

Comparing the Effects of Paradox Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Negative Emotions of Women with Body Dysmorphic Disorder

Elham Mahboubi¹, Ali Shaker Dioulagh^{2,*}, Ali Khademi³, Mohammad Hassan Asayesh⁴

¹ Ph.D. Student in Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

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

³ Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, Tehran University, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article History

Received: 17 August 2024

Revised: 18 September 2025

Accepted: 18 September 2025

Available online: 18 September 2025

Article Type: Research Article

Keywords

Body Dysmorphic Disorder; Paradox Therapy; Cognitive-Behavioral Therapy; Negative Emotions

Corresponding Author*

Ali Shaker Dioulagh received his Ph.D. in General Psychology from Islamic Azad University, Central Tehran Branch. He is currently an Associate Professor of Psychology at Islamic Azad University, Urmia Branch. His research interests include health psychology, family therapy, and psychotherapy. For correspondence regarding this article, please contact Dr. Ali Shaker Dioulagh at the Department of Psychology, Faculty of Humanities, Urmia Branch, Islamic Azad University, located at Kilometer 2, Salmas Road, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran, Postal Code 57169-63869.

ORCID: 0000-0002-7159-1894

E-mail: Ali.shaker@iue.ir

doi: <http://dx.doi.org/10.29252/bjcp.19.2.46>

ABSTRACT

Body dysmorphic disorder is a psychiatric disorder that is characterized by mental preoccupation with imagined defects in physical appearance or distorted perception of one's body image and experiencing negative emotions about appearance. The purpose of this study was to compare the effectiveness of paradox therapy (PTC) and cognitive-behavioral therapy on negative emotions of women with body dysmorphic disorder. The current research design was experimental with pre-test and post-test and follow-up with control group. The statistical population consists of all women suffering from dysmorphic of the body applying for cosmetic surgery who referred to the beauty clinics of Tehran in October and December of 2023. 45 patients were selected in a targeted way and randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 people in each group). Questionnaires for metacognition assessment of body dysmorphic (Rabiei et al, 2011) and negative emotions (Loyband and Loyband, 1995) were used to collect information. Participants attended paradox therapy sessions (8 sessions) and cognitive-behavioral therapy (8 sessions). Data were analyzed using repeated measures ANOVA with SPSS version 22. The findings indicated that both treatments had a significant effect on reducing stress, anxiety, and depression, and the interaction between time and group was also significant ($P \leq 0.01$), indicating differences in the pattern of change in negative emotions among the groups. The follow-up Dunnett's test confirmed a significant reduction in anxiety, stress, and depression in both treatment groups compared to the control group ($P \leq 0.01$), with paradoxical therapy demonstrating a stronger effect in reducing negative emotions. Given the effectiveness of paradoxical therapy, it is recommended that special attention be given to the techniques of this method for reducing negative emotions in women with body dysmorphic disorder.

Citation: Mahboubi, E., Shaker Dioulagh, A., Khademi, A., & Asayesh, M. H. (2024/1403). Comparing the Effects of Paradox Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Negative Emotions of Women with Body Dysmorphic Disorder. *Contemporary Psychology*, 19(2), 46-59. <http://dx.doi.org/10.29252/bjcp.19.2.46>

مقایسه تاثیر پارادوکس درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن

الهام محبوبی^۱، علی شاکر دولق^{۲*}، علی خادمی^۳، محمدحسن آسایش^۴

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

^۲ دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

^۳ استاد، گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

^۴ استادیار، گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچه

دریافت: ۲۷ مرداد ۱۴۰۳

اصلاح نهایی: ۲۷ شهریور ۱۴۰۴

پذیرش: ۲۷ شهریور ۱۴۰۴

انتشار آنلاین: ۲۷ شهریور ۱۴۰۴

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

کلیدواژه‌ها

اختلال بدشکلی بدن؛ پارادوکس درمانی؛ درمان شناختی-رفتاری؛ هیجانات منفی

نویسنده مسئول*

علی شاکر دولق درجه دکتری روان‌شناسی عمومی خود را از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی دریافت کرد. در حال حاضر او دانشیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه است. علائق پژوهشی ایشان روان‌شناسی سلامت، خانواده‌درمانی و روان‌درمانی است. برای مکاتبه در مورد این مقاله با دکتر علی شاکر دولق، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، به نشانی ارومیه کیلومتر ۲ جاده سلماس، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران، به کد پستی ۶۳۸۶۹-۵۷۱۶۹ تماس داشته باشید.

ارکید: ۱۸۹۴-۷۱۵۹-۰۰۰۰-۰۰۰۰-۰۰۰۰

پست الکترونیکی: Ali.shaker@iue.ir

چکیده

اختلال بدشکلی بدن، یک اختلال روان‌پزشکی است که با اشتغال ذهنی به نقص تصویری در ظاهر فیزیکی یا ادراک تحریف‌شده از تن‌نگاره خود و تجربه هیجانات منفی در مورد ظاهر مشخص می‌شود. هدف پژوهش حاضر، مقایسه تاثیر پارادوکس درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بود. روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی شهر تهران در مهر ماه تا آذر ماه سال ۱۴۰۲ بود. از این میان، ۴۵ نفر به روش هدفمند و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود انتخاب شدند. سپس، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش پارادوکس درمانی و آزمایش درمان شناختی-رفتاری و یک گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن (ریبسی و همکاران، ۲۰۱۱) و هیجانات منفی (لویباند و لویباند، ۱۹۹۵) استفاده شد. شرکت‌کنندگان در جلسات پارادوکس درمانی (۸ جلسه) و درمان شناختی-رفتاری (۸ جلسه) حضور یافتند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان تاثیر معناداری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس داشته‌اند. تعامل زمان و گروه نیز معنادار بود ($P \leq 0/01$) که بیانگر تفاوت الگوی تغییر هیجانات منفی در گروه‌ها است. نتایج آزمون تعقیبی دانت، کاهش معنادار افسردگی، اضطراب و استرس در هر دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل را تایید کرد ($P \leq 0/01$)؛ با این تفاوت که پارادوکس درمانی تاثیر قوی‌تری در کاهش هیجانات منفی نشان داد. با توجه به تاثیر پارادوکس درمانی، پیشنهاد می‌شود در درمان زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، توجه ویژه‌ای به تکنیک‌های این روش برای کاهش هیجانات منفی شود.

مقدمه

فرد ممکن نباشد (عباس و همکاران، ۲۰۱۷؛ والکر و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به ویژگی‌های فرهنگی جوامع مختلف، زیبایی برای زن از اهمیت بالایی برخوردار است. به همین دلیل، متقاضیان عمل‌های جراحی زیبایی، بیشتر زنان هستند (الوطیبی، ۲۰۲۱؛ عباس و همکاران، ۲۰۱۷). این مسئله به نوبه خود، عاملی برای آشکار شدن اختلالات

زیبایی برای اغلب افراد جامعه از اهمیت بالایی برخوردار است و سبب ایجاد ویژگی‌های مثبت زیادی برای افراد می‌شود (چن و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس آنچه در مورد علل روان‌شناختی تمایل به جراحی زیبایی پرداخته شده است؛ جراحی زیبایی می‌تواند اعمال قدرتی تلقی شود که در صورت عدم انجام آن، احساس قدرت برای

این طریق فکر و تصمیم افراد را تحریف و آغشته به خطا می‌کند و منجر به تجربه تنیدگی‌های روان‌شناختی^۵ و هیجان‌های منفی^۶ از جمله افسردگی، اضطراب و استرس می‌شوند (راسل، ۲۰۲۳؛ ریتز و همکاران، ۲۰۲۳؛ کیککارلی و همکاران، ۲۰۲۱).

تجربه تنیدگی‌های روان‌شناختی و هیجان‌های منفی، اغلب بر کارکردهای شناختی و هیجانی افراد تاثیر می‌گذارد (عبداله زاده فرد و همکاران، ۲۰۲۲) و فرد را به سوی عدم تعادل روانی، هیجانی و شناختی و ناسازگاری سوق می‌دهد (هینگ و یسونگ، ۲۰۱۸). سه مولفه افسردگی، اضطراب و استرس به‌عنوان مولفه‌های عمومی تنیدگی روان‌شناختی (رمضان‌پور و جوزی، ۲۰۲۰) و اختلالات شایع قرن حاضر شناخته شده‌اند. مولفه افسردگی، به نشانگان رفتاری همراه با حالت‌های ملال‌آور مانند ناراحتی یا احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی اشاره می‌کند. مولفه اضطراب، به نشانگانی مانند برانگیختگی‌های فیزیولوژیک، هراس و ترس اشاره می‌کند. مولفه استرس نیز، به نشانگانی مانند احساس فشار روانی و احساس رنج و در تنگنا بودن اشاره می‌کند (لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵).

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، به دلیل نقصی که در بدن و ظاهر خود درک می‌کنند و همچنین، به دلیل واری مدام نقص خود، جستجوی اطمینان، دریافت تایید دیگران و مقایسه بیش‌ازحد خود با دیگران، افسردگی، اضطراب و استرس را نیز گزارش می‌کنند (آلسوان، ۲۰۱۵؛ توه و همکاران، ۲۰۱۷). مطالعات راسل (۲۰۲۳) و کریس و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که این اختلال با افسردگی و اضطراب همراه است. همچنین، کیککارلی و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، هیجان‌های منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) را تجربه می‌کنند. به‌علاوه، وینگاردن و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که ۵۳ تا ۸۱ درصد از موارد اختلال بدشکلی بدن با افسردگی اساسی و اختلالات اضطرابی همراه است. در پژوهشی دیگر، واله و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که افسردگی، اضطراب و استرس در تشخیص اختلال بدشکلی بدن کمک‌کننده است. همچنین، پژوهش انگلاکیس و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که عدم درمان این اختلال می‌تواند مزمن شده و احتمال خودکشی و بستری شدن را افزایش دهد. در پژوهش بومن و همکاران (۲۰۱۷) نیز نشان داده شد که خط اول درمان این اختلال، باید اختلال روانی یا مشکل این افراد با تن‌انگاره خود باشد (علوی و همکاران، ۲۰۱۰). به‌عبارتی، درمان ابتدا باید مشکل تن‌انگاره را هدف بگیرد (سوییس و همکاران، ۲۰۱۷).

روان‌شناختی مرتبط با ظاهر، مانند اختلال بدشکلی بدن شده است (بوچرنیسون و همکاران، ۲۰۲۲؛ جسی و کریس، ۲۰۲۳؛ ریتز و همکاران، ۲۰۲۳؛ هینگس و یسونگ، ۲۰۱۸).

اختلال بدشکلی بدن، یک اختلال روان‌پزشکی است که با اشتغال ذهنی به نقص تصویری در ظاهر فیزیکی یا ادراک تحریف‌شده از تن‌انگاره خود مشخص می‌شود. این اختلال، در ابتدا سندرم زشتی تصور^۱ نامیده می‌شد و همچنین، به آن سندرم بدشکلی^۲، هیپوکندریازیس پوستی^۳ و بدشکلی هراسی نیز گفته می‌شد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۳؛ راک و همکاران، ۲۰۲۴؛ ریبیرو، ۲۰۱۷؛ فرانکا و همکاران، ۲۰۱۷). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴، اختلال بدشکلی بدن به طیف اختلالات وسواس فکری-اجباری اضافه شده و شامل اشتغال فکری شدید و آشفته‌ساز با نقص جزئی یا تصویری در ظاهر است. علامت اصلی این اختلال، احساس ذهنی و تصور از زشت بودن یا یک نقص خیالی است که بیمار اعتقاد دارد برای سایر افراد کاملاً آشکار و مشخص است؛ درحالی‌که، فرد از ملاک‌ها و پارامترهای چهره‌ای طبیعی برخوردار است (خاملانی-پتل و نریزگلو، ۲۰۲۲؛ سوییس و همکاران، ۲۰۱۷؛ لافتر و همکاران، ۲۰۲۳).

در اختلال بدشکلی بدن، افراد با یک نقص خیالی یا خفیف در ظاهر فیزیکی خود و رفتارهای اجباری وقت‌گیر با هدف بررسی، پنهان کردن، رفع یا کاهش تهدید درک‌شده مرتبط با نگرانی‌های ظاهری خود مشغول می‌شوند (فرانکا و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین، افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، الگوی مشکل‌ساز تفکر قضاوت‌گرایی و ذهن‌خوانی را نشان می‌دهند؛ به‌طوری‌که، معتقدند دیگران به ظاهر آن‌ها توجه خاصی می‌کنند و آن‌ها را به دلیل ظاهرشان قضاوت، تمسخر یا طرد می‌کنند (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۱؛ کریس و همکاران، ۲۰۲۴). افکاری از این قبیل منجر به تفسیرهای منفی یا تهدیدکننده از اطلاعات مبهم اجتماعی می‌شود.

پژوهش بوهلمن و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که افراد مبتلا به این اختلال، معمولاً حالات چهره خنثی را به‌عنوان عصبانی یا تحقیرآمیز تعبیر می‌کنند و به اشتباه موقعیت‌ها را تفسیر می‌کنند (کریکین و تیچمن، ۲۰۰۸). همچنین، درک نادرست از عبارات هیجانی مبهم و درک موقعیت‌های اجتماعی به‌عنوان عامل تهدیدکننده یا طردکننده، به تقویت علائم اختلال بدشکلی بدن و اجتناب اجتماعی کمک می‌کند (بوهلمن و همکاران، ۲۰۱۳). به‌علاوه، این خطاها بر روی ادراک افراد از واقعیت تاثیر منفی می‌گذارند و از

⁴ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

⁵ psychological stress

⁶ negative emotions

¹ ugly imagination syndrome

² disfigurement syndrome

³ skin hypochondriasis

قیافه خود اصلاح شود (فنگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ محمودیان دستنایی، ۲۰۱۷).

گرینبرگ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود، از بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های پاسخ به درمان شناختی-رفتاری، به انگیزه، آمادگی بیشتر برای تغییر و بینش پایه بهتر اشاره کردند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که مراجعینی که از بینش بهتری نسبت به مشکل خود برخوردار بودند و اعتماد، آمادگی و انگیزه بیشتری برای تغییر داشتند، نتیجه بهتری از درمان شناختی-رفتاری دریافت کردند. پژوهش‌های ریتز و همکاران (۲۰۲۳)، برنستین و همکاران (۲۰۲۳)، فنگ و همکاران (۲۰۲۰) و گرینبرگ و همکاران (۲۰۱۹) نشان‌دهنده تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن است.

با توجه به اهمیت درمان روان‌شناختی در افراد مبتلا به این اختلال به‌عنوان خط اول درمان، نیاز به درمان‌های کوتاه‌مدت، زودبازده و مقرون‌به‌صرفه‌تر احساس می‌گردد. از یک سو، از بین درمان‌های روان‌شناختی، درمان شناختی-رفتاری مطابق با پژوهش‌های ریتز و همکاران (۲۰۲۳)، برنستین و همکاران (۲۰۲۳)، فنگ و همکاران (۲۰۲۰) و گرینبرگ و همکاران (۲۰۱۹) بیشترین تاثیر را بر کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن داشته است. از سوی دیگر، پارادوکس‌درمانی نیز دارای تاثیر سریع و قاطع برای اختلال‌های مختلف بوده است (بشارت، ۲۰۱۹؛ بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹).

با توجه به اینکه پارادوکس‌درمانی بیشتر در قالب مطالعات موردی در اختلال‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (بشارت، ۲۰۱۹؛ بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹) و با توجه به مقرون‌به‌صرفه بودن آن و همچنین، تکنیک‌هایی که در آن به‌کاررفته که تغییرات عمیق شخصیتی را با سرعت امکان‌پذیر می‌کند و بعد از درمان نیز از نرخ بازگشت پایینی برخوردار است؛ بنابراین، مقایسه این دو رویکرد درمانی به‌صورت گروهی و با دوره پیگیری سه‌ماهه می‌تواند ثبات نتایج آن در طول زمان را نشان دهد تا در تصمیم‌گیری برای انتخاب بهترین نوع درمان با کمترین نرخ بازگشت، راه‌گشای درمانگران برای درمان افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن باشد.

با عنایت به مطالب ذکرشده و با مرور مطالعات صورت‌گرفته، ذکر این نکته ضروری است که در انجام پژوهش‌هایی با هدف بررسی مقایسه‌ای پارادوکس‌درمانی با روش‌های درمانی دیگر داخل کشور، غفلت شده است و بیشتر مطالعات این حوزه به‌صورت مطالعه موردی بوده است (بشارت، ۲۰۱۹؛ بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹). به همین دلیل، در این پژوهش دو سبک روان‌درمانی موفق و زودبازده (با تعداد

از درمان‌های روان‌شناختی و رویکردهای غالب درمانی برای اختلال بدشکلی بدن می‌توان به درمان شناختی-رفتاری و درمان دارویی (داروهای بازدارنده‌های بازجذب سروتونین) اشاره داشت (بشارت، ۲۰۱۹). همچنین، یکی از درمان‌های روان‌شناختی که دارای تاثیر سریع و قاطع در اختلال‌های روان‌شناختی مانند وسواس فکری-عملی (بشارت، ۲۰۱۹)، اضطراب بیماری (بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹)، اضطراب اجتماعی (بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹) و اختلال بدشکلی بدن (بشارت، ۲۰۱۶) بوده است، پارادوکس‌درمانی^۱ است. این مدل که با نام PTC^۲ شناخته می‌شود، درمانی بسیار کوتاه‌مدت، اخلاقی، غیرتهاجمی و اقتصادی است و تغییرات عمیق شخصیتی را با سرعت امکان‌پذیر می‌کند. در این مدل، مراجع به درمانگر تبدیل می‌شود و کمترین شانس برای بازگشت بیماری وجود دارد. همچنین، جهت برداشتن دفاع‌ها و تقویت خود به بیمار کمک می‌شود.

مدل پارادوکس‌درمانی، با مهندسی زمان (برنامه زمانی) و با استفاده از نشانه‌های بیماری (پارادوکس)، تمرین‌هایی برای بیمار تجویز می‌شود (دستوری‌سازی) تا بر اساس آن‌ها، بیمار نشانه‌های بیماری‌اش را خودش در وقت‌های از پیش تعیین‌شده (مصنوعی) بازسازی و تجربه کند (بشارت، ۲۰۱۹). اصل حاکم بر این مدل درمانی، حذف اضطراب است. زمانی که رابطه نشانه‌ها با اضطراب قطع شود، من^۳ بار دیگر می‌تواند قدرتمند شود. این پدیده تابع تجربه‌های گذشته و تفاوت‌های فردی افراد است و تعیین‌کننده اصلی سرعت و کندی تاثیر درمان است (بشارت، ۲۰۱۵). بنابراین، مدل پارادوکس‌درمانی به‌عنوان رویکردی جدید و جامع، ریشه در نظریه‌های رفتاری، روان‌کاوی و سیستمی دارد؛ اما، در عمل و اقدامات درمانی به فنون رفتاری وفادار است (بشارت، ۲۰۱۹). نتایج درمان به روش پارادوکسی، تاثیر سریع و قاطع این روش را برای اختلال‌های مختلف تایید کرده‌اند (بشارت، ۲۰۱۹؛ بشارت و نقی‌پور، ۲۰۱۹؛ ده آگین و همکاران، ۲۰۲۳؛ محبوبی و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی دیگر از رویکردهای روان‌شناختی غالب که در درمان اختلال بدشکلی بدن مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان شناختی-رفتاری^۴ است (فنگ و همکاران، ۲۰۲۰). در این درمان، اعتقاد بر این است که فرآیندهای شناختی ناکارآمد و الگوهای ناسازگار بین‌فردی به حفظ اختلال بدشکلی بدن می‌انجامند (ریتز و همکاران، ۲۰۲۳). به همین دلیل، بر بازشناسی مشکلات، کاهش توجه خودمحور و راهبردهای مقابله‌ای با نشخوار فکری در فرآیند درمان تاکید می‌شود. در این روش درمانی به بیماران کمک می‌شود تا از طریق مواجهه تدریجی، ترس‌هایشان کاهش یابد. همچنین، بر تحریف و خطاهای شناختی بیماران تاکید می‌شود تا ادراک و باور افراد نسبت به ظاهر و

³ ego

⁴ cognitive and behavioral therapy

¹ paradox therapy

² Paradox+Timetable=Cure

گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). سپس، جهت اجرای پژوهش، با هماهنگی مدیران کلینیک‌های زیبایی شهر تهران، توضیحاتی در مورد روش کار به آن‌ها داده شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال بدشکلی بدن بر اساس مصاحبه تشخیصی، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، نداشتن تشخیص سایر اختلالات همبود (از جمله اضطراب، افسردگی، استرس و وسواس-اجبار) و عدم دریافت هرگونه مداخله روان‌شناختی دیگر در طول مدت پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری در انجام تمرینات درمانی خانگی به‌طور مکرر یا امتناع از انجام آن‌ها بنا بر تشخیص درمانگر، عدم تمایل برای ادامه شرکت در جلسات درمان، استفاده از هرگونه داروی روان‌گردان و آغاز هرگونه درمان دارویی یا روان‌شناختی جدید همزمان با مداخله پژوهش بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن (*BDMCQ*)^۱: این مقیاس ۳۱ سوالی شامل چهار عامل است که توسط ربیعی و همکاران (۲۰۱۱) برای سنجش فراشناخت بدشکلی بدن طراحی شده است. این پرسشنامه شامل خرده‌مقیاس‌های راهبردهای کنترل فراشناختی (در مورد ظاهر)، عینیت بخشیدن به افکار (در آمیختگی افکار)، باورهای مثبت و منفی فراشناختی و رفتارهای ایمنی (در مورد بدشکلی بدن) است که به‌منظور ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن و ابعاد آن به کار می‌رود. شرکت‌کنندگان، افکار و تصورات درباره بدشکلی ظاهرشان در دو هفته گذشته را در قالب طیف لیکرت پنج گزینه‌ای گزارش می‌دهند. در مطالعه ربیعی و همکاران (۲۰۱۱)، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌های راهبردهای کنترل فراشناختی، عینیت بخشیدن به افکار، باورهای مثبت و منفی فراشناختی و رفتارهای ایمنی به‌ترتیب برابر با ۰/۹۴، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ گزارش شد. همچنین، روایی همزمان این پرسشنامه و عوامل آن با مقیاس اصلاح‌شده وسواسی-اجباری بیل براون (۱۹۸۹) برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن ۰/۶۴ به‌دست آمد. در مطالعه فتاحی و همکاران (۲۰۱۹)، ضریب پایایی پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن و عوامل آن ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ محاسبه شد که پایایی مناسب پرسشنامه را نشان می‌دهد. همبستگی بین نمرات بازآزمایی در فاصله چند هفته نیز بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، از این پرسشنامه برای شناسایی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن استفاده شد تا با انجام مصاحبه تشخیصی و بررسی روان‌شناس کلینیک در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار گیرند.

جلسات کم درمانی) به‌صورت گروهی مورد بررسی قرار گرفت تا تاثیر آن بر هیجان‌ات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مشخص شود و میزان تاثیر رویکردها نیز با هم مقایسه شود. بنابراین، سوال اصلی پژوهش این است که آیا بین تاثیر پارادوکس درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر هیجان‌ات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن تفاوت وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ روش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. روش اجرا بدین‌صورت بود که شرکت‌کنندگان، پرسشنامه هیجان‌ات منفی را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای گرفتند. سپس، مداخله تعیین‌شده برای گروه‌های موردنظر اجرا شد. پس از مرحله مداخله، برای مرحله پس‌آزمون، تمامی شرکت‌کنندگان مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و سه ماه پس از پس‌آزمون، دوباره تمامی شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند.

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی شهر تهران در مهر ماه تا آذر ماه سال ۱۴۰۲ بود. برای نمونه‌گیری، از روش هدفمند استفاده شد. به این صورت که از بین مناطق ۲۲گانه تهران، مناطق ۲، ۳ و ۴ به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس، از بین کلینیک‌های زیبایی موجود در سه منطقه، سه کلینیک به‌صورت هدفمند انتخاب و مقیاس ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن توسط پژوهشگر بر روی تمام زنان متقاضی عمل جراحی مراجعه‌کننده به آن کلینیک‌ها اجرا شد.

پس از نمره‌گذاری پرسشنامه، افرادی که نمره بالاتر از ۷۷ در این مقیاس کسب کرده بودند، با مصاحبه تشخیصی با روان‌شناس کلینیک مورد بررسی قرار گرفتند. هدف از این مصاحبه، تشخیص اختلال بدشکلی بدن بر اساس ملاک‌های DSM-5 و بررسی سایر ملاک‌های ورود به پژوهش بود. برای انجام پژوهش‌های آزمایشی، حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۹۸۶). بنابراین، تعداد ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب شدند و به روش جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل

¹ Body Deformity Metacognition Assessment Questionnaire

اما، در عمل و اقدامات درمانی به فنون رفتاری وفادار است (بشارت، ۲۰۱۷). اجرای فردی این درمان برای نمونه‌ای با تعداد بالا، مستلزم صرف زمان بسیار، منابع انسانی بیشتر و فرآیند طولانی‌تری بود. از این‌رو، با هدف افزایش کارآمدی اجرایی، تسهیل فرایند درمان، بهره‌مندی از پویایی گروه و صرفه‌جویی در منابع زمانی و انسانی، تصمیم بر آن شد که پروتکل مذکور به‌صورت گروهی اجرا شود.

با توجه به ماهیت فردمحور پروتکل اصلی پارادوکس درمانی مبتنی بر مدل PTC (بشارت، ۲۰۱۷)، جهت اجرای آن در قالب گروهی، لازم بود محتوای جلسات با ساختار گروه‌درمانی تطبیق داده شود. بدین منظور، نسخه اولیه پروتکل درمان گروهی بازنویسی شد. سپس، این نسخه برای ارزیابی میزان تطبیق‌پذیری با چارچوب درمان گروهی، در اختیار پنج متخصص دارای تجربه در حوزه پارادوکس‌درمانی قرار گرفت. برای بررسی روایی محتوای پروتکل گروهی، از شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. از متخصصان خواسته شد که میزان تناسب هر جلسه و مولفه‌های آن (شامل اهداف، فعالیت‌ها و تکنیک‌های درمانی) را با معیارهای درمان گروهی بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای ارزیابی کنند. مولفه‌هایی که امتیاز کمتر از ۰/۷۹ کسب کردند، بازنگری یا حذف شدند. سپس، نسخه نهایی پروتکل با توجه به اجماع نظری متخصصان تثبیت شد و در پژوهش حاضر استفاده شد. در نهایت، پروتکل مداخله پارادوکس‌درمانی به‌صورت گروهی بر اساس بشارت (۲۰۱۷) و محبوبی و همکاران (۲۰۲۴) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک‌بار و در طول دو ماه به‌صورت گروهی تدوین و اجرا شد.

پرسشنامه هیجانات منفی^۱ (DASS-21): پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس اولین بار توسط لویباند^۲ و لویباند (۱۹۹۵) ارائه شد. در این پرسشنامه، ۸ سوال مربوط به افسردگی (D)، ۷ سوال مربوط به اضطراب (A) و ۶ سوال مربوط به استرس (S) است. این پرسشنامه دارای گزینه‌های اصلا، کم، متوسط و زیاد است. کمترین امتیاز مربوط به هر سوال، صفر و بیشترین امتیاز، ۳ است. در مطالعه بیکر و ایل (۲۰۰۱)، پرسشنامه افسردگی و اضطراب یک مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس پرسشنامه هیجانات منفی همبستگی بالایی نشان داده است. همچنین، کرافورد و هنری (۲۰۰۳) این پرسشنامه را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب و یک ابزار دیگر مربوط به عاطفه مثبت و منفی مقایسه کردند و نتیجه گرفتند که بهترین حالت برای این ابزار، زمانی است که هر سه عامل در آن در نظر گرفته شود. پایایی این مقیاس برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۶۶ و ۰/۷۶ گزارش شده است. در پژوهش مرادی و پناهی (۲۰۰۵)، میزان ثبات داخلی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب برابر با ۰/۹۴، ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش صاحبی و همکاران (۲۰۰۵) نیز، همسانی درونی برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۳ و ۰/۸۱ گزارش شده است.

محتوای مداخله

پارادوکس‌درمانی: مدل درمان پارادوکسی به‌عنوان رویکردی جدید و جامع، ریشه در نظریه‌های رفتاری، روانکاوی و سیستمی دارد؛

جدول ۱: جلسات پارادوکس‌درمانی گروهی

جلسه	محتوای جلسه
اول	مرحله اجتماعی مصاحبه شامل خوش‌آمدگویی؛ نکاتی که معمولاً ضمن معرفی گفته می‌شوند مانند سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، مدت ازدواج، تعداد فرزندان و وضعیت اشتغال و مرحله مشکل مصاحبه شامل تعریف اختلال بدشکلی بدن، شرح برنامه درمان توسط درمانگر، تعیین هدف‌های درمان و تجویز تکلیف خانگی برای اصلاح هیجانات منفی.
دوم	تحلیل رفتاری؛ شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل، مشکلات و محدودیت‌های احتمالی اجرای تکالیف برای مراجعین، بررسی گزارشات تکالیف و اصلاح تکالیف، برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی و ادامه تکلیف خانگی پارادوکسی.
سوم	تحلیل رفتاری؛ شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل، پیامدهای انجام تکالیف از نقطه نظر مراجعین، برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی توسط مراجعین، لزوم احتمالی تداوم تکالیف قبلی (برای مثال، ادامه انجام تکالیف با دوز/تعداد کمتر-مطابق اصل روند کاهش تکالیف تجویز شده) و اضافه شدن تکالیف جدید پارادوکسی.
چهارم	تحلیل رفتاری؛ شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل، مشکلات و محدودیت‌های احتمالی اجرای تکالیف برای مراجعین، بررسی گزارشات تکالیف و اصلاح تکالیف، برآورد میزان درصد تغییرات احتمالی درمانی و ادامه تکالیف خانگی.
پنجم و ششم	تحلیل رفتاری؛ شرح کامل نحوه اجرای تکالیف تجویز شده در جلسه قبل، کاهش تکلیف تجویزی اول و دوم، بررسی گزارشات تکالیف و تقلیل تکالیف به روزی دو نوبت.
هفتم و هشتم	بررسی بازخورد مراجعین از درمان و پیشرفت هر فرد در تمرینات، ادامه تکالیف خانگی و تقلیل تکلیف به روزی یک نوبت، قطع تکالیف در جلسه آخر، گفت‌وگو درباره تجربه کل درمان در گروه و شرح برنامه خوددرمانی برای مراجعین در آینده.

² Lovibond

¹ Questionnaire of Negative Emotions

جلسات به بیان قواعد و مقررات جلسه، کمک به افراد برای تدوین اهداف به صورت مثبت و ارائه تکالیف پرداخته شد. همچنین، تکنیک‌های متنوع در خلال جلسات به تناسب موقعیت استفاده شد.

درمان شناختی-رفتاری: منظور از درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار، تهیه برنامه و بسته درمانی از راهنمای شناخت‌درمانی تدوین مک‌کی (۲۰۰۲) است. در پژوهش حاضر، رویکرد شناختی-رفتاری در ۸ جلسه مشاوره گروهی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در طول این

جدول ۲: جلسات درمان شناختی-رفتاری گروهی

جلسه	محتوا جلسه
اول	معرفه، ارزیابی علائم، ارائه منطق درمان و اجرای پیش‌آزمون.
دوم	باورها و تحریفات شناختی، آشنایی با اشتغال ذهنی اعضا در رابطه با تن‌انگاره نقش باورها، ارائه فهرست مهم‌ترین تحریفات شناختی و ثبت افکار ناسالم.
سوم	آموزش تفکر واقع‌بینانه، پیامدهای رفتاری و هیجانی باورها، آموزش فن قاب‌گیری مجدد، شناسایی تشریفات و رفتارهای اجتنابی و فن خودنظارتی.
چهارم	شناخت هیجانات، عملکرد و اهمیت و هدف آن، پذیرش و مشاهده هیجان، مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی و شناسایی و غلبه بر موانع هیجان‌های سالم.
پنجم	آشنایی با فن حساسیت‌زدایی منظم و خود آرام‌سازی، سلسله مراتب موقعیت‌های هیجان برانگیز، ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا و تمرین آرمیدگی.
ششم	مقابله با اجتناب هیجانی، بازآموزی آینه، پیامدهای اجتناب از هیجان، انواع اجتناب هیجانی و بازآموزی آینه به‌عنوان آزمایش رفتاری.
هفتم	عمل بر اساس ارزش و فن حل مسئله، شفاف‌سازی ارزش‌ها، شناسایی فعالیت‌های مبتنی بر ارزش و مزایای آن در حوزه‌های مختلف زندگی و فن حل مسئله.
هشتم	مرور تغییر، تحکیم و عیب‌یابی، مرور آموخته‌ها، ایجاد برنامه مداوم و اجرای پس‌آزمون.

شیوه اجرا

جهت اجرای پژوهش، با هماهنگی مدیران کلینیک‌های زیبایی شهر تهران، توضیحاتی در مورد روش کار به شرکت‌کنندگان داده شد. از بین مناطق ۲۲گانه تهران، مناطق ۲، ۳ و ۴ به صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس، از بین کلینیک‌های زیبایی موجود در سه منطقه، سه کلینیک به صورت هدفمند انتخاب و مقیاس ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن توسط پژوهشگر بر روی تمام زنان متقاضی عمل جراحی مراجعه‌کننده به آن کلینیک‌ها اجرا شد. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه، افرادی که نمره بالاتر از ۷۷ در این مقیاس کسب کرده بودند، با مصاحبه تشخیصی با روان‌شناس کلینیک مورد بررسی قرار گرفتند. سپس، ۴۵ نفر از زنانی که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، مورد شناسایی قرار گرفتند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند.

در ادامه، در مورد اهداف مطالعه و روش کار به شرکت‌کنندگان توضیحاتی داده شد و بنا بر قوانین حاکم بر نظام کمیته اخلاق، بر موارد لازم مانند محرمانگی اطلاعات و غیره تاکید شد. در طول دوره اجرای مداخله‌ها برای گروه‌های آزمایش، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و تنها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت داشت. با این حال، پس از پایان مداخله برای گروه‌های آزمایش و به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، مداخله مشابهی برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز اجرا شد.

ملاحظات اخلاقی

پس از طی مراحل اداری و دریافت مجوزهای لازم برای نمونه‌گیری و گردآوری داده‌ها، کد اخلاق با شناسه IR.IAU.URMIA>REC.102.071 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه اخذ شد. در این پژوهش، تمامی ملاحظات اخلاقی شامل حفظ محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان، اعطای آزادی کامل به آنان برای کناره‌گیری از مطالعه، ارائه توضیحات کامل درباره پژوهش، اخذ رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها تنها در راستای اهداف پژوهش رعایت شد. همچنین، جلسات درمانی این مطالعه توسط نویسنده اول، که دارای گواهینامه معتبر، آموزش‌دیده و تحت نظارت استاد راهنما بود، اجرا شد.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش پارادوکس درمانی برابر با $40/5 \pm 4/83$ ، گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری برابر با $40/25 \pm 4/46$ و گروه کنترل برابر با $40/06 \pm 4/35$ بود. استفاده از آزمون‌های آماری نشان داد که به لحاظ سن ($F(2,45)=2/69, P=0/321$)، وضعیت تاهل ($P=0/672$)، تحصیلات ($X^2(2)=2/13, P=0/344$) و تحصيلات ($X^2(2)=2/13, P=0/344$) بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود ندارد.

در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای افسردگی ($F=۰/۴۸۹, P>۰/۵۶۰$)، اضطراب ($F=۰/۹۸۹, P>۰/۳۱۳$) و استرس ($F=۰/۴۹۸, P>۰/۶۲۴$) و در مرحله پیگیری در متغیرهای افسردگی ($F=۰/۴۴۸, P>۰/۶۰۱$)، اضطراب ($F=۰/۶۰۵, P>۰/۵۳۴$) و استرس ($F=۲/۱۴۴, P>۰/۱۲۴$) غیرمعنادار هستند. بنابراین، واریانس خطای سه گروه در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس به‌طور معناداری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس آن‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تایید شد.

جدول ۳ یافته‌های توصیفی هیجان‌های منفی در شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. برای آزمون فرضیه پژوهش، ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل بررسی شد. آزمون شاپیرو-ویلک برای افسردگی، اضطراب و استرس در هر سه گروه و در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح $۰/۰۵$ غیرمعنادار بود. این موضوع بیانگر توزیع نرمال داده‌های مربوط به هیجان‌های منفی در هر سه گروه و هر سه مرحله است. نتیجه آزمون لوین نیز نشان داد که

جدول ۳: یافته‌های توصیفی مربوط به هیجان‌های منفی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش پارادوکس درمانی			آزمایش درمان شناختی-رفتاری			کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
افسردگی	میانگین	۷/۴۰	۲/۸۶	۲/۷۳	۹/۶۰	۵/۹۳	۱۱/۰۶	۱۰/۰۶	۱۰/۲۰
	انحراف استاندارد	۳/۰۸	۲/۰۹	۱/۹۸	۵/۹۳	۲/۴۳	۴/۶۵	۳/۸۶	۳/۷۸
	کجی	۱/۱۱	۱/۷۸	۱/۹۶	۱/۲۰	۱/۱۵	۰/۹۰	۱/۸۹	۲/۰۰
اضطراب	کشیدگی	۰/۵۴	۱/۰۶	۰/۷۸	۰/۴۵	۰/۶۹	۰/۸۴	۰/۶۷	۰/۸۱
	میانگین	۸/۸۰	۲/۷۳	۲/۴۶	۹/۰۶	۵/۷۳	۴/۸۰	۹/۴۴	۱۰/۰۰
	انحراف استاندارد	۳/۰۰	۲/۱۸	۱/۹۵	۵/۰۳	۲/۴۰	۱/۷۸	۴/۹۳	۴/۷۸
استرس	کجی	۱/۶۹	۰/۹۸	۰/۸۶	۱/۴۵	۰/۸۶	۱/۱۸	۱/۸۷	۱/۰۶
	کشیدگی	۰/۹۰	۰/۶۶	۰/۲۵	۰/۹۵	۰/۰۴	۰/۶۳	۰/۷۵	۰/۹۱
	میانگین	۱۱/۶۶	۵/۴۰	۵/۰۰	۱۲/۶۰	۶/۴۰	۶/۰۶	۱۱/۰۸	۱۰/۰۰
افسردگی	انحراف استاندارد	۳/۳۵	۲/۲۲	۲/۲۶	۵/۰۳	۳/۹۲	۳/۸۰	۲/۶۱	۲/۳۶
	کجی	۰/۷۹	۰/۷۸	۰/۹۶	۱/۰۵	۰/۴۶	۱/۰۰	۱/۰۲	۱/۱۷
	کشیدگی	۰/۴۲	۰/۰۶	۰/۴۵	۰/۳۵	۰/۱۶	۰/۳۵	۰/۵۶	۰/۷۰

متغیرهای وابسته معنادار نیست که نشانگر برقراری این پیش‌فرض است. اندازه آزمون موخلی نیز برای بررسی پیش‌فرض کرویت $۰/۰۵۱$ به‌دست آمد. از آن‌جا که اندازه آزمون موخلی از نظر آمار معنادار نیست؛ بنابراین، پیش‌فرض کرویت برقرار است. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آماری و شرط کرویت می‌توان از نتایج آزمون‌های چند متغیری برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده کرد.

در پژوهش حاضر، نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس به‌عنوان متغیر وابسته و پیش‌آزمون آن‌ها به‌عنوان متغیر کمکی (کوواریت) تلقی شدند. تعامل متغیرهای کمکی و وابسته در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) معنادار نبود ($P>۰/۰۵$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در هر یک از موارد تایید شد. همچنین، نتایج آزمون ام‌باکس برای مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس‌ها نشان داد که نتیجه به‌دست‌آمده در

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه تاثیر پارادوکس درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذور اتا
افسردگی	زمان	۱	۲۳/۰۳۳	۱۱/۶۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱
	گروه*زمان	۲	۴۹/۵۹۵	۷/۲۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹۱
اضطراب	خطا	۴۲	۶/۵۰۵			
	زمان	۱	۴۵۷/۸۷۸	۵۸/۵۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴
استرس	گروه*زمان	۲	۳۶/۲۳۳	۵/۲۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷
	خطا	۴۲	۴/۱۵۹			
افسردگی	زمان	۱	۶۲۴/۱۰۰	۱۰۵/۵۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱
	گروه*زمان	۲	۴۰/۰۳۳	۶/۷۷۱	۰/۰۰۳	۰/۴۰۰
اضطراب	خطا	۴۲	۵/۹۱۳			
	خطا	۴۲	۲۴۸/۳۳۳			

افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت وجود دارد. نتایج کامل تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر زمان بر افسردگی، اضطراب و استرس معنادار است ($P < 0/01$). همچنین، تعامل زمان و گروه نیز در هر سه متغیر معنادار گزارش شد که نشان می‌دهد الگوی تغییر هیجانات منفی در گروه‌های مختلف تفاوت دارد و مداخلات انجام‌شده تاثیر معناداری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس داشته‌اند.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی دانت برای مقایسه دو گروه آزمایش با گروه کنترل

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین تفاوت‌ها	p	خطای استاندارد
افسردگی	پارادوکس-کنترل	-۶/۴۴۴	۰/۰۰۱	۱/۰۹۲
	درمان شناختی-رفتاری-کنترل	-۳/۸۴۴	۰/۰۰۲	۱/۰۹۲
اضطراب	پارادوکس-کنترل	-۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷
	درمان شناختی-رفتاری-کنترل	-۳/۴۶۶	۰/۰۰۲	۰/۹۹۷
استرس	پارادوکس-کنترل	-۵/۶۶۶	۰/۰۰۱	۱/۰۹۰
	درمان شناختی-رفتاری-کنترل	-۳/۶۶۶	۰/۰۰۲	۱/۰۲۰

به اختلال بدشکلی بدن پرداخته باشد، در ادبیات پژوهش یافت نشد؛ با این حال، نتایج به‌دست‌آمده به‌طور تلویحی با نتایج مطالعات پیشین مانند ده‌آگین و همکاران (۲۰۲۳)، بشارت (۲۰۱۶، ۲۰۱۹)، بشارت و نقی‌پور (۲۰۱۹)، ریتز و همکاران (۲۰۲۳)، برنستین و همکاران (۲۰۲۳)، فنگ و همکاران (۲۰۲۰)، گرینبرگ و همکاران (۲۰۱۹) و محبوبی و همکاران (۲۰۲۴) همسو است.

در تبیین تفاوت میان تاثیر دو شیوه درمانی می‌توان به تفاوت‌های بنیادی در منطق نظری و شیوه مداخله این دو رویکرد اشاره داشت. درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد و سوگیری‌های شناختی عمل می‌کند و به افراد کمک می‌کند تا با جایگزینی افکار منطقی، هیجانات منفی خود را مدیریت کنند. در مقابل، پارادوکس درمانی با به چالش کشیدن مستقیم کنترل و اجتناب ذهنی فرد نسبت به هیجانات منفی و تشدید عمدی تجربه اضطراب و استرس، موجب کاهش مقاومت ذهنی و در نتیجه، پذیرش و کاهش خودبه‌خودی هیجانات منفی می‌شود.

پارادوکس درمانی بر خلاف درمان شناختی-رفتاری که بر کنترل هیجانات تمرکز دارد، با فعال‌سازی نوعی مواجهه درونی، موجب فروپاشی چرخه نگرانی و رهایی از کشمکش درونی برای مهار هیجان می‌گردد. همین تفاوت ممکن است منجر به تغییر عمیق‌تر در رابطه فرد با هیجاناتش شده و در نتیجه، کاهش پایداری در افسردگی، اضطراب و استرس به همراه داشته باشد. همچنین، از آن‌جا که زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اغلب از سبک‌های اجتنابی و

برای مقایسه تاثیر پارادوکس درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون اثر پیلاهی برای متغیرهای پژوهش شامل افسردگی ($F=10/687, P < 0/01$)، اضطراب ($F=8/416, P < 0/01$) و استرس ($F=7/369, P < 0/01$) همگی کمتر از ۰/۰۱ است. با توجه به معناداری این آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که بین گروه‌های پژوهش از نظر

به‌منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت میان گروه‌های آزمایش و گروه کنترل، از آزمون تعقیبی دانت^۱ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. این آزمون امکان مقایسه هر یک از گروه‌های مداخله با گروه کنترل را، بدون افزایش خطای نوع اول، فراهم می‌کند. نتایج آزمون تعقیبی دانت نشان داد که هر دو گروه پارادوکس درمانی و درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس داشته‌اند ($P < 0/01$). با این حال، گروه پارادوکس درمانی کاهش بیشتری را در این متغیرها نشان داد؛ به‌طوری‌که، میانگین تفاوت‌ها در افسردگی ($-6/44$)، اضطراب ($-6/00$) و استرس ($-5/66$) به‌طور قابل توجهی بیشتر از گروه درمان شناختی-رفتاری بود. این نتایج نشانگر تاثیر بالاتر پارادوکس درمانی در کاهش هیجانات منفی نسبت به درمان شناختی-رفتاری است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه تاثیر پارادوکس درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بود. نتایج نشان داد که هر دو شیوه درمانی در کاهش هیجانات منفی شامل افسردگی، اضطراب و استرس موثر بودند. با این حال، تحلیل آزمون تعقیبی دانت بیانگر آن بود که میزان کاهش این هیجانات در گروه آزمایش پارادوکس درمانی در مقایسه با گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری به‌مراتب چشمگیرتر بوده است. یافته‌ای که مستقیماً به مقایسه این دو رویکرد درمانی در زمینه هیجانات منفی زنان مبتلا

¹ Duncan's post hoc test

در تبیین دیگر می‌توان به ویژگی‌های منحصر به فرد پارادوکس‌درمانی اشاره کرد. در این رویکرد، درمانگر به جای تقابل مستقیم با نشانه‌ها یا تلاش برای حذف آن‌ها، به شکلی هدفمند و خلاقانه از خود نشانه یا تجربه استرس استفاده می‌کند. برای مثال، از مراجع خواسته می‌شود «عمدا نگران شود» یا «زمان مشخصی را برای استرس داشتن اختصاص دهد». چنین رویکردی در ظاهر متناقض، اما در عمل موجب کاهش تنش درونی، کاهش مقاومت روانی و بازسازی رابطه فرد با تجربه استرس‌آمیز می‌شود. برخلاف درمان‌های رایج که گاهی در مواجهه با استرس به تلاش بیش‌ازحد برای کنترل آن منجر می‌شوند و در نتیجه، اضطراب ناشی از کنترل‌گری را افزایش می‌دهند، پارادوکس‌درمانی با دعوت به پذیرش غیرمستقیم و تجربه آگاهانه استرس، فشار روانی ناشی از اجتناب و سرکوب را کاهش می‌دهد. این فرآیند منجر به بازسازی نگرش فرد نسبت به نشانه‌ها و بهبود تنظیم هیجانی می‌شود. در مجموع، به نظر می‌رسد پارادوکس‌درمانی از طریق مکانیسم‌هایی مانند پذیرش، کاهش کنترل‌گری شناختی و اصلاح سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، می‌تواند به‌طور موثری در کاهش تجربه هیجانات منفی نقش ایفا کند (ریتر و همکاران، ۲۰۲۳).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به هدفمند انتخاب کردن افراد نمونه اشاره داشت که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجهه می‌سازد. عدم کنترل متغیرهای مهم و تاثیرگذار در بیماری‌های روان‌شناختی مانند حمایت‌های اجتماعی و عاطفی دریافت‌شده از جانب والدین، خانواده و دوستان و تاب‌آوری از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین، پیگیری مطالعه حاضر فقط در یک اندازه‌گیری و در بازه زمانی سه ماهه انجام شده است. انجام مطالعات طولانی‌تر و با پیگیری بلندمدت و چندمرحله‌ای، نتایج کامل‌تری را در زمینه میزان پایداری این مدل درمانی به پژوهشگران ارائه می‌دهد. با توجه به تاثیر پارادوکس‌درمانی بر هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، پیشنهاد می‌شود که به پارادوکس‌درمانی به‌عنوان درمان روان‌شناختی اولیه در اختلال بدشکلی بدن توجه شود. طبق پیشینه پژوهشی، به دلیل اینکه درمان جراحی بدون درمان روان‌شناختی برای حل مشکل افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن می‌تواند عواقب خطرناکی داشته باشد؛ بنابراین، توجه به پارادوکس‌درمانی برای حل مشکل تجربه هیجانات منفی زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن می‌تواند مفید باشد.

افکار و سواستی نسبت به بدن خود رنج می‌برند، شیوه پارادوکس‌درمانی می‌تواند با استفاده از منطق معکوس، به تعدیل الگوهای رفتاری و شناختی پاتولوژیک آن‌ها کمک بیشتری کند (محبوبی و همکاران، ۲۰۲۴).

به‌علاوه، این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که در درمان برنامه زمانی پارادوکسی به شخص کمک می‌شود تا مشکلات خود را تعیین کند و آن را به چالش بکشد و در نهایت با استحکام من، تغییر معنی نشانه رخ دهد. پارادوکس‌درمانی از طریق فرآیندی که به‌موجب آن افراد با تحریک محرک پس از اینکه بارها و با اطمینان در معرض آن قرار گرفتند، کمتر از نظر فیزیولوژیکی تحریک می‌شوند (بشارت، ۲۰۱۹). برنامه زمانی پارادوکسی به افراد کمک می‌کند تا به مرور زمان بفهمند که محرک‌ها، افکار و احساساتی که موجب اجبار می‌شوند را بهتر می‌توانند تحمل کنند و کمتر برایشان واکنش‌هایی را در پی دارد و آنان درمی‌یابند که قادر به مقابله با محرک‌ها هستند، بدون اینکه به رفتارهای اجتنابی متوسل شوند. همچنین، در پارادوکس‌درمانی جهت برداشتن دفاع‌ها و تقویت خود به بیمار کمک می‌شود. با مهندسی زمان (برنامه زمانی) و با استفاده از نشانه‌های بیماری (پارادوکس)، تمرین‌هایی برای بیمار تجویز می‌شود (دستوری‌سازی) تا بر اساس آن‌ها، بیمار نشانه‌های بیماری‌اش را خودش در وقت‌های از پیش تعیین‌شده (مصنوعی) بازسازی و تجربه کند (بشارت، ۲۰۱۹).

اصل حاکم بر این مدل درمانی، حذف اضطراب است. زمانی که رابطه نشانه‌ها با اضطراب قطع شود، من بار دیگر می‌تواند قدرتمند شود و از همین طریق بر تنیدگی‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس تاثیر می‌گذارد. چهارچوب مدل فرضی نهاد-من-فرمان در تکنیک برنامه زمانی پارادوکسی استفاده می‌شود و توسط فرد اجرا می‌شود و از این طریق به استحکام من افراد کمک می‌کند. در استحکام من، درمانگر پارادوکسی به بیمار کمک می‌کند تا زمانی که کشمکش‌های میان نهاد و فرمان در قالب نشانه‌های بیماری و اضطراب، من بیمار را آشفته و درمانده کرده، با برنامه زمانی پارادوکسی، رابطه نشانه‌ها با اضطراب را قطع کند و هر یک از این دو را بر سر جای خود بنشاند و بر اوضاع مسلط شود. فرآیند اقتدار من ممکن است با سرعت و حتی ناگهانی رخ دهد و از طرفی امکان دارد به تدریج رخ دهد. قوت و ضعف پایه من در هر فردی متفاوت است و تابع تجربه‌های گذشته و تفاوت‌های فردی اشخاص است (بشارت، ۲۰۱۹).

قدردانی: بدین‌وسیله از حمایت‌های معنوی تمامی مدیران و اعضاء کلینیک‌های زیبایی شهر تهران که صمیمانه ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع: بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

حامی مالی: این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه است.

Reference

- Abbas, O. L., Kurkcuoglu, A., Aytap, C. D., Uysal, C., & Pelin, C. (2017). Perception of symmetry in aesthetic rhinoplasty patients: Anthropometric, demographic, and psychological analysis. *Perception*, *46*(10), 1151-1170.
<https://doi.org/10.1177/0301006617714214>
- Abdollah Zadeh Fard, A., Ensafdaran, F., & Hosseini, M. (2022). The relationship between depression, anxiety, and cognitive abilities in middle-aged women: The mediating role of mindfulness. *Contemporary Psychology*, *17*(2), 117-126.
https://bjcp.ir/browse.php?a_id=2049&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=0
- Alavi, N., Sharifi, B., Ghazizadeh, A., & Dehghani, M. (2010). Body dysmorphic disorder and its relationship with body image and self-esteem. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, *20*(75), 45-52.
<https://jmums.mazums.ac.ir/article-1-667-fa.html>
- Alotaibi, A. S. (2021). Demographic and cultural differences in the acceptance and pursuit of cosmetic surgery: A systematic literature review. *Plastic and Reconstructive Surgery-Global Open*, *9*(3), e3501.
<https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003501>
- Alshahwan, M. A. (2015). The prevalence of anxiety and depression in Arab dermatology patients. *Journal of cutaneous medicine and surgery*, *19*(3), 297-303.
<https://doi.org/10.2310/7750.2014.14110>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Text revision.
- Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical psychology review*, *49*, 55-66.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.002>
- Baker, L., Eyal, G. (2001). Body image and self-esteem in older adulthood. *Ageing & Society*, *29*(6), 977-995.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X0900863X>
- Beck, A. T. (Ed., 1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Bernstein, E. E., Phillips, K. A., Greenberg, J. L., Curtiss, J., Hoepfner, S. S., & Wilhelm, S. (2023). Mechanisms of cognitive-behavioral therapy effects on symptoms of body dysmorphic disorder: A network intervention analysis. *Psychological medicine*, *53*(6), 2531-2539.
<https://doi.org/10.1017/S0033291721004451>
- Bernstein, E. E., Phillips, K. A., Greenberg, J. L., Curtiss, J., Hoepfner, S. S., & Wilhelm, S. (2023). Mechanisms of cognitive-behavioral therapy effects on symptoms of body dysmorphic disorder: A network intervention analysis. *Psychological medicine*, *53*(6), 2531-2539.
<https://doi.org/10.1017/S0033291721004451>
- Besharat, M. A. (2015). *Paradox + Timeline = Treatment*. Tehran: Javane-ye Roshd Publications.
- Besharat, M. A. (2016). *Paradox + Schedule = Treatment*. Tehran: Javaneh-ye Roshd Publications. [In Persian]
- Besharat, M. A. (2017). *Paradox + Timeline = Treatment: A Complete Model for Treating Psychological Disorders - A Practical Guide*. Tehran: Roshd Publications. [In Persian]
- Besharat, M. A. (2019). Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case study. *Journal of Psychological Studies*, *14*(4), 7-36.
<https://doi.org/10.22051/psy.2019.23631.1801> [In Persian]
- Besharat, M. A., & Naghipoor, M. (2019). Paradox therapy for the treatment of social anxiety disorder: A case study. *Journal of Systems and Integrative Neuroscience*, *6*, 1-5.
<https://www.siriusstore.com/pdf/JSIN-5-213.pdf>
- Besharat, M. A., & Naghipoor, M. (2019). The Application of a New Model of Paradox Therapy for the Treatment of Illness Anxiety Disorder: A Case Report. *Clin Case Rep Int* *2019*, *3*, 1100.
<https://www.clinicalcasereportsint.com/open-access/pthe-application-of-a-new-model-of-paradox-therapy-for-the-treatment-of-illness-anxiety-disorder-a-case-reportp-2282.pdf>
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., & Phillips, K. A. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, *12*(2), 221-232.

- <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/abjornsson>
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., & Phillips, K. A. (2022). Body dysmorphic disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/19585969.2022.2046924>
- Bouman, T. K., Mulkens, S., & van der Lei, B. (2017). Cosmetic professionals' awareness of body dysmorphic disorder. *Plastic and reconstructive surgery*, 139(2), 336-342. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002962>
- Buhlmann, U., Winter, A., & Kathmann, N. (2013). Emotion recognition in body dysmorphic disorder: Application of the Reading the Mind in the Eyes Task. *Body Image*, 10(2), 247-250. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.12.001>
- Chen, J., Ishii, M., Bater, K. L., Darrach, H., Liao, D., Huynh, P. P., ... & Ishii, L. E. (2019). Association between the use of social media and photograph editing applications, self-esteem, and cosmetic surgery acceptance. *JAMA facial plastic surgery*, 21(5), 361-367. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2019.0328>
- Ciccarelli, M., Nigro, G., D'Olimpio, F., Griffiths, M. D., & Cosenza, M. (2021). Mentalizing failures, emotional dysregulation, and cognitive distortions among adolescent problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 37, 283-298. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09967-w>
- Clerkin, E. M., & Teachman, B. A. (2008). Perceptual and cognitive biases in individuals with body dysmorphic disorder symptoms. *Cognition and Emotion*, 22(7), 1327-1339. <https://doi.org/10.1080/02699930701766099>
- Cohen, P. A. (1986). *An Updated and Expanded Meta-Analysis of Multisection Student Rating Validity Studies*.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 111-131. <https://doi.org/10.1348/01446650332190354>
- Dehaqin, V., Besharat, M. A., Lavasani, M. G., & Naghsh, Z. (2023). The effectiveness of paradoxical therapy on relational practical obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 4(4), 118-133. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.4.12>
- Delavar, A. (1986). *Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences*. Tehran: Roshd Publications. [In Persian]
- Eill, B., Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, M. A., Villabø, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Fang, A., Matheny, N. L., & Wilhelm, S. (2014). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Clinics*, 37(3), 287-300. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.003>
- Fang, A., Steketee, G., Keshaviah, A., Didie, E., Phillips, K. A., & Wilhelm, S. (2020). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Cognitive therapy and research*, 44, 596-610. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10080-w>
- Fatahi, A., Eftekhari, S. P., Ahmadi, S. M., & Hamzeh, B. (2019). The relationship between mental health and self-esteem with metacognitive evaluation of body dysmorphic disorder in women seeking rhinoplasty referring to two cosmetic surgery centers in Kermanshah in 2017-2018. *Iranian Journal of Surgery*, 26(71), 61-71. <https://www.sid.ir/paper/112954/fa>
- França, K., Roccia, M. G., Castillo, D., ALHarbi, M., Tchernev, G., Chokoeva, A., ... & Fioranelli, M. (2017). Body dysmorphic disorder: History and curiosities. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 167, 5-7. <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0544-8>
- Greenberg, J. L., Phillips, K. A., Steketee, G., Hoepfner, S. S., & Wilhelm, S. (2019). Predictors of response to cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 50(4), 839-849. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.12.008>
- Higgins, S., & Wysong, A. (2018). Cosmetic surgery and body dysmorphic disorder—an update. *International journal of women's dermatology*, 4(1), 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.09.007>

- Jassi, A., & Krebs, G. (2023). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Clinics*, 46(1), 197-209. https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1016320/6/2/Krebs_Body%20Dysmorphic%20Disorder_AAM.pdf
- Jordan, D. R. (2016). Re: "Beauty Is in the Eye of the Beholder: Body Dysmorphic Disorder in Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery". *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*, 32(5), 402-403. <https://doi.org/10.1097/IOP.0000000000000768>
- Khemlani-Patel, S., & Neziroglu, F. (2022). *Body dysmorphic disorder*. Hogrefe Publishing GmbH.
- Krebs, G., Rautio, D., Fernández de la Cruz, L., Hartmann, A. S., Jassi, A., Martin, A., ... & Mataix-Cols, D. (2024). Practitioner Review: Assessment and treatment of body dysmorphic disorder in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(8), 1119-1131. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13984>
- Laughter, M. R., Anderson, J. B., Maymone, M. B., & Kroumpouzou, G. (2023). Psychology of aesthetics: Beauty, social media, and body dysmorphic disorder. *Clinics in dermatology*, 41(1), 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2023.03.002>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Mahboubi, E., Shakerdiulagh, A., Khademi, A., & Asayesh, M. (2024). The Impact of Paradox Therapy on Body Image and Negative Emotions in Women with Body Dysmorphic Disorder. *IJNR*, 19(5), 72-82. <http://ijnr.ir/article-1-2939-fa.html>
- Mahmoudian Dastnaei, T., Amiri, Sh., Taher Neshat Doost, H., & Monshei, Gh. (2017). Comparing the effectiveness of therapeutic planning and cognitive behavioral therapy on eating disorder symptoms in 16-23 year old patients with bulimia nervosa with respect to parental attachment. *Contemporary Psychology*, 12(1), 38-52. https://bjcp.ir/browse.php?a_id=1107&slc_la ng=fa&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (2002). *Thoughts and feelings: The art of cognitive behavioral therapy and the practices in controlling your moods and your life* (3rd ed.). New Harbinger Publications.
- Moradi, A., & Panahi, A. (2005). Factor structure of Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). *Journal of Psychology*, 9(3), 35-50. <https://www.magiran.com/paper/226149> [In Persian]
- Phillips, K. A., & Crino, R. D. (2001). Body dysmorphic disorder. *Current opinion in psychiatry*, 14(2), 113-118. https://journals.lww.com/copsychiatry/abstract/2001/03000/body_dysmorphic_disorder.3.aspx
- Rabiee, M., Salahian, A., Bahrami, F., & Palahang, H. (2011). Construction and validation of the Body Dysmorphic Metacognition Questionnaire. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21(83), 43-52. <https://sid.ir/paper/44390/fa>. [In Persian]
- Ramezanzpour, F., & Jozi, H. (2020). Structural model of self-critical perfectionism and depressive symptoms, stress and the role of affective factors on experiential experiences and rumination. *Contemporary Psychology*, 15(2), 33-48. <https://bjcp.ir/article-1-1828-fa.html>
- Ribeiro, R. V. E. (2017). Prevalence of body dysmorphic disorder in plastic surgery and dermatology patients: A systematic review with meta-analysis. *Aesthetic plastic surgery*, 41, 964-970. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0869-0>
- Ritter, V., Schueller, J., Berkmann, E. M., von Soosten-Hoellings-Lilge, L., & Stangier, U. (2023). Efficacy of cognitive therapy for body dysmorphic disorder: A randomized controlled pilot trial. *Behavior therapy*, 54(1), 65-76. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.006>
- Rossell, S. (2023). Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 319, 114980. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114980>
- 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. <https://www.nature.com/articles/s41572-024-00577-z>

- Sahebi, A., Asghari, M. J., & Salari, R. S. (2005). Validation of Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) for Iranian population. *Developmental Psychology (Iranian Psychologists)*, *1*(4), 299-312. <https://sid.ir/paper/450626/fa> [In Persian]
- Sweis, I. E., Spitz, J., Barry, D. R., & Cohen, M. (2017). A review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery patients and the legal implications. *Aesthetic plastic surgery*, *41*, 949-954. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0819-x>
- Toh, W. L., Castle, D. J., Mountjoy, R. L., Buchanan, B., Farhall, J., & Rossell, S. L. (2017). Insight in body dysmorphic disorder (BDD) relative to obsessive-compulsive disorder (OCD) and psychotic disorders: Revisiting this issue in light of DSM-5. *Comprehensive psychiatry*, *77*, 100-108. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.004>
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body image*, *18*, 168-186. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.003>
- 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*, 3355-3364. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00282-1>
- Weingarden, H., Renshaw, K. D., Wilhelm, S., Tangney, J. P., & DiMauro, J. (2016). Anxiety and shame as risk factors for depression, suicidality, and functional impairment in body dysmorphic disorder and obsessive compulsive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, *204*(11), 832-839. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000498>
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., & Steketee, G. (2012). *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A treatment manual*. Guilford Press.