روان‌پویشی گزارش شده است؛ و چند کارآزمایی بالینی تصادفی شده با روش درمان شناختی-رفتاری در بزرگسالان با اختلال بدریختی بدن انجام شده است (به نقل از ۶). همچنین یک فراتحلیل^۸ درباره اختلال بدریختی بدن و دستورالعمل‌های درمان در انگلستان منتشر شده است (۳۳). یک فراتحلیل کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح سری‌های موردی مختلف و مقایسه اندازه اثر درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی (۳۴)، و دیگری فراتحلیلی درباره اضطراب و افسردگی (۳۵) نیز منتشر شده است.

از زمان انتشار سومین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در سال ۱۹۸۰، دقت تشخیصی این نظام طبقه‌بندی با تعریف ملاک‌ها یا آستانه‌های مشخص برای تشخیص‌گذاری، افزایش یافت. اما پژوهش‌های اخیر به مطالعه موقعیت‌های زیرآستانه^۹ یا زیرنشانگانی^{۱۰} یا پیش‌بالینی^{۱۱} پرداخته‌اند (۳۶-۴۰). در پژوهش‌های پیشین اغلب به بررسی اثربخشی این روش‌های درمانی در بزرگسالان با اختلال

سال‌های گذشته درمان شناختی-رفتاری، روش درمانی پیشنهادی برای اضطراب و افسردگی در نظام مراقبت بهداشت بوده است. روایت‌های سنتی و پژوهش‌های فراتحلیل درباره اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال اضطراب فراگیر^۱ و افسردگی اساسی^۲ و اختلال‌های دیگری مانند اختلال بدریختی بدن با قطعیت گزارش می‌کنند که درمان‌های شناختی و شناختی-رفتاری، روش‌های مؤثری در درمان این اختلال‌ها هستند (۲۳)؛ ولی این درمان‌ها در حیطه اثربخشی با محدودیت‌هایی مواجه هستند (۲۴).

درمان شناختی استاندارد، روی آورد روان‌شناختی مؤثر برای افسردگی است. این شیوه درمان بر افکار کشاکش‌برانگیز و باورهای اصلی تمرکز دارد؛ برای مثال، تمرکز بر باورهایی درباره زشت بودن و تنها بودن فرد در زندگی، معمولاً در درمان اختلال بدریختی بدن بی‌فایده است. علاوه بر این، تحلیل مؤلفه اخیر شناخت درمانی برای افسردگی نشان می‌دهد که به چالش کشیدن افکار خودآیند^۳ ضروری نیستند و برنامه‌ریزی فعالیت نیز به همان اندازه مؤثر و یک درمان مناسب‌تر است (۲۵). در دهه‌های اخیر شکل‌های جدیدی از درمان رفتاری-شناختی به وجود آمده است تا جایگزینی برای درمان بک و شاگردانش شود. این درمان‌ها که به موج سوم درمان‌های رفتاری مشهور شده است، شامل درمان‌هایی از قبیل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، رفتاردرمانی دیالکتیک، طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، و درمان فراشناختی می‌شود. درمان فراشناختی^۴ (۱۶، ۲۶-۳۱) بر این اصل استوار است که فراشناخت برای درک شیوه عملکرد شناخت و شیوه تولید تجربه‌های هوشیارانه ما درباره خودمان و جهان اطرافمان بسیار مهم است. همچنین فراشناخت بر ارزیابی‌های ما درباره انواع راهبردهای تنظیم افکار و احساساتمان اثر می‌گذارد (۲۶). درمان فراشناختی برای اختلال وسواس بی‌اختیاری در برخی مطالعات مقدماتی و در گروه‌های کوچک مورد آزمایش قرار گرفته است. بر اساس برخی مطالعات بزرگ‌تر نیز به نظر می‌رسد که درمان فراشناختی، مداخله‌ای مؤثر برای اختلال وسواس

7. Doxepin

8. Meta-analysis

9. Subthreshold

10. Subsyndromal

11. Subclinical

1. Generalized anxiety disorder

2. Major depressive disorder

3. Automatic thought

4. Metacognitive therapy (MCT)

5. Cognitive attentional syndrome

6. Rumination

والدین‌شان، به طور تصادفی و به تعداد برابر در یکی از دو گروه آزمایشی دریافت درمان فراشناختی و درمان شناختی - رفتاری، و گروه گواه فهرست انتظار^۳ جایدهی شدند. گمارش تصادفی با استفاده از تابع اعداد تصادفی ساز نرم افزار مایکروسافت آفیس اکسل^۴ و توسط فردی مستقل از پژوهش به شیوه دوسونا آگاه^۵ انجام شد. نمره ۶۷ در پرسشنامه ترس از تصویر بدن به عنوان نقطه برش^۶ یعنی دو انحراف استاندارد بالاتر از میانگین تعیین شده است که از لحاظ بالینی با اختلال بدریختی بدن ارتباط دارد و نمرات پایین تر از این نمره به عنوان علائم پیش بالینی مشخص شده است. شرکت کنندگان پرسشنامه‌های مورد نظر را در مراحل پیش آزمون، پایان دوره درمانی یعنی پس آزمون، و سه ماه پس از درمان تکمیل کردند. با توجه به اینکه این مطالعه در محیط مدرسه انجام شده بود، هیچ مورد افت آزمودنی در شرکت کنندگان پژوهش رخ نداد.

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه ترس از تصویر بدن^۷: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ توسط لیتلتون^۸ آکسام و پیوری (۴۱) با هدف ارزیابی نگرانی‌های مرتبط با بدریختی بدن طراحی شد. این آزمون خود گزارشی دارای ۱۹ گویه است و هر گویه دارای پنج گزینه است که از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری می شود. نمرات در دامنه ۱۹-۹۵ قرار دارند و نمرات بالاتر به معنی میزان ترس و نگرانی بیشتر از تصویر بدن است. پرسشنامه ترس از تصویر از بدن دارای دو عامل است؛ اما مؤلفان این ابزار، محاسبه نمره کل را پیشنهاد می دهند. ضریب همبستگی هریک از گویه‌ها با نمره کل پرسشنامه از ۰/۳۲ تا ۰/۷۳ با میانگین ۰/۶۲ بود؛ روایی همگرایی این ابزار با محاسبه همبستگی آن با پرسشنامه اختلال خوردن^۹ گارنر و آلمستید^{۱۰}، ۰/۶۲ و پرسشنامه وسواسی - بی اختیاری پادوا^{۱۱} ساناویو^{۱۲}، ۰/۴۰ گزارش شده است (۴۱). بر اساس گزارش مؤلفان، این تست با موفقیت افراد با علائم پیش بالینی اختلال خوردن یا علائم بدریختی بدن را از افراد با پرخوری عصبی یا اختلال بدریختی بدن، متمایز می کند. در نسخه اصلی

بدریختی بدن پرداخته شده است و پژوهش‌های اندکی در کودکان و نوجوانان انجام شده است. همچنین در مطالعات قبلی، پژوهشی که با هدف مقایسه دو مداخله شناختی - رفتاری و فراشناختی در نوجوانان با علائم پیش بالینی اختلال بدریختی بدن انجام شده باشد، یافت نشده است؛ بر این اساس، این پژوهش با هدف مقایسه و تعیین اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری و فراشناختی بر افسردگی، اندیشه پردازی خودکشی، و پرخاشگری خودآزارگرانه در افراد با نشانه‌های پیش بالینی اختلال بدریختی بدن اجرا شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: این پژوهش از نوع مطالعات شبه تجربی^۱ است که دارای طرح پیش آزمون - پس آزمون با دوره پیگیری سه ماهه، با دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه^۲ انجام شده است. در این پژوهش از جایدهی تصادفی برای گروه‌های همتا شده استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل دختران دبیرستانی ۱۶-۱۸ ساله شهر تهران بود که دارای نشانه‌های پیش بالینی اختلال بدریختی بدن بودند. در پژوهش‌های مداخله‌ای به طور معمول حداقل حجم نمونه ۱۰ نفر برای هر گروه و حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه به عنوان حد کفایت حجم نمونه پیشنهاد شده است؛ اما با توجه به پیش‌بینی ریزش افراد نمونه، در این مطالعه برای هر گروه حجم نمونه ۱۷ نفر انتخاب شد. نمونه مورد مطالعه شامل ۵۱ نفر از جامعه آماری ذکر شده بود که به صورت هدفمند و در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (حجم هر گروه ۱۷ نفر) جایدهی شدند. ملاک ورود شامل نمره کمتر از ۶۷ در پرسشنامه ترس از تصویر بدن و دامنه سنی ۱۶ تا ۱۸؛ و معیارهای خروج شامل داشتن اختلال روان‌شناختی طبق گزارش فرد، دریافت درمان روانپزشکی یا روان‌درمانی همزمان، و غیبت بیش از دو جلسه بود. افراد نمونه پس از کسب رضایت آگاهانه از آنها و

8. Littleton

9. Drive for Thinness subscales of the Eating Disorder Inventory (EDI)

10. Garner and Olmstead

11. Obsessions and compulsions: The Padua inventory

12. Sanavio

1. Quasi-experimental study

2. Pretest-posttest control group design

3. Waiting list control group

4. Microsoft Office Excel random number generator

5. Double-blind

6. Cut-point

7. Body Image Concern Inventory (BICI)

این پرسشنامه همسانی درونی^۱ به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ گزارش شده است (۴۱). در پژوهشی در ایران اعتبار این آزمون با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶، و به روش دونیمه‌سازی ۰/۶۶ گزارش شده است. روایی سازه این پرسشنامه نیز دو عاملی بودن پرسشنامه را با ضریب تبیین ۳۹/۸۸، تأیید کرد که ضریب همبستگی این عوامل با کل آزمون ۰/۸۷ و ۰/۸۲ بوده است (۴۲).

۲. پرسشنامه افسردگی بک-۲: این پرسشنامه نسخه بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است و با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی منطبق شده است (۴۳). این ابزار همانند نسخه اول پرسشنامه افسردگی بک، ۲۱ گویه دارد و پاسخ‌ها بین ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. نقاط برش در پرسشنامه افسردگی بک-۲ با پرسشنامه افسردگی بک تفاوت دارد؛ به طوری که نمره‌های ۱۳ و کمتر از آن به عنوان افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹ به عنوان افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ به عنوان افسردگی متوسط، و ۲۹ تا ۶۳ به عنوان افسردگی شدید مشخص شده‌اند. در نتیجه کسب نمره‌های بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده نشانه‌های افسردگی شدیدتر است (۴۵). این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی افسردگی هملتون^۳ همبستگی ۰/۷۱+ دارد و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ است؛ همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱، و در اقدام‌کنندگان به خودکشی ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۴). در ایران دابسون و محمدخانی (۴۵)، ضریب آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی، ۰/۹۳ برای دانشجویان، و ضریب بازآزمایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین روایی سازه بر پایه محاسبه روش همگرا با ۶ گویه از آزمون مقیاس افسردگی، ۰/۸۷ به دست آمد.

۳. مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی^۴: این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط بک و همکاران طراحی شد (۴۶) که حاوی ۱۹ گویه است و هر گویه دارای سه گزینه است که از صفر تا دو نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین مجموع نمرات از ۰ تا ۳۸ در نوسان است (۴۶). نمرات بیشتر در این

پرسشنامه به معنی افکار خودکشی گرایانه بیشتر است. در مطالعه اصلی آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ و اعتبار بین ارزیاب‌ها ۰/۸۳ به دست آمده است. همچنین روایی همزمان آزمون با مقیاس سنجش خطر خودکشی^۵، ۰/۶۹ گزارش شده است. مطالعات، تأییدکننده روایی محتوا و اعتبار نسبی نسخه فارسی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی است؛ به طوری که اعتبار آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و با روش دونیمه‌سازی ۰/۷۵؛ و روایی همزمان آن از طریق محاسبه همبستگی آن با زیرمقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۶، ۰/۷۶ گزارش شده است (۴۷).

۴. مقیاس سبک‌های پرخاشگری^۷: این مقیاس که توسط علوی‌زاده، انتظاری، مامی (۲۰۱۶) نقل از (۱۳) طراحی شده است دارای ۶۰ گویه است که هر کدام به شکل بلی یا خیر پاسخ داده می‌شود. مقیاس سبک‌های پرخاشگری از چهار زیرمقیاس دگرآزارگر^۸ (بیرونی فعال)، پرخاشگر منفعل^۹ (بیرونی منفعل)، خودآزارگر^{۱۰} (درونی فعال)، و پرخاشگر جسمانی‌گر^{۱۱} (درونی منفعل) ساخته شده است که هر زیرمقیاس ۱۵ گویه دارد و نمرات هر زیرمقیاس بین ۰ تا ۱۵ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت پرخاشگری در آن سبک پرخاشگری است. نتایج نشان داد که این پرسشنامه از همسانی درونی خوبی برخوردار است که به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های دگرآزارگر (بیرونی فعال) ۰/۸۰، پرخاشگر منفعل (بیرونی منفعل) ۰/۷۹، خودآزارگر (درونی فعال) ۰/۷۴، و پرخاشگر جسمانی‌گر (درونی منفعل) ۰/۷۸ به دست آمد. مدل چهار عاملی این پرسشنامه نیز تأیید شده است. ضریب پایایی این پرسشنامه به فاصله دو هفته برای کل آزمون ۰/۸۸ و برای مؤلفه‌ها در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. نتایج روایی همگرا نیز بین زیرمقیاس‌های این آزمون و خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه پرخاشگری باس-پری^{۱۲} در دامنه قابل قبول ۰/۴۱ تا ۰/۷۳ به دست آمد (۱۳).

1. Internal consistency
2. Beck's Depression Inventory-II (BDI-II)
3. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)
4. Scale for Suicide Ideation
5. Suicide risk scale
6. Goldberg General Health Questionnaire (GHQ)

7. Aggression styles Inventory
8. Sadistic aggression
9. Passive aggression
10. Masochistic aggression
11. Somatic aggression
12. Buss-Perry Aggression Questionnaire

(ج) برنامه مداخله‌ای: در این مطالعه از دو نوع مداخله شناختی-رفتاری

(۶) و فراشناختی (۲۶) برای گروه‌های آزمایش استفاده شد:

(الف) راهنمای درمان شناختی-رفتاری:

درمان شناختی-رفتاری برای اختلال بدریختی بدن توسط ویل و نظیراگلو

(۶) طراحی شده است. هدف این درمان بازسازی و اصلاح سوگیری‌های

شناختی، توجهی، و رفتاری است. این درمان را در ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انفرادی می‌توان اجرا کرد. در این پژوهش به دلیل گروهی بودن جلسات در بازه زمانی حدود ۹۰ دقیقه برگزار شد و محتوا و ساختار جلسات به وسیله متخصصان در این حیطه مورد تأیید قرار گرفته است. سرفصل‌های جلسات این درمان در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: ساختار جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	عنوان جلسات	محتوای جلسات	تکالیف
یکم	ارزیابی	تشخیص و ارزیابی	شناسایی اختلال و تعیین اهداف
دوم	مفهوم‌سازی	مفهوم‌سازی و مشارکت مراجع در درمان	شناسایی مدل شخصی و افکار مرتبط با ظاهر
سوم	رویه‌های رفتاری	توصیه‌هایی درباره رویه‌های مرتبط با ظاهر	پیگیری رفتارهای مرتبط با ظاهر
چهارم	بازسازی	بازسازی سناریوهای تصویرسازی	شناسایی پیوند بین افکار و احساسات
پنجم	اصلاح سوگیری	اصلاح سوگیری‌های توجهی	شناسایی افکار منفی و ایجاد افکار جایگزین
ششم	اصلاح شناخت	اصلاح فرایندهای شناختی	پیگیری افکار مرتبط با ظاهر
هفتم	رفتارهای اجتنابی	رفتارهای اجتنابی، وسواسی، و اطمینان‌جویی	رویارویی با موقعیت‌های اضطراب‌آور و پیگیری از تشریفات
هشتم	اصلاح ارزیابی	اصلاح ارزیابی‌ها و معکوس کردن عادت‌ها	پیگیری از پاسخ‌های مرتبط با امور زیبایی شناختی
نهم	فعال‌سازی رفتاری	فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی	تمرکز بر افکار افسرده‌کننده و انجام فعالیت‌های لذت‌بخش
نهم	پیگیری از عود	پیگیری از عود و اجرای پس‌آزمون	ادامه تمرینات جلسه‌های قبلی

(ب) راهنمای درمان فراشناختی:

درمان فراشناختی برای اختلال بدریختی بدن بر اساس مدل درمان

فراشناختی اختلال وسواسی اجباری توسط ولز (۲۶) طراحی شده است.

این درمان برای اختلالات طیف وسواس بر گرفته از مدل فراشناختی

است. هدف اصلی این درمان بازداری نشانگان توجه شناختی است (۲۶).

محتوا و ساختار جلسات به وسیله متخصصان در این حیطه مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲). این درمان را در ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انفرادی می‌توان اجرا کرد، ولی در این پژوهش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی مورد استفاده قرار گرفت. سرفصل‌های جلسات این درمان در جدول ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۲: ساختار جلسات مداخله فراشناختی

جلسه	عنوان جلسات	محتوای جلسات	تکالیف
یکم	ارزیابی	تشخیص و ارزیابی	شناسایی اختلال و تعیین اهداف
دوم	مفهوم‌سازی	مفهوم‌سازی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی	به کارگیری رویارویی همراه با انجام پاسخ یا به تعویق انداختن تشریفات
سوم	ذهن آگاهی	تمرین ذهن آگاهی گسلیده	به کارگیری ذهن آگاهی گسلیده در مورد افکار مزاحم
چهارم	رویارویی	رویارویی با و بدون انجام پاسخ	به کارگیری رویارویی همراه با انجام پاسخ
پنجم	چالش کلامی	کشاکش کلامی مربوط به آمیختگی	به کارگیری ذهن آگاهی گسلیده در مورد افکار مزاحم اجرای آزمایش‌های رفتاری
ششم	تحلیل	تحلیل سود و زیان	تمرین آگاهی از پایش تهدید و کنار گذاشتن آن
هفتم	توجه	آموزش تمرکز مجدد و توجه	بازگشت به روند قبل از رویداد راه‌انداز و به کارگیری راهبردهای جدید
هشتم	نگرانی	فعالیت روی نگرانی، نشخوار فکری و باورها	خودداری از نگرانی، نشخوار فکری، و پایش تهدید
نهم	باورها	وارسی هر گونه باور باقی‌مانده	مرور مقابله غیرانطباقی باقیمانده
۱۰	پیگیری از عود	پیگیری از عود و اجرای پس‌آزمون	مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان

سه ماهه، به طور خلاصه ۵ جلسه آموزش مهارت‌های لازم را دریافت کردند.

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها با توجه به طرح پژوهش در مرحله پیگیری از روش اندازه‌گیری مکرر^۱ استفاده شد. داده‌ها در محیط نرم افزار SPSS-26 تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه بر اساس عامل درون‌آزمودنی یعنی زمان اندازه‌گیری متغیرها و عامل بین‌آزمودنی یا عضویت در گروه‌های مطالعه، داده‌ها تحلیل شد. بررسی شرایط پیش شرط‌های اجرای اندازه‌گیری مکرر نشان داده که داده‌ها دارای توزیع بهنجار هستند، واریانس‌های پیش‌آزمون متغیرهای وابسته دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری ندارند، و آزمون‌های شاپیرو-ویلک، کالموگروف-اسمیرنوف، و آزمون همسانی واریانس‌های لوین نیز معنادار نبودند ($p > 0.05$)، در نتیجه شرط‌های اجرای تحلیل‌های آماری برقرار است.

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس متغیرهای وابسته در مرحله پیش‌آزمون، و همین‌طور نتایج اندازه‌گیری مکرر در مرحله پیگیری به علاوه میانگین و انحراف استاندارد این متغیر به تفکیک مراحل اندازه‌گیری مشاهده می‌شود. در شکل ۳ نیز نمودار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گروه گواه در سه مرحله نمایش داده شده است.

(د) روش اجرا: این پژوهش با کسب مجوز کتبی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود و با هماهنگی در یکی از دبیرستان‌های منطقه ۱۰ تهران اجرا شد. ۱۸۴ نفر از جامعه مورد مطالعه پس از ارزیابی اولیه توسط پرسشنامه ترس از تصویر بدن دارای علائم پیش‌بالینی اختلال بدریختی بدن تشخیص داده شدند و پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج ۵۱ دانش‌آموز بر حسب ملاک‌های ورود و خروج به عنوان نهایی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایدهی شدند. افراد گروه آزمایشی مداخلات لازم ذکر شده رد بخش قبلی را دریافت کردند که توسط نویسنده نخست این مقاله با سابقه ۷ سال انجام شد (لازم به ذکر است مجری این مداخلات دارای سابقه طولانی در درمان و از گواهی‌ها و تأییدیه‌های لازم علمی برخوردار بودند). داده‌های لازم با پرسشنامه‌های ذکر شده در بخش ابزار در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری از افراد نمونه هر سه گروه جمع‌آوری شد. لازم به ذکر است که رعایت نکات اخلاقی در این پژوهش به دقت اجرا شد و رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و والدین آنها کسب شد. رضایت آگاهانه شامل اطلاعاتی در مورد روش مداخله، روش نمونه‌گیری، جایدهی تصادفی، تعداد و مدت زمان جلسات، رازداری، حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، آگاهی از نتیجه درمان، و حق خروج از پژوهش در هر زمانی که می‌خواهند، به شرکت‌کنندگان داده شد. همچنین موافقت افراد نمونه و والدین‌شان برای شرکت در پژوهش به شیوه کتبی گرفته شد. افراد گروه گواه در پایان و پس از دوره پیگیری

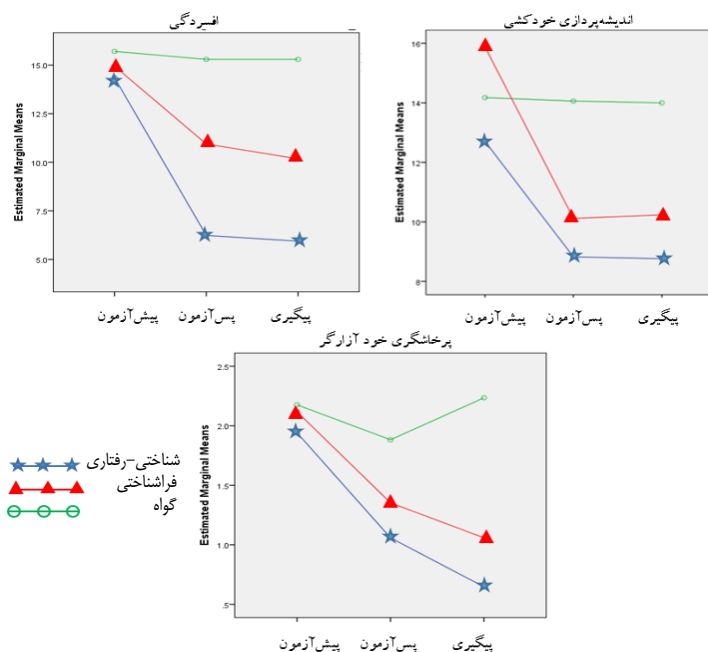
جدول ۳: نتایج توصیفی و استنباطی متغیرهای وابسته در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه

مقیاس	مرحله	فهرست انتظار	شناختی - رفتاری	فراشناختی	F	P	η^2	مقایسه‌های جفتی شفه		
								شناختی-رفتاری با فراشناختی	شناختی-رفتاری با فهرست انتظار	فراشناختی با فهرست انتظار
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۵/۷۱ (۲/۹۳)	۱۴/۳۵ (۴/۵۳)	۱۴/۹۴ (۶/۹۰)	۰/۳۱	۰/۷۴	-	۰/۷۴	۰/۴۴	۰/۶۷
	پس‌آزمون	۱۵/۲۹ (۳/۰۲)	۶/۲۴ (۲/۸۰)	۱۰/۹۴ (۴/۶۰)	-	-	-	-	-	-
	پیگیری	۱۵/۲۹ (۳/۲۷)	۵/۹۴ (۲/۳۰)	۱۰/۱۸ (۴/۱۳)	۱۳/۹۷	۰/۰۱	۰/۳۷	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۵
اندیشه‌پردازی خودکشی	پیش‌آزمون	۱۴/۱۸ (۵/۳۸)	۱۲/۷۱ (۵/۲۸)	۱۵/۸۸ (۴/۲۸)	۱/۷۲	۰/۲۰	-	۰/۰۷	۰/۴۰	۰/۳۳
	پس‌آزمون	۱۴/۰۶ (۵/۶۷)	۸/۸۲ (۳/۴۱)	۱۰/۱۲ (۲/۵۵)	-	-	-	-	-	-
	پیگیری	۱۴/۰۰ (۵/۶۱)	۸/۷۶ (۳/۶۸)	۱۰/۲۴ (۲/۵۱)	۳/۶۴	۰/۰۴	۰/۱۳	۰/۵۶	۰/۰۳	۰/۰۵
پرخاشگری خودآزارگر	پیش‌آزمون	۲/۱۸ (۱/۴۲)	۱/۹۴ (۱/۲۵)	۲/۱۲ (۱/۳۶)	۰/۱۴	۰/۸۷	-	۰/۷۱	۰/۶۲	۰/۹۰
	پس‌آزمون	۱/۸۸ (۱/۴۱)	۱/۰۶ (۰/۷۵)	۱/۳۵ (۰/۹۳)	-	-	-	-	-	-
	پیگیری	۲/۲۴ (۱/۳۰)	۰/۶۵ (۰/۴۹)	۱/۰۶ (۰/۸۳)	۳/۳۱	۰/۰۵	۰/۱۲	۰/۹۹	۰/۰۵	۰/۰۴

1. Repeated measure

تحلیل مدل‌های خطی عمومی^۱ مرحله پس آزمون بر اساس اندازه گیری مکرر در مرحله پیگیری در مؤلفه‌های افسردگی ($p=0/01$, $\eta^2=0/37$)، اندیشه پردازی خودکشی ($F=13/97$, $p=0/04$, $\eta^2=0/13$)، پر خاشگری خود آزار گر ($F=3/31$, $p=0/05$, $\eta^2=0/12$)، بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج مقایسه جفتی شفه نشان داد که هر چند هر دو درمان در مقایسه با فهرست انتظار درمان‌هایی اثربخش بوده‌اند ($p<0/05$)، اما درمان شناختی - رفتاری نسبت به درمان فراشناختی در مرحله پیگیری در متغیر افسردگی ($p<0/05$) اثربخشی بیشتری داشته است.

در شکل ۱ روند تغییر نمره‌های میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گروه گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری قابل مشاهده است.



شکل ۱: میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری و فراشناختی بر افسردگی، اندیشه پردازی خودکشی، و پر خاشگری خود آزار گر افراد با نشانه‌های پیش بالینی اختلال بد ریختی بدن بود. نتایج

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای افسردگی، اندیشه پردازی خودکشی، و پر خاشگری خود آزار گر در مراحل مختلف اندازه گیری قابل مشاهده است. همان طور که در ردیف‌های پیش آزمون سه متغیر در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل واریانس یک طرفه بین گروهی در مرحله پیش آزمون در تمام متغیرها شامل افسردگی ($p=0/74$), $F=0/31$, اندیشه پردازی خودکشی ($F=1/72$, $p=0/20$), و پر خاشگری خود آزار گر ($F=0/14$, $p=0/87$) بین گروه‌های مورد مطالعه، تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته نشان می‌دهد علاوه بر بهنجار بودن شاخص‌های پراکندگی، شاخص‌های گرایش مرکزی بین گروه‌ها در نیز یکسان است؛ به عبارت دیگر این یافته نشان می‌دهد که جابدهی تصادفی باعث تفاوت گروه‌ها در ابتدای کار نشده است. به علاوه، نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در مرحله پیگیری قابل مشاهده است. نتایج

همان گونه که در شکل ۱ می‌توان دید، هر دو درمان در طول زمان، روندی کاهشی داشته‌اند.

پژوهش نشان می‌دهد که به طور کلی در تمامی متغیرهای وابسته، این روش‌ها درمان‌هایی اثربخش هستند؛ این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بسیاری هماهنگ هستند (۱۶، ۱۷، ۲۷-۳۱). در تمام این مطالعه‌ها درمان‌های شناختی-رفتاری و فراشناختی در کاهش افسردگی تأثیرگذار بودند. برای مثال عاشوری، عاطف وحید، غرائی و رسولیان (۱۶) گزارش کردند که هم درمان شناختی-رفتاری و هم درمان فراشناختی در کاهش افسردگی بیماران با اختلال افسردگی عمده نسبت به گروه دارودرمانی مؤثرتر بوده‌ان، اما بین دو درمان تفاوت معناداری وجود نداشته است. هیمدال و همکاران (۲۸)، دیمن و پاپاجوجیو (۲۷)، درمان فراشناختی را در طول یک سال و دو سال پیگیری دارای اثر پیشگیرانه^۱ گزارش کردند. اما نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان شناختی-رفتاری نسبت به درمان فراشناختی در بهبود افسردگی با نتایج نوردال و همکاران (۳۰، ۳۱)، از این جهت متفاوت است که آن‌ها درمان فراشناختی را دارای اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری گزارش کرده بودند.

اولین علت این موضوع که درمان شناختی-رفتاری نسبت به درمان فراشناختی برتری دارد را می‌توان به دلیل نوع جمعیت مورد مطالعه در نظر گرفت. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش نوجوانان با نشانه‌های پیش‌بالینی اختلال بدریختی بدن بودند. مطالعه این افراد از این جهت اهمیت دارد که نشانه‌های پیش‌بالینی هم رایج هستند، و هم منجر به مختل شدن عملکرد می‌شوند (۳۹) و همچنین مطالعه آن‌ها می‌تواند نشان دهد که آیا نشانگان‌های بالینی به لحاظ کیفی از نشانه‌های پیش‌بالینی متمایز هستند و یا تنها به لحاظ کمی متفاوت هستند (۴۰). پژوهش‌های پیشین بارها نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری در افراد با نشانه‌های پیش‌بالینی، اثربخشی بیشتری داشته است و در افراد با سطح افسردگی بالا، این درمان اثربخشی با اندازه اثر پایین^۲ داشته است (۳۵). با این حال پژوهشی دیگر نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری برای اختلال بدریختی بدن اغلب مؤثر است، حتی برای کسانی که افسردگی شدید و

اختلال عملکردی دارند؛ هر چند میزان بالای شدت علائم نتیجه درمانی را به طور معناداری پیش‌بینی نکرده بودند (۲۲). علت دیگر این برتری را می‌توان در وجود جلسه فعال سازی رفتاری^۳ در پروتکل شناختی-رفتاری دید. فعال سازی رفتاری یکی از درمان‌های اختصاصی و مؤثر^۴ دارای حمایت تجربی^۵ است؛ مانند درمان شناختی-رفتاری برای افسردگی، روان‌درمانی بین فردی^۶، درمان مبتنی بر حل مسئله^۷ (۱۸). این درمان مانند شناخت درمانی کلاسیک تنها به عوامل درونی افسردگی، مانند افکار خودآیند^۸ شخصی یا مسائل درونی توجه نمی‌کند، که روی تمام فرایند رخداد^۹ و متغیرهایی متمرکز است که ممکن است در اثر بروز پاسخ‌های غیرمستقیم به وجود آید که هم شامل رفتار آشکار و هم فرایندهای شناختی پنهان می‌شود. این بافت‌گرایی^{۱۰}، روی آوردی عمل‌گرا^{۱۱} را در پیش می‌گیرد، پاسخ‌های غیرکممک کننده را پیش‌بینی می‌کند و از آن‌ها جلوگیری می‌کند، و از طریق تقویت کننده‌های مختلف به مراجعان این امکان را می‌دهد تا به اهداف خود دست یابند.

در درمان شناختی-رفتاری درمانگر توضیحات مثبتی را درمورد علائم افسردگی به مراجعان ارائه می‌دهد و به دنبال این است که نشان دهد پیامدها و بازخوردهای رفتاری آن‌ها به عنوان راه حل، چگونه بر حفظ پریشانی و مشکل تأثیر می‌گذارد (۶)؛ بنابراین ممکن است به مراجع گفته شود که افسردگی با توجه به بافتی که در آن قرار گرفته است، بسیار قابل درک است. علاوه بر این، تجربه افسردگی به عنوان نتیجه‌ای از اجتناب یا فرار از افکار و احساسات منفی در نظر گرفته می‌شود. به مراجعان تأکید می‌شود که این یک واکنش کاملاً قابل درک و طبیعی است. از سوی دیگر در درمان فراشناختی یا شناخت درمانی کلاسیک به مراجعان آموزش داده می‌شود که چگونه تحلیل کنشی^{۱۲} رفتارهایی مانند اجتناب یا نشخوار فکری را انجام دهند. این روش، هم فعالیت‌های عادی و هم تعامل‌های اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد که گاهی از طریق اجتناب باعث می‌شود که وی افسرده‌تر شود،

1. Prophylactic effect
2. Low effect size
3. Behavioral activation
4. Efficacious and specific
5. Empirically supported treatments
6. Interpersonal psychotherapy

7. Problem-solving therapy
8. Automatic thought
9. Event
10. Contextualism
11. Pragmatic approach
12. Functional analysis

نشخوار فکری بیشتری داشته باشد، و تجربیاتی را در زندگی از دست دهد که به طور معمول رضایت یا لذت را به ارمغان می‌آورد.

علاوه بر همه این موارد، شیوه عملکرد فرد بر دیگران و محیط می‌تواند تأثیر بگذارد و در نتیجه افسردگی را یا تشدید کرده یا کاهش دهد. در این پژوهش افسردگی به عنوان نتیجه‌ای از اجتناب یا فرار از افکار ناخوشایند یا تصاویری درباره زشت بودن، عدم موفقیت یا احساس شرم، و همچنین کناره‌گیری اجتماعی تلقی شد. این اجتناب منجر به کمتر شدن سطح تقویت مثبت و در نتیجه کاهش خزانه تقویتی افراد تلقی شده است. از همین روی راهبردهای مقابله و کنار آمدن ثانویه^۱ مانند کناره‌گیری به عنوان تجربه‌ای که افسردگی را حفظ می‌کند، شناخته می‌شوند که در نهایت منجر به اندیشه پردازی خودکشی و پرخاشگری فعال (دگرآزارگرانه یا خودآزارگرانه) شرکت کنندگان می‌شود. مثلاً پاسخ‌های احساس شرم و عواقب ناخواسته آن بر افراد مهم زندگی که شامل خانواده و دوستان می‌شود تأثیر منفی می‌گذارد؛ افرادی که به عنوان منابع حمایتی^۲ شناخته می‌شوند. رفتارهای مقابله‌ای و کنار آمدن ثانویه در فعال سازی رفتاری، که در درمان شناختی-رفتاری در همه انواع افسردگی مورد توجه قرار می‌گیرد؛ به خصوص هنگامی که فرد از عوامل تسریع کننده^۳ افسردگی مانند آنچه ذکر شد، آگاهی نداشته باشد یا افسردگی مزمن با شروع نامشخص^۴ وجود داشته باشد. در این شرایط به فرد کمک می‌شود تا این رفتارهای اجتنابی را بشکند و با وجود این که احساس‌های منفی یا بی‌انگیزگی وجود دارد، از رفتارهای نزدیک‌شونده^۵ بجای رفتارهای اجتنابی استفاده کند (۲۰). در این شرایط اجتناب از تجربه در طولانی مدت به عنوان وضعیتی قابل درک تلقی می‌شود که کمکی به بهبود شرایط نمی‌کند.

درباره فرضیه‌های دوم و سوم این پژوهش مبنی بر مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و فراشناختی بر اندیشه پردازی خودکشی و پرخاشگری خودآزارگر افراد با نشانه‌های پیش بالینی اختلال بدریختی بدن، تفاوتی بین دو روش درمانی مشاهده نشد؛ ولی هر دو روش مداخله‌هایی اثربخش بودند. این یافته با پژوهش‌های قاسمی بیستگانی و

موسوی نجفی (۲۰۱۷)، پری-پاریش^۶ و همکاران (۲۰۱۶)، هوپ‌وود^۷ و همکاران (۲۰۱۷) نقل از حمیدی، شریعت، آقابزرگی، کشاورز محمدی (۲۱) به طور ضمنی هماهنگ است. این واقعیت است که پروتکل‌های درمان‌های موج سوم رفتاری با مؤلفه‌های ذهن آگاهی به طور گسترده برای بیشتر مشکلات روان شناختی کاربرد مطلوبی دارند؛ بنابراین در تبیین احتمالی این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری با محوریت مهار خشم تأکید ویژه‌ای بر تجربه مستقیم این هیجان‌ها و برون‌ریزی آنها دارند. موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری با مؤلفه‌های ذهن آگاهی با محوریت مهار خشم که بعد از درمان‌های روان تحلیلی و درمان‌های رفتاری، پدید آمدند در کاهش میزان مشکلات روان شناختی از جمله خشم، افسردگی، پرخاشگری، تنیدگی، اضطراب و... مؤثر هستند. مؤلفه‌های ذهن آگاهی با محوریت مدیریت خشم از نظریه‌های مختلف روان‌شناسی و روان‌درمانی از جمله روان تحلیلی، رفتارگرایی، شناختی، و انسان‌گرایی ناشی شده است؛ به همین دلیل علاوه بر کاهش بیشتر علائم اختلال‌ها و مشکل‌های روان شناختی بر توسعه جنبه‌های مثبت شخصیتی نیز تأثیرگذار هستند. تأکید اصلی این درمان‌ها بر بهبود توسعه مهارت‌های فردی، استقلال، تصمیم‌گیری، داشتن اعتماد به خود، تعهد و مسئولیت‌پذیری، توانمندسازی فردی، خودمهارگری، پذیرش واقعیت، و مراقبت است که از مؤلفه‌های اصلی فرایند درمان شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی هستند. در طی فرایند مداخله‌های درمانی شناختی-رفتاری و فراشناختی تکنیک ذهن آگاهی، مهار و اداره کردن هیجانات مربوط به ابعاد جسمی و ذهنی، همزمان مورد توجه قرار می‌گیرند و به فرد یاد داده می‌شود نسبت به افکار و احساسات خود، آگاهی داشته باشد و آنها را بدون قضاوت پذیرفته و با دیدی گسترده‌تر به آنها نگاه کنند (۱۹). زمانی که فرد علاوه بر آگاهی از افکار و احساسات و پذیرش آنها در وضعیتی آرام و با تمرکز قرار می‌گیرد و توانایی مهار افکار و احساساتش را به دست می‌آورد، این توانایی باعث می‌شود که فرد احساس مهار بیشتری در امور زندگی داشته باشد و به جای ارائه پاسخ‌های منفی در موقعیت‌هایی تنش‌آور مانند رویارویی با آینده یا

1. Secondary coping strategies
2. Supportive resources
3. Precipitating factors
4. No obvious onset chronic depression

5. Approach behaviors
6. Perry-Parrish
7. Hopewood

سطحی انعکاسی با مهارگری و حفظ آرامش و آگاهی بیشتری با مشکلاتش مقابله کند و با آنها کنار بیاید. به نظر می‌رسد مؤلفه اصلی ذهن آگاهی که در درمان فراشناختی به عنوان ذهن آگاهی گسلیده^۱ شناخته می‌شود بر خودمهارگری تأکید دارد، زیرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مانند تنفس، محیط توجهی مناسبی به وجود می‌آورد و فرد را از اشتغال ذهنی و یا از افکار تهدیدکننده، باز می‌دارد که منجر به کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی می‌شود.

بر همین اساس قاسمی بیستگانی و موسوی نقل از (۲۱)، در نتایج پژوهش خود گزارش کردند درمان شناختی-رفتاری با مؤلفه‌های ذهن آگاهی کودک‌محور می‌تواند با افزایش مهارت‌های اجتماعی و ادراک خودکارآمدی کودکان آسیب‌پذیر از میزان رفتارهای آسیب‌رسان آنها کم کند. از سوی دیگر هوپ‌وود و اسکات نقل از (۲۱)، در فراتحلیلی نشان دادند که بر اساس کارآیی بالینی، درمان شناختی-رفتاری با مؤلفه‌های ذهن آگاهی می‌تواند موجب کاهش سطح تنیدگی کودکان و نوجوانان شود؛ علاوه بر این پری-پاریش و همکاران، و هوپ‌وود و اسکات، در نتایج پژوهش خود بیان کرده‌اند که درمان شناختی-رفتاری با مؤلفه‌های ذهن آگاهی می‌تواند در درمان مؤلفه‌های روان‌شناختی کودکان و نوجوانان با آسیب‌های روان‌شناختی روشی مناسب به شمار آید؛ این پژوهشگران بر این باورند که مؤلفه ذهن آگاهی با افزایش آگاهی شناختی و فراشناختی افراد سبب می‌شود تا آنها توانایی بیشتری در مهار، مدیریت، و نظارت بر افکار، و رفتار خود به دست آورده و خودنظم‌بخشی بالاتر و پرخاشگری و رفتارهای تکانشی کمتری را تجربه کنند؛ نقل از (۲۱).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی نیز بود. ابتدا، این پژوهش در دانش‌آموزان نوجوان اجرا شده است، نشانه‌های پیش‌بالینی اختلال بدریختی بدن می‌توانند به عنوان علائم تحولی بهنجار مورد توجه قرار بگیرند؛ نشانه‌های پیش‌بالینی اختلال بدریختی بدن در این پژوهش تنها بر اساس نمره برش مقیاس ترس از تصویر بدن محاسبه شده است؛ و همچنین اجرای هر دو روش درمانی توسط یک نفر انجام شده است که

می‌تواند به طور غیرمستقیم منجر به سوگیری شده باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نشانه‌های پیش‌بالینی این اختلال علاوه بر نقطه برش مقیاس ترس از تصویر بدن بر اساس مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته نیز ارزیابی شود؛ به علاوه مقایسه اثربخشی و تأثیر این مداخله‌ها در گروه‌های تحولی دیگر، و همچنین از درمانگران مجزا از پژوهشگران مورد بررسی قرار بگیرند. در پایان، به درمانگران پیشنهاد می‌شود در مراجعانی که دارای علائم افسردگی هستند، مولفه‌های فعال‌سازی رفتاری را در درمان خود به کار ببرند. در پایان از آنجا که در محیط کلینیکی، افراد با علائم بالینی و پیش‌بالینی اختلال بدریختی بدن که علائم افسردگی نیز دارند احتمالاً در معرض خطر بی‌انگیزگی، پرخاشگری خودآزارگرانه، و اندیشه‌پردازی خودکشی و در نتیجه ترک زودهنگام درمان یا حتی خودکشی هستند، برای اطمینان از دریافت کامل این روش‌های درمانی، پیشنهاد می‌شود در درمان‌های شناختی-رفتاری و فراشناختی از راهبردهایی ویژه مانند فعال‌سازی رفتاری برای افزایش انگیزش مراجعان و مؤلفه‌های ذهن آگاهی استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده نخست در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود با کد ۱۶۲۲۸۰۱۵۱ و تاریخ تصویب پروپوزال ۱۳۹۷/۱۰/۷ است که در دهم دی ماه ۱۳۹۹ دفاع شد. همچنین در این مطالعه ملاحظات اخلاقی مانند رضایت کامل افراد نمونه، رعایت اصل رازداری، و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شده است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمان دولتی یا خصوصی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکترای نویسنده اول و به راهنمایی نویسندگان دوم و سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از شرکت‌کنندگان در این پژوهش و مسئولان آموزش و پرورش منطقه ۱۰ تهران که اجرای این پژوهش را میسر کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013, pp: 242-247. Doi: 10.1176/appi.books.9780890425596 [Link]
2. Summers BJ, Aalbers G, Jones PJ, McNally RJ, Phillips KA, Wilhelm S. A network perspective on body dysmorphic disorder and major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2020;262:165-73. Doi: 10.1016/j.jad.2019.11.011 [Link]
3. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry Res*. 2010;178(1):171-5. Doi: 10.1016/j.psychres.2009.05.002 [Link]
4. Weingarden H, Renshaw KD, Wilhelm S, Tangney JP, DiMauro J. Anxiety and Shame as Risk Factors for Depression, Suicidality, and Functional Impairment in Body Dysmorphic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204 (11):832-9. Doi: 10.1097/NMD.0000000000000498 [Link]
5. Shaw AM, Arditte Hall KA, Rosenfield E, Timpano KR. Body dysmorphic disorder symptoms and risk for suicide: The role of depression. *Body Image*. 2016;19:169-74. Doi: 10.1016/j.bodyim.2016.09.007 [Link]
6. Veale D, Neziroglu F. Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell; 2010 , pp: 351 & 362. [Link]
7. Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim psychiatry*. 2007;14(12):58-66. [Link]
8. Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, Walburn J. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther*. 1996 Sep;34(9):717-29. doi: 10.1016/0005-7967(96)00025-3 [Link]
9. Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(6):717-25. [Link]
10. Cotterill JA. Dermatological non-disease: a common and potentially fatal disturbance of cutaneous body image. *Br J Dermatol*. 1981;104(6):611-9. Doi: 10.1111/j.1365-2133.1981.tb00746.x [Link]
11. Brown SL, Roush JF, Mitchell SM, Cukrowicz KC. Suicide Risk Among BDSM Practitioners: The Role of Acquired Capability for Suicide. *J Clin Psychol*. 2017;73(12):1642-54. Doi: 10.1111/j.1365-2133.1981.tb00746.x [Link]
12. Goldblatt MJ. Suicide and masochism: The evolving relationship between guilt, suffering, self-attack and suicide. *Psychoanal Psychother*. 2010;24(2):93-100. Doi: 10.1080/02668731003707733 [Link]
13. Alavizadeh SM, Sobhi Gharamaleki N, Mami S, Mohammadzadeh J, Ahmadi V. Development and Validation of Sport Aggression Styles Inventory: An instrument based on Millon's personality theory. *J Psychometry*. 2020;8(32):65-80. [Persian]. [Link]
14. Smith JM, Gacono CB, Cunliffe TB. Female Psychopathy and Aggression: A Study with Incarcerated Women and Rorschach Aggression Scores. *J. Aggress. Maltreatment Trauma*. 2020;29(8):936-52. Doi: 10.1080/10926771.2020.1738614 [Link]
15. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1):17-31. Doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003 [Link]
16. Ashouri A, Atef Vahid MK, Gharraee B, Rasoulmian M. Effectiveness of meta-cognitive and cognitive-behavioral therapy in patients with major depressive disorder. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2013;7(2):24-34. [Link]
17. Mojtabaei M, Alavizadeh SM. Comparative Effectiveness of Meta-Cognitive Therapy (MCT) and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Decreasing Anxiety and Worry of Participants with Generalized Anxiety Disorder. *Psychological Researches*. 2017; 20(1):37-52. [Persian]. [Link]
18. Hollon SD, Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depress Anxiety*. 2010;27(10):891-932. Doi:10.1002/da.20741 [Link]
19. Badpa K, Shirazi M, Arab A. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Based on Mindfulness on Anger Control of Male Students. *J Child Ment Health*. 2019;5(4):159-68. [Persian]. [Link]
20. Veale D, Willson R. Manage Your Mood: How to Use Behavioural Activation Techniques to Overcome Depression. London: Robinson; 2015, pp: 51&153. [Link]
21. Hamidi M, Shariat S, Aghabozorgi S, Keshavarz Mohammadi R. The Effectiveness of Child-based Mindfulness Program on Impulsivity and Aggression in Children with Externalizing Disorders. *J Child Ment Health*. 2020;6(4):144-55. [Persian]. [Link]

22. Greenberg JL, Phillips KA, Steketee G, Hoepner SS, Wilhelm S. Predictors of Response to Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy*. 2019;50(4):839-49. Doi:10.1016/j.beth.2018.12.008 [Link]
23. Fisher PL. The efficacy of psychological treatments for generalized anxiety disorder? In: Davey GCL, Wells A, editors. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. Chichester, UK: Wiley 2006. p. 359-77. [Link]
24. Mohajerin B, Bakhtiyar M, Olesnycky OS, Dolatshahi B, Motabi F. Application of a transdiagnostic treatment for emotional disorders to body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2019;245:637-44. Doi: 10.1016/j.jad.2018.11.058 [Link]
25. Cuijpers P, Smit F, Oostenbrink J, de Graaf R, Ten Have M, Beekman A. Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;115(3):229-36. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00851.x [Link]
26. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press; 2009, pp: 154 & 196. [Link]
27. Dammen T, Papageorgiou C, Wells A. A Two Year Follow up Study of Group Metacognitive Therapy for Depression in Norway. *Journal of Depression and Anxiety*. 2016;5(2):1-4. Doi: 10.4172/2167-1044.1000227 [Link]
28. Hjemdal O, Solem S, Hagen R, Kennair LEO, Nordahl HM, Wells A. A Randomized Controlled Trial of Metacognitive Therapy for Depression: Analysis of 1-Year Follow-Up. *Front Psychol*. 2019;10:1842. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.01842 [Link]
29. Johnson SU, Hoffart A, Nordahl HM, Wampold BE. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *J Anx Disord*. 2017;50:103-12 Doi: 10.1016/j.janxdis.2017.06.004 . [Link]
30. Nordahl HM. Effectiveness of Brief Metacognitive Therapy versus Cognitive-Behavioral Therapy in a General Outpatient Setting. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2009;2(2):152-9. Doi: 10.1521/ijct.2009.2.2.152 [Link]
31. Nordahl HM, Borkovec TD, Hagen R, Kennair LEO, Hjemdal O, Solem S, et al. Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych Open*. 2018;4(5):393-400. Doi: 10.1192/bjo.2018.54 [Link]
32. Rabiei M, Mulkens S, Kalantari M, Molavi H, Bahrami F. Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012;43(2):724-9. Doi: 10.1016/j.jbtep.2011.09.013 [Link]
33. National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. *Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*. Leicester (UK): British Psychological Society Copyright © 2006, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.; 2006. [Link]
34. Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):99-111. Doi: 10.1016/j.brat.2004.12.006 [Link]
35. Rasing SPA, Creemers DHM, Janssens JMAM, Scholte RHJ. Depression and Anxiety Prevention Based on Cognitive Behavioral Therapy for At-Risk Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Front Psychol*. 2017;8:1066. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.01066 [Link]
36. Pincus HA, McQueen LE, Elinson L. Subthreshold mental disorders: Nosological and research recommendations. In: Phillips KA, First MB, Pincus HA, editors. *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 2003. p. 129-44. [Link]
37. Rodríguez MR, Nuevo R, Chatterji S, Ayuso-Mateos JL. Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):181. Doi: 10.1186/1471-244X-12-181 [Link]
38. Haller H, Cramer H, Lauche R, Gass F, Dobos GJ. The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BMC psychiatry*. 2014;14:128. doi: 10.1186/1471-244X-14-128 [Link]
39. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord*. 1997;45(1-2):19-30. Doi: 10.1016/s0165-0327(97)00056-6 [Link]
40. Flett GL, Vredenburg K, Krames L. The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychological Bulletin*. 1997;121(3):395-416. Doi: 10.1037/0033-2909.121.3.395 [Link]
41. Littleton HL, Axsom D, Pury CLS. Development of the body image concern inventory. *Behaviour*

- Research and Therapy. 2005;43(2):229-41. Doi: 10.1016/j.brat.2003.12.006 [\[Link\]](#)
42. Abbasi F, Badami R, Jalali D. The Effect of Mindfulness and Acceptance Training on Body Image Concerns, Mental Skills and Free Throw Shooting Performance in Male Basketball Players with Wheelchairs. Positive Psychology Research. 2018; 4(2):25-40. [Persian]. [\[Link\]](#)
43. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX:: Psychological Corporation; 1996. [\[Link\]](#)
44. Joe S, Woolley ME, Brown GK, Ghahramanlou-Holloway M, Beck AT. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in low-income, African American suicide attempters. J Pers Assess. 2008;90 (5):521-3. Doi: 10.1080/00223890802248919 [\[Link\]](#)
45. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. USWR. 2007;8(0):82-0. [Persian]. [\[Link\]](#)
46. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol. 1979;47(2):343-52.
47. Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi SH, Ahmadi Noudeh K. Validity and Reliability of Beck Suicide Scale among Soldiers. Journal of Military Medicine. 2005;7(1):33-7. [Persian]. [\[Link\]](#)