

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال سیزدهم شماره ۴۹ بهار ۱۳۹۷

**بررسی اثربخشی درمان DBT (رفتار درمانی دیالکتیک) در تغییر سطح  
باورهای فراشناختی منفی و مثبت و نگرانی از تصویر بدنی (BICI)  
دانش‌آموزان دختر افسرده**

عزت‌اله قدم‌پور<sup>۱</sup>

مهدی یوسف‌وند<sup>۲</sup>

علی‌اصغر فرخزادیان<sup>۳</sup>

چکیده

هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی درمان DBT (رفتار درمانی دیالکتیک) در تغییر سطح نگرانی از تصویر بدنی (BICI)، باورهای فراشناختی منفی و باورهای فراشناختی مثبت دانش‌آموزان دختر افسرده شهر خرم‌آباد بود. این پژوهش به صورت شبه‌تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه پژوهش ۴۰ آزمودنی بود که از میان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی دارای افسردگی شهر خرم‌آباد انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (رفتار درمانی دیالکتیک) و گواه گمارده شدند. در مرحله مداخله گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۲ ساعته تحت رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند. در طی این مدت گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تصویر بدنی (BII) فیشر و باورهای فراشناختی ولز و کاترایت-هاتن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش تحلیل کواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان داد. یافته‌ها حاکی از آن بود که رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش نگرانی از تصویر بدنی (BICI) و باورهای فراشناختی منفی و هم‌چنین افزایش باورهای فراشناختی مثبت، اثربخش است.

**واژگان کلیدی:** باورهای فراشناختی مثبت؛ باورهای فراشناختی منفی؛ رفتاردرمانی دیالکتیک؛ نگرانی از تصویر بدنی

۱- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه لرستان

۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه لرستان (نویسنده مسئول) Email:mehdi\_yousefvand@yahoo.com

۳- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه لرستان

## مقدمه

افسردگی<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است (کامیمورا، نوریان، آساسنیک و روا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) که شیوع رو به رشد آن به یک نگرانی جهانی تبدیل شده و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود (کیمبرل، مه‌یر، دی‌بیر، گالیور و موریسست<sup>۳</sup> (۲۰۱۴). پژوهش‌گران علوم بهداشت روانی - رفتاری بر این باور هستند که بر طبق آمارهای بین‌المللی بین ۱۵ درصد از افراد سنین ۱۵ تا ۷۴ سال که به پزشکان مراجعه می‌کنند، دارای علائم بارز افسردگی مانند عدم توانایی تفکر، تمرکز، یا تصمیم‌گیری هستند، تصویر بدنی منفی<sup>۴</sup> دارند، دچار تضاد شناختی<sup>۵</sup> می‌شوند، نیاز به کنترل افکار<sup>۶</sup> در آن‌ها دیده می‌شود، احتمال دارد به آسانی دچار حواس‌پرتی و یا مشکلات حافظه شوند (نام، کیم، دویلدر و سونگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). فشار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی، برای مبتلایان به اختلال افسردگی، خانواده آن‌ها و اجتماع از یک سو و شیوع فزاینده سالانه ۲/۹ تا ۶/۱۲ درصد در جمعیت عمومی باعث شده است که توجه به درمان و یا کاهش میزان نشانگان این اختلال در افراد مبتلا بیشتر از گذشته شود (ماهاتی، باگیا، کریستوفر، اسنها و راو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵). از دیگر پیامدهای ناخوشایند افسردگی، کاهش باورهای فراشناختی<sup>۹</sup> مثبت مانند خودآگاهی شناختی<sup>۱۰</sup> و کاهش کیفیت زندگی است که می‌تواند تأثیرات عمده‌ای بر زندگی فرد بگذارد (لیما و فلک<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴). افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی است که باعث آسیب‌هایی مانند تضاد شناختی، نشخوار فکری، نگرانی از تصویر بدنی می‌شود (لیانگ، ژیو، یوان، شاوو و بیان<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۳). یافته‌های پژوهشی جدید حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با افزایش معنی‌دار باورهای فراشناختی منفی و کاهش باورهای فراشناختی مثبت در دانش‌آموزان همراه است

1- Depression

3- Kimbrel, Meyer, DeBeer, Gulliver &amp; Morisette

5- Cognitive conflict

7- Nam, Kim, DeVlylder &amp; Song

9- Metacognitive beliefs

11- Lima &amp; Foulce

2- Akiko, Nourian, Assasnik &amp; Roa

4- Negative body image

6- Need to control thoughts

8- Mahati, Bhagya, Christofer, Sneha &amp; Rao

10- Cognitive self-awareness

12- Liang, Zhou, Yuan, Shao &amp; Bian

(وگت، والدین، هلهمر و مین لسچیمیت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). باورهای فراشناختی عبارتند از دانش و نگرش فرد درباره خود و تجارب فراشناختی (مثل آگاهی از آگاهی) که با آنها روبه‌رو شده است (ولز، ۲۰۰۹).

از طرفی افسردگی در کودکان و دانش‌آموزان از موضوعات مهم در گستره علم روان‌شناختی است. فیشر، مورفی، کوردیاک و گولدنر<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) با بازنگری پژوهش‌ها نشان دادند که بیش از ۲۰ درصد دانش‌آموزان تا ۱۸ سالگی حداقل یک بار به افسردگی بالینی دچار می‌شوند. آنها افسردگی دانش‌آموزان را با مشکلاتی همچون ضعف مهارت‌های اجتماعی، نگرانی از تصویر بدنی، باورهای فراشناختی منفی، اضطراب اجتماعی و اضطراب شدیدی که با دیگر منابع تنش‌زا مرتبط است.

به این خاطر که یکی از متغیرهای وابسته کا در این مطالعه نگرانی از تصویر بدنی است بهتر است که تعریفی مختصر از این متغیر داشته باشیم. نگرانی موضوع مهمی هم از لحاظ پژوهش و هم از لحاظ نظریه‌پردازی می‌باشد، زیرا بسیاری از فرآیندهای دخیل در آن در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی دیگر نقش دارند (دیوی و ولز، ۲۰۰۶). تصویر بدنی به معنای بازنمایی درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی، ابعاد جسمانی، ادراکی و نگرش نسبت به آنها را در بر می‌گیرد و حال آن‌که تصور نادرست و ناامیدکننده شکل ظاهری باعث احساس و ادراکی در فرد تحت نام نگرانی از تصویر بدنی می‌شود (نگرینی، گریواس، کوتیکی، مارویاما، ریگو و همکاران، ۲۰۰۶).

در تبیین علل افسردگی نظریه‌های متفاوتی مطرح شده‌اند. از دیدگاه بالینی، افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیرلفظی عواطف غمگین اضطرابی یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود (شیموتسو و هوریکاوا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). سقوط غیرقابل توجیه تنود حیاتی که این حالت در قلمرو بدنی با خستگی دائم آشکار می‌شود، در قلمرو شناختی به صورت پراکندگی دقت و مشکل

1- Vogt, Waelin, Hellhammer & Meinschmidt 2- Benedikt, Murphy, Kurdyak, & Gol  
3- Shimotsu & Horikawa

کوشش فکری و در قلمرو عاطفی به شکل حالتی مالیخولیایی که با هشیاری فرد نسبت به ناتوانمندی واکنش همراه است متجلی می‌شود (جکسر و فرسکو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). ویژگی اصلی افسردگی، یک دوره زمانی حداقل ۲ هفته است که در ضمن آن یا خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه فعالیت‌ها وجود دارد. همچنین در کنار این نشانه‌ها در فرد، نشانه‌های دیگری مثل احساس بی‌ارزشی، تصویر بدنی تحریف شده، نشخوار فکری، کاهش انرژی، اشکال در تفکر یا تصمیم‌گیری، تغییر در اشتها، تغییر وزن و پرخوری افراطی دیده می‌شود (سیدلر، داویز، رایس، ایف و دهیلون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶).

رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش یا از بین بردن افسردگی و نشانگان آن استفاده می‌شود. یکی از این رویکردهای درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۳</sup> (DPT) است که برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی (DPT) به‌عنوان یک رویکرد درمانی جدید، مرکب از اصول درمان‌های شناختی رفتاری و فلسفه شرقی است که در ابتدا، برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. علاوه بر این اختلال، در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله افسردگی مورد مطالعه قرار گرفته و اثربخشی آن مشخص شده است (لی، چن، ژنگ، پانگ، گنگ، هان، ژانگ، ژانگ و ژنگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). رفتاردرمانی دیالکتیک، دستیابی به ثبات رفتاری و پردازش هیجانی است (لی و همکاران، ۲۰۱۲). رفتاردرمانی دیالکتیک به‌عنوان یک روش غیردارویی و به‌عنوان مجموعه‌ای از فنون برای ایجاد تغییرات در چگونگی تفکر، کاهش تفکرات منفی، نحوه زندگی و تغییر رفتار است (بکسر، کود و اسمیت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). در این راستا، میلر، راتوس و لی، ۱۹۹۶؛ به نقل از دایمف، کورنر و لیهان<sup>۶</sup> (۲۰۰۱) به بررسی اثربخشی DBT بر کاهش باورهای فراشناختی منفی دانش آموزان افسرده پرداخته و به این نتیجه رسید که باروهایی مانند تضاد شناختی و نیاز به بازیابی افکار را به‌طور معنی‌داری کاهش می‌دهد.

1- Lackner &amp; Fresco

3- Dialectical Behavior Therapy

5- Backner, keough &amp; Schmidt

2- Seidler, Dawes, Rice, Oliffe &amp; Dhillon

4- Li, Chen, Zeng, Pang, Gong, Han, Zhang,

Zhang, Zhang &amp; Zheng

6- Dimeff, korner &amp; Linehan

این در حالی است که برخی مطالعات نشان داده‌اند که رفتاردرمانی گفتگویی بر تغییر سطح یا باورهای فراشناختی مثبت و منفی تأثیر معنی‌داری ندارد (توماس و لزی<sup>۱</sup>)، (۲۰۰۶). در این مطالعه که روی بیماران دچار اختلال افسردگی عمیق انجام شد نتایج نشان داد که رفتار درمانی گفتگویی سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی را کاهش می‌دهد ولی میزان کاهش معنی‌دار نبوده است. یکی از بررسی‌های مهم در زمینه درمان افسردگی به روش درمان DBT توسط پاترا<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) صورت گرفت. او به بررسی افسردگی و عوامل همراه در دانش‌آموزان دبیرستانی پرداخت. نتایج نشان داد که ۷۳ درصد دانش‌آموزان دختر و ۵۸ درصد دانش‌آموزان پسر دارای اختلال افسردگی هستند. همچنین، مشخص شده است که در نوجوانی در بین دختران شایع‌تر از پسران است. از دیگر یافته‌های این مطالعه این بود که درمان DBT به‌طور معنی‌داری باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی در دانش‌آموزان دختر و پسر شده است. این در حالی است که برخی مطالعات نشان داده‌اند که رفتاردرمانی گفتگویی بر تغییر سطح یا کاهش نگرانی از تصویر بدنی تأثیر معنی‌داری ندارد (وانگر، فیدریچ، استیگل‌میر، مارشال، سالیز، رینبرگ، فلبا، روپک<sup>۳</sup>)، (۲۰۱۴). در این مطالعه که روی بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی انجام شد نتایج نشان داد که رفتار درمانی گفتگویی میزان نگرانی از تصویر بدنی را در بیماران مرزی کاهش می‌دهد ولی میزان کاهش معنی‌دار نبوده است.

استراین، وینکنز، تافت، پدرسن، براور، ویزر و لاتن ماک<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان DBT بر کاهش نشانگان افسردگی دانش‌آموزان دختر نشان دادند که درمان DBT باعث افزایش باورهای مثبت و کاهش باورهای منفی دانش‌آموزان دختر افسرده می‌شود. هانگ، لی، چن، چیانگ، چن و هانگ<sup>۵</sup> (۲۰۱۶) در مطالعه خود نشان دادند که بهترین راهکار درمانی برای کاهش نگرانی از تصویر بدنی در بین دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی شدید رویکرد درمان DBT

1- Thomas & Leslie  
3- Wagner, Fydrich, Stiglmayr, Marschall,  
Salize, Renneberg, Fleba, Roepke  
5- Hung, Li, Chen, Chiang, Chen & Hung

2- patra  
4- Strien, Winkens, Toft, Pedersen, Brouwer,  
Visser & Lähteenmäki

هست. از نتایج دیگر این مطالعه این بود که درمان DBT به‌طور معنی‌داری باعث افزایش باورهای مثبت دانش‌آموزان افسرده نمی‌شود. با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد روش درمانی DBT در درمان افسردگی و نشانگان این اختلال مؤثر باشد. بنابراین پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی درمان DBT در کاهش نگرانی از تصویر بدنی، افزایش باورهای فراشناختی مثبت و کاهش باورهای فراشناختی منفی دانش‌آموزان افسرده است.

### روش پژوهش

این پژوهش به‌صورت شبه‌تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. در این پژوهش درمان به عنوان متغیر مستقل محسوب می‌شود که سطوح آن روش رفتار درمانی دیالکتیکی و عدم مداخله است. متغیرهای تصویر بدنی، باورهای فراشناختی منفی، باورهای فراشناختی مثبت و تنظیم شناختی‌هیجانی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند.

در مرحله اول، ۶۰۰ دانش‌آموز دختر از بین مدارس دخترانه مقطع متوسطه دوم شهر خرم‌آباد به‌صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد. سپس دانش‌آموزانی که نمره بالایی (نقطه برش ۱۰) در مقیاس افسردگی روانی کسب کردند، شناسایی و مورد مصاحبه بالینی (طبق ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری نسخه چهارم) قرار گرفتند. آزمودنی‌های دارای افسردگی به‌صورت تصادفی به دو گروه به‌شرح زیر گمارده شدند: ۲۰ نفر برای رفتار درمانی دیالکتیکی (گروه آزمایش) و ۲۰ نفر برای لیست انتظار (گروه گواه). سپس هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون مقیاس باورهای فراشناختی، پرسش‌نامه نگرانی در مورد تصویر بدنی و مقیاس تنظیم شناختی‌هیجانی را تکمیل کردند. دو هفته پس از درمان مجدداً از آزمودنی‌های دو گروه پس‌آزمون به‌عمل آمد و سرانجام داده‌های حاصله با روش‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ملاک‌های شمول عبارت بودند از: دبیرستانی بودن، عدم مصرف داروهای روان‌گردان، عدم ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی (با مصاحبه بالینی)، نداشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، عدم شرکت

همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی (با مصاحبه بالینی)، داشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی، مصرف داروهای روان‌گردان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، و دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی. لازم به ذکر است افرادی که در لیست انتظار بودند بعد از انجام پژوهش به‌صورت داوطلبانه تحت درمان قرار گرفتند.

### ابزار

**الف) پرسشنامه باورهای فراشناختی<sup>۱</sup> ولز و کاتریت-هاتن (۲۰۰۴):** پرسشنامه باورهای فراشناخت یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ آیتمی است که تفاوت‌های فردی را در مورد باورهای فراشناخت، قضاوت‌ها و گرایشات نظارت‌گری ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۵ خرده‌مقیاس ۱- تضاد شناختی (گویه‌های شماره ۸، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶، ۲۹) ۲- باورهای مثبت (گویه‌های شماره ۱، ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸) ۳- خودآگاهی شناختی (گویه‌های شماره ۳، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۳۰) ۴- کنترل‌ناپذیری و خطر افکار (گویه‌های شماره ۲، ۹، ۲۱) ۵- نیاز به کنترل افکار می‌باشد (گویه‌های شماره ۶، ۲۰، ۲۷). هر آیتم بر روی مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت (موافق نیستم، کمی موافقم، تا حدی، کاملاً موافقم) ۴ نمره‌گذاری می‌شود. ولز و کاتریت-هاتن (۲۰۰۴) در پژوهشی همسانی درونی، اعتبار همگرا و همچنین پایایی آزمون و بازآزمون را مناسب و قابل قبول گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه فراشناخت از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ و ضریب همبستگی آن با مقیاس اضطراب صفت اسپیل برگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۷۳ گزارش شده است (نریمانی و ابولقاسمی، ۱۳۸۴).

**ب) مقیاس تصویر تن فیشر<sup>۲</sup> (FBIS):** پرسش‌نامه تصویر تن، در سال ۱۹۷۹ توسط فیشر ساخته شده و دارای ۴۶ ماده است. که هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ (خیلی ناراضی=۱، ناراضی=۲، متوسط=۳، راضی=۴، خیلی راضی=۵) است. کسب نمره ۴۶ در این آزمون نشان‌دهنده اختلال و نمره بالاتر از ۴۶ عدم اختلال است. اعتبار این آزمون توسط محمدی

1- Meta Cognitive Believe Questionnaire (MCQ) 2- Meta Cognitive Believe Questionnaire (MCQ)

و سجادی‌نژاد (۱۳۸۶) در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی محاسبه شده آزمون در اجرای اول و اجرای دوم به روش پیرسون برای دانش‌آموزان سال اول ۰/۸۱، دانش‌آموزان سال دوم ۰/۸۴، دانش‌آموزان سال سوم ۰/۸۷ و جمع دانش‌آموزان ۰/۸۴ می‌باشد. با توجه به سطح معنی‌داری این ضریب ( $p > 0/001$ ) می‌توان پذیرفت که بین نمرات حاصل از اجرای اول آزمون نمرات حاصل از اجرای دوم آزمون همبستگی معنی‌داری وجود دارد. همچنین اعتبار این آزمون توسط امینیان (۱۳۸۹) در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. در تحقیق زنجانی و گودرزی (۱۳۸۸) پایایی پرسشنامه تصویر بدنی با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به‌دست آمده است که به‌ترتیب برابر ۹۶٪ و ۸۹٪ به دست آمده است.

**ج) رفتار درمانی دیالکتیکی (DPT):** رفتاردرمانی دیالکتیکی از سال ۲۰۰۸ بر مبنای کار لینهان و دیمف و توسط سالباچ-آندره، بوهنکامپ و لمکول<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) برای یک دوره ۳ ماهه (۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای) برنامه‌ریزی شده بود. بیماران هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی رفتار درمانی دیالکتیکی را طبق محتوای زیر آموزش می‌دیدند: جلسه اول) توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعان و اجرای پیش‌آزمون و همچنین آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس از رفتارهای خودتخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی. جلسات دوم و سوم) آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند، چطور کار می‌کنند. جلسات چهارم و پنجم: آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به‌خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین آگاهی). جلسات ششم و هفتم (نحوه برخورد با باورهای فراشناختی مثبت و منفی، چگونگی تنظیم شناختی هیجانی و تصور از تن، آموزش درباره کاهش دادن افکار منفی و فرضیه‌های زیربنایی تصور از تن، باورهای فراشناختی مثبت و منفی، چگونگی تنظیم‌شناختی هیجانی و افزایش تجارب مثبت بدنی.

1- Salbach-Andrae, Bohnkamp & Lehmkuhl



جلسات هشتم و نهم) آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن این که چرا هیجان‌ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر. جلسات دهم و یازدهم) افزایش باورهای فراشناختی مثبت و منفی، چگونگی تنظیم شناختی هیجانی و افزایش تصویر بدنی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره. آموزش مهارت‌های فردی مهم. جلسه دوازدهم) جمع‌بندی جلسات و مرور و تمرین محتوای جلسات آموزشی.

### روش تجزیه و تحلیل

در پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون لون، تحلیل واریانس یک‌راهه، تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و تحلیل کواریانس چندمتغیری) استفاده شده است.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب ۱۷/۱۲ و ۰/۶۹ با دامنه ۱۵ تا ۱۸ سال بود. بین دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای سن، پایه و رشته تحصیلی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرها در پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	گواه		آزمایش	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
موقعیت متغیرها	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد
باورهای مثبت	۲۲/۳۲	۵/۵۲	۲۳/۶۹	۴/۶۳
باورهای منفی	۲۰/۴۶	۶/۵۲	۱۹/۳۱	۵/۴۳
فراشناختی مثبت	۲۰/۴۶	۶/۵۲	۱۹/۳۱	۵/۴۳
خودآگاهی	۲۰/۴۶	۶/۵۲	۱۹/۳۱	۵/۴۳
شناختی	۲۰/۴۶	۶/۵۲	۱۹/۳۱	۵/۴۳

## ادامه جدول (۱)

گروه	گواه		آزمایش		موقعیت	متغیرها
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون		
	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد		
تضاد شناختی	۱۷/۳۴	۴/۲۵	۱۶/۲۱	۴/۱۵	۱۱/۹۷	۳/۹۶
باورهای کنترل ناپذیری و فراشناختی خطر افکار	۱۴/۱۳	۳/۵۴	۱۵/۹۱	۴/۶۵	۱۱/۵۹	۲/۵۴
منفی نیاز به کنترل افکار	۱۹/۵۶	۵/۳۲	۲۱/۸۴	۴/۴۸	۱۳/۲۶	۳/۳۶
نگرانی از تصویر بدنی	۱۱۴/۲۵	۸/۵۴	۱۱۵/۶۳	۹/۹۶	۷۱/۵۴	۴/۶۳

بر اساس یافته‌های جدول (۱) بیشترین میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه برای متغیر نگرانی از تصویر بدنی (۱۱۴/۲۵ و ۱۱۵/۶۳) و کمترین میانگین برای متغیر کنترل ناپذیری و خطر افکار (۱۴/۱۳ و ۱۵/۹۱) می‌باشد؛ و بیشترین میانگین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش برای متغیر نگرانی از تصویر بدنی (۷۱/۵۴ و ۱۱۵/۱۸) و کمترین میانگین برای متغیر کنترل ناپذیری و خطر افکار (۱۱/۵۹ و ۱۵/۷۴) می‌باشد.

از جمله پیش‌فرض‌هایی که در تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) منظور می‌گردد، فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون (کولموگروف - اسمیرنوف) یا (K-S) است. این بررسی روی متغیرهای پژوهش انجام شد.

## جدول (۲) آزمون فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیر	گروه	کولموگروف - اسمیرنوف (K-S)	سطح معنی‌داری
باورهای مثبت	کنترل	۰/۸۵	۰/۲۰۰
باورهای مثبت	آزمایش	۰/۸۲	۰/۲۴۰
فراشناختی مثبت	کنترل	۰/۷۶	۰/۱۹۹
شناختی	آزمایش	۰/۷۹	۰/۱۸۲
باورهای مثبت	کنترل	۰/۷۶	۰/۱۴۰
فراشناختی منفی	آزمایش	۰/۷۵	۰/۱۳۹

ادامه جدول (۲)

متغیر	گروه	کولموگروف - اسمیرنوف (K-S) سطح معنی‌داری
کنترل‌ناپذیری و کنترل	کنترل	۰/۶۵
خطر افکار	آزمایش	۰/۹۴
نیاز به کنترل	کنترل	۰/۰۰۸
افکار	آزمایش	۰/۰۸۴
نگرانی از تصویر بدنی	کنترل	۰/۴۵۰
	آزمایش	۲/۳۴

همان‌طور که از یافته‌های جدول (۲) استنباط می‌شود، از آن‌جا که سطح معنی‌داری به‌دست آمده در آزمون K-S، در اکثر متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه، بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می‌باشد، در نتیجه می‌توان گفت که توزیع متغیرهای مورد بررسی در نمونه آماری داری توزیع نرمال می‌باشد و می‌توانیم فرضیه‌های پژوهش را از طریق آزمون‌های پارامتریک مورد آزمون قرار دهیم.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت بین دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ مولفه‌های نگرانی از تصویر بدنی و باورهای فراشناختی مثبت و منفی، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) بهره گرفته شد. قبل از به کارگیری آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مفروضه‌های آن به‌وسیله آزمون باکس، لامبدای ویلکز و آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. به‌همین منظور برای بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس مولفه‌های نگرانی از تصویر بدنی و باورهای فراشناختی مثبت و منفی در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون M باکس استفاده شد.

جدول (۳) نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس در مولفه‌های نگرانی از تصویر بدنی و باورهای فراشناختی مثبت و منفی

مولفه	BOXES M	F	معنی‌داری
باورهای فراشناختی مثبت	۶/۵۴۸	۱/۲۲۱	۰/۳۴۵
باورهای فراشناختی منفی	۵/۸۴۱	۱/۳۶۵	۰/۴۱۸
نگرانی از تصویر بدنی	۷/۶۵۱	۲/۲۱۴	۰/۸۵۱

جدول (۳) نشان می‌دهد سطح معناداری  $p > 0/05$  می‌باشد که گویای آن است شرط همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برای همه مولفه‌ها باورهای فراشناختی مثبت ( $F=1/121$  و  $p > 0/05$ )، باورهای فراشناختی منفی ( $F=1/365$  و  $p > 0/05$ ) و نگرانی از تصویر بدنی ( $F=2/214$  و  $p > 0/05$ ) به خوبی رعایت شده است.

جدول (۴) نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های مولفه‌های نگرانی از تصویر بدنی، باورهای فراشناختی مثبت و باورهای فراشناختی منفی

متغیرها	F	df1	df2	سطح معنی‌داری
نگرانی از تصویر بدنی	۴/۴۳۲	۱	۷۸	۰/۱۲۰
باورهای مثبت	۲/۶۴۰	۱	۷۸	۰/۱۰۶
خودآگاهی شناختی	۲/۴۵۰	۱	۷۸	۰/۱۰۵
تضاد شناختی	۰/۰۹۸	۱	۷۸	۰/۷۹۹
نیاز به کنترل افکار	۱/۴۲۷	۱	۷۸	۰/۶۸۹
کنترل‌ناپذیری و خطر افکار	۱/۰۵۰	۱	۷۸	۰/۴۱۰

نتایج جدول (۴) گویای آن است که واریانس‌های مولفه‌های نگرانی از تصویر بدنی، باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، تضاد شناختی، نیاز به کنترل افکار و کنترل‌ناپذیری و خطر افکار در دو گروه با هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند، که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهد.

نتیجه آزمون کرویت بارتلت از لحاظ آماری معنادار می‌باشد به این معنا که فرض صفر مبنی بر ناهمبسته بودن داده‌ها رد و فرض خلاف مبتنی بر همبسته بودن داده‌ها تأیید می‌شود. یعنی این آزمون نشان داد که ماتریس همبستگی مشاهده شده متعلق به جامعه‌ای با متغیرهای همبسته است. و لذا می‌توان تحلیل واریانس و کوواریانس را انجام داد.

جدول (۵) نتایج تحلیل مانکوا بر روی میانگین مولفه‌های پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی داری (P)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۷۵	۱۹/۵۶۳	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۶۹۱	۱/۰۰۰
آزمون لاندای ویکلز	۰/۴۹۶	۱۹/۵۶۳	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۶۹۱	۱/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۳/۲۴۵	۱۹/۵۶۳	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۶۹۱	۱/۰۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه یروی	۳/۸۶۲	۱۹/۵۶۳	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۶۹۱	۱/۰۰۰

همانطور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که رفتاردرمانی گفتگویی (DBT) حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مولفه‌های باورهای فراشناختی مثبت و منفی و نگرانی از تصویر بدنی) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون افزایش داده است ( $P=۰/۰۰۱$ ،  $F=۱۹/۵۶۳$ ). برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل مانکوا، در جدول (۶) ارائه شده است که میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۶۹ درصد است. یعنی ۶۹ درصد از تفاوت‌های فردی نمرات مولفه‌های باورهای مثبت و منفی و نگرانی از تصویر بدنی به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری نزدیک به یک هم نمایانگر کفایت حجم نمونه است.

جدول (۶) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره متغیرهای پژوهش در رابطه با باورهای فراشناختی مثبت و منفی و نگرانی از تصویر بدنی

متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات	F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
خودآگاهی شناختی	۲۱۴/۵۶	۱	۲۱۴/۵۶	۱۵/۴۱	۰/۰۰۱**	۰/۵۲۵	۱/۰۰۰
باورهای مثبت	۱۹۸/۶۳	۱	۱۹۸/۶۳	۱۳/۵۶	۰/۰۰۱**	۰/۶۷۵	۰/۹۶۵
تضاد شناختی	۱۸۵/۲۴	۱	۱۸۵/۲۴	۱۲/۶۹	۰/۰۰۱**	۰/۳۹۶	۰/۷۵۱
نیاز به کنترل افکار	۲۰۰/۹۶	۱	۲۰۰/۹۶	۱۵/۰۳	۰/۰۰۱**	۰/۲۵۴	۰/۶۹۵
کنترل ناپذیری و خطر افکار	۲۰۲/۴۱	۱	۲۰۲/۴۱	۱۴/۳۹	۰/۰۰۱**	۰/۵۶۲	۰/۸۹۷
نگرانی از تصویر بدنی	۶۷۴/۵۸	۱	۶۷۴/۵۸	۵۶/۳۲	۰/۰۰۱**	۰/۷۵۱	۱/۰۰۰

همانطور که در جدول (۶) نشان داده شده است پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات مولفه‌های خودآموزی شناختی، باورهای مثبت، تضاد شناختی، نیاز به کنترل افکار، کنترل‌ناپذیری و خطر افکار و نگرانی از تصویر بدنی بر حسب عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.05$ ). لذا فرضیه پژوهش تایید می‌گردد. بنابراین روش رفتاردرمانی گفتگویی بر مولفه‌های خودآموزی شناختی، باورهای مثبت، تضادشناختی، نیاز به کنترل افکار، کنترل‌ناپذیری و خطر افکار و نگرانی از تصویر بدنی در پس‌آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است. در میزان تاثیرات به تفکیک مولفه‌ها اشاره شده است.

جدول (۷) مقایسه‌های زوجی میانگین گروه‌ها در متغیرهای وابسته

گروه	گروه	متغیر	تفاوت میانگین‌ها	خطای برآورد	سطح معنی‌داری
رفتاردرمانی گفتگویی	کنترل	نگرانی از تصویر بدنی	۱۶/۴۱	۰/۸۴	۰/۰۲
رفتاردرمانی گفتگویی	کنترل	باورهای فراشناختی مثبت	۷/۷۴	۰/۶۴	۰/۰۱
رفتاردرمانی گفتگویی	کنترل	باورهای فراشناختی منفی	۵/۶۳	۰/۵۷	۰/۰۱

مندرجات جدول (۷) نشان می‌دهد که روش رفتاردرمانی گفتگویی در مقایسه با گروه کنترل بر نگرانی از تصویر بدنی، باورهای فراشناختی مثبت و باورهای فراشناختی منفی دانش‌آموزان افسرده تاثیر مثبت و معنی‌داری داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان DBT (رفتاردرمانی دیالکتیک) در تغییر سطح باورهای فراشناختی منفی و مثبت و نگرانی از تصویر بدنی (BICI) دانش‌آموزان دختر افسرده انجام شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک باعث کاهش باورهای فراشناختی منفی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر باورهای فراشناختی منفی در افرادی که در جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی شرکت کرده بودند در

مقایسه با گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات میلر، راتوس و لی، ۱۹۹۶؛ به نقل از دایمف، کورنر و لیهان (۲۰۰۱)، پارترا (۲۰۱۶)، استراین، وینکنز، تافت، پدرسن، براور، ویزر و لاتن ماکی (۲۰۱۶) و بکنر، کود و اسمیت (۲۰۰۷) همسو و با مطالعه توماس و لزلی (۲۰۰۶) ناهمسو است. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک باعث افزایش باورهای فراشناختی مثبت گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر باورهای فراشناختی مثبت در افرادی که در جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه افزایش معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعه لاتن ماکی (۲۰۱۶) و استراین، وینکنز، تافت، پدرسن، براور، ویزر و لاتن ماکی (۲۰۱۶) همسو و با مطالعه هانگ، لی، چن، چیانگ، چن و هانگ (۲۰۱۶) و توماس و لزلی (۲۰۰۶) ناهمسو است. علاوه بر این یافته‌های این نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک باعث کاهش نگرانی از تصویر بدنی (BICI) گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. به عبارت دیگر، نگرانی از تصویر بدنی در افرادی که در جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. این یافته با نتایج مطالعات هانگ، لی، چن، چیانگ، چن و هانگ (۲۰۱۶) و پارترا (۲۰۱۶) همسو و با وانگر، فیدریچ، استیگل‌میر، مارشال، سالیز، رینبرگ، فلبا، روپک (۲۰۱۴) ناهمسو است.

در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که در رفتاردرمانی دیالکتیکی از شیوه‌های شناختی نظیر تن آرامی، آموزش تنظیم هیجانات برای بهبود تحریفات شناختی و فراشناختی و باورهای مربوط به تصویر بدن، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناخت‌ها، فنون مقابله با استرس و افکار منفی استفاده می‌شود. همچنین در درمان فوق از فنون رفتاری نظیر مواجهه خیالی و واقعی برای تعدیل تصویر بدنی منفی استفاده می‌شود. در به‌کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت‌زدایی منظم به مراجع آموزش داده می‌شود که به صورت تدریجی با قسمت‌هایی از بدن خود که موجب ناراحتی‌شان می‌شود همرا با فن تن‌آرامی مواجه شوند و به مرور تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و از این طریق احساس رضایت و کامل بودن را دریافت نمایند. بنابراین رفتاردرمانی

دیالکتیکی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می‌شود. اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش تصویر بدنی منفی را نیز می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری افسردگی اختلال در تصور از تن و نگرش منفی در مورد تصویر بدنی است. با توجه به این که در درمان فوق روی تغییر نگرش مثبت به بدن تأکید می‌شود، این روش می‌تواند در بهبود تصاویر بدنی مؤثر واقع شود.

همچنین می‌توان گفت که رفتاردرمانی دیالکتیکی از طریق راهبردهایی چون شناسایی باورهای فراشناختی منفی و نحوه مقابله با آن‌ها، و برنامه‌های درمانی اختلال افسردگی که شامل راهبردهای مقابله شناخت‌محور از قبیل ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، سرزنش خود، تضادشناختی، افکار مزاحم، خوداشتغالی و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب کاهش این‌گونه باورهای فراشناختی منفی و افزایش باورهای فراشناختی مثبت مانند خودآگاهی شناختی می‌گردد. از طرف دیگر، این یافته‌ها را می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که باورهای فراشناختی منفی با افسردگی روانی ارتباط قوی داشته و افراد دارای باورهای فراشناختی منفی زیاد، احتمال بیشتری دارد که به افسردگی روانی مبتلا شوند. لذا این روش با افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا، می‌تواند در ارتقاء باورهای فراشناختی مثبت آنان مؤثر باشد. همچنین در این روش به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزتگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته می‌شود و از باورهای فراشناختی به‌عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر شناخت مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش افسردگی استفاده می‌شود. با استفاده از مؤلفه آموزش مهارت‌ها و جایگزینی باورهای فراشناختی منفی، ناکارآمد و ناسازگارانه با باورهای فراشناختی مثبت، منطقی و هدفمند به کاهش سطح افسردگی افراد کمک می‌شود. در این روش به افراد در تنظیم شناخت به روش‌های کارآمد و سالم آموزش داده می‌شود. در طول آموزش اکتساب مهارت‌ها، درمانگر نقایص مربوط به توانایی‌های معطوف به هدف را مورد سنجش قرار داده و به مراجعان مهارت‌های لازم



را از طریق آموزش و سرمشق‌دهی یاد می‌دهد. در این مرحله درمانگر از مهارت‌های کسب شده مراجع حمایت و احتمال استفاده از این مهارت‌ها را افزایش می‌دهد و با این کار باورهای فراشناختی مثبت را در افراد تحت درمان بالا می‌برد.

از دیگر دلایل تبیین یافته‌های این مطالعه این است، افرادی که دچار افسردگی هستند مفهوم‌های ذهنی منفی بیشتری نسبت به خود و محیط اطراف دارند و همین داشتن مفهوم‌های منفی باعث می‌شود که این دسته افراد دید خوب و مثبتی نسبت به خود و دیگران نداشته باشند. یکی از ابعاد این منفی‌نگری نسبت به خود و دیگران به این معنوله بر می‌گردد که چون فرد افسرده دید منفی نسبت به خود و دیگران دارد فکر می‌کند و یا در این اندیشه است که دیگران نیز همچنین دیدگاهی نسبت به او دارند و لذا همین امر باعث ایجاد یک نگرانی و اضطراب در فرد نسبت به این موضوع که دیگران هم نسبت به من یک دید منفی دارند، می‌شود. یکی از ابعاد داشتن دیدگاه منفی نسبت به‌خود و دیگران، نگرانی از تصویر بدنی و اضطراب از این که نکند دیگران قضاوت منفی و بدی در مورد شخص داشته باشند، است. حال آن‌که در روش رفتاردرمانی گفتگویی بر مفهوم‌سازی مجدد، آماده‌سازی مراجعان و همچنین آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تشکیل مفاهیم مثبت و نو نسبت به‌خود و دیگران، و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش است که می‌تواند رابطه فرد را با خود و دیگران بهبود دهد و نسبت به‌خود و دیگران دید مثبت‌تر و خوش‌بینانه‌تری داشته باشد به‌طوری که دیگر نگران تصویر بدنی خود و قضاوت دیگران نباشد. همچنین گنجاندن این فعالیت‌ها و تمرین‌ها در برنامه هفتگی، باعث می‌شود که فرد افسرده به تدریج از شرایط نامناسب خود مبنی به تفکرات منفی، دلهره، نگرانی از تصویر بدنی خود فاصله گرفته و کم‌کم به سمت و سوی مثبت‌اندیشی و داشتن یک دید بهتر و خوش‌بینانه نسبت به خود و دیگران حرکت کند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:	۱۳۹۵/۱۱/۱۵
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:	۱۳۹۶/۰۲/۱۰
تاریخ پذیرش مقاله:	۱۳۹۶/۰۴/۱۲

## منابع

- امینیان، محمد (۱۳۸۹). زمینه‌یابی و شیوع اختلالات خوردن با تصویر بدنی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، چاپ نشده.
- زنجانی، زهرا و محمد گودرزی (۱۳۸۸). بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی تست تصویر بدنی در بین دانشجویان، *مجله بهداشت روان*، ۳ (۲)، ۱۴۹-۱۵۵.
- محمدی، نوراله و مرضیه‌السادات سجادی‌نژاد (۱۳۸۶). ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه نگرانی درباره تصویر بدنی و آزمون مدل ارتباطی شاخص توده بدنی، نارضایتی از تصویر بدنی و عزت‌نفس در دختران نوجوان، *مطالعات روانشناختی*، ۳ (۱)، ۸۳-۱۰۰.
- نریمانی، عباس و محمود ابوالقاسمی (۱۳۸۴). ساخت و اعتباریابی مقدار برای سنجش اضطراب امتحان در دانش‌آموزان پایه سوم راهنمایی اهواز، *فصل‌نامه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۳ (۴)، ۶۵-۸۴.
- Backner, D., Keough, M.E. & Smite, N.B. (2007). Problematic alcohol and cannabis use, among young adults: the role of depression and discomfort and distress, *Addictive Behavior*, 32, 1957-1963.
- Davey, C.L. & Wells, A. (2006). *Worry and its psychological disorder, theory, assessment, and treatment*, New York: John Wiley and sons, Vol. 14, 714-829.
- Dimeff, L., Korner, K. & Linehan, M.M. (2001). Summary research on DBT, The Behavioral, technology transfers group, *Psychiatry Research*, 341, 189-211.
- Fischer, B., Murphy, Y., Kurdyak P. & Goldner, E.M. (2015). Depression – A major but neglected consequence contributing to the health toll from prescription opioids?, *Psychiatry Research*, 243, 331-334.
- Hung, S., Li, M.S., Chen, Y.L., Chiang, J.H., Chen, Y.Y. & Hung, G.L. (2016). *Smartphone-based ecological momentary assessment for Chinese patients, with depression: An exploratory study in Taiwan*, *Asian Journal of Psychiatry*, 23, 131-136.
- Kamimura, A., Nourian M., Assasnik N. & Roa K.F. (2010). Depression and intimate partner violence among college students in Iran, *Asian Journal of Psychiatry*, 23, 51-55.

- Kimbrel, N.A., Meyer, E.C., DeBeer, B.B., Gulliver, S.B., & Morissette, S.B. (2014). A 12- Month prospective study of the effects of PTSD depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans, *Psychiatry Research*, 243, 97-99.
- Lackner, R.J. & Fresco, D.M. (2016). Interaction effect of brooding rumination and, interoceptive awareness on depression and anxiety symptoms, *Behaviour Research and Therapy*, 85, 43-52.
- Li, N., Chen, G., Zeng, P., Pang, J., Gong, H., Han, Y., Zhang, Y., Zhang, E., Zhang, T. & Zheng, X. (2012). Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population, *Psychiatry Research*, 243, 87-91.
- Liang, L., Zhou, D., Yuan, C., Shao, A. & Bian, Y. (2013). Gender differences in the relationship between internet addiction and depression: A cross-lagged study in Chinese adolescents, *Computers in Human Behavior*, 63, 463-470.
- Lima, M., & Foulce, T. (2014). Overgeneral autobiographical memory at baseline predicts depressive symptoms at follow-up in patients with first-episode depression, *Psychiatry Research*, 243, 123-127.
- Mahati, K., Bhagya, V., Christofer, T., Sneha, A. & Rao, B.S. (2015). Enriched environment ameliorates depression-induced cognitive deficits and restores abnormal hippocampal synaptic plasticity, *Neurobiology of Learning and Memory*, 134, Part B, 379-391.
- Nam, B., Kim, J.Y., DeVlyder, J.E. & Song, A. (2016). Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees, *Psychiatry Research*, 245, 451-457
- Negrini, S., Grivas, T.B., Kotwicki, T., Maruyama, T., Rigo, M. & Weiss, H.R. (2006). Why do we treat idiopathic scoliosis? What do we want to obtain and to avoid for our patients? *Scoliosis*, 1, 1-14.
- Patra, S. (2016). Return of the psychedelics: Psilocybin for treatment resistant depression, *Asian Journal of Psychiatry*, Vol. 24, 51-52.
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Pfeiffer, E. & Lehmkuhl, U. (2008). Dialectical Behavior Therapy of Anorexia and Bulimia Nervosa among Adolescents: A Case Series. *Cogn & Behav Pract*, 15, 415-425.

- Seidler, Z.E., Dawes, A.J., Rice, S.M., Oliffe, J.L., & Dhillon, H.M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review, *Clinical Psychology Review*, 49, 106-118.
- Shimotsu, S. & Horikawa, N. (2014). Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem, *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 125-129.
- Strien, T.V., Winkens, L., Toft, M.B., Pedersen, S., Brouwer, I., Visser, M. & Lähteenmäki, L. (2016). The mediation effect of emotional eating between depression and body mass index in the two European countries Denmark and Spain, *Appetite*, Vol, 105, 500-508
- Thomas, L.R., & Leslie, B.L. (2006). Mindfulness, Metacognition belief and Dialectical Behavior Therapy (DBT): application with depressed older adult with personality disorder, *Mindfulness-Based Treatment Approaches*, 61, 217-236.
- Vogt, D., Waeldin, S., Hellhammer, D., & Meinschmidt, G. (2013). The role of early adversity and recent life stress in depression severity in an outpatient sample, *Journal of Psychiatric Research*, 83, 61-70.
- Wagner, T., Fydrich, T., Stiglmayr, C., Marschall, P., Salize, H.J., Renneberg, B., Fleba, S. & Roepke, S. (2014). Body image concern in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care, *Behaviour Research and Therapy*, 61, 12-22.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression* .UK: Guilford Press.
- Wells, G., & Cater – Haiten, H. (2004). Predictors of middle school students' use of self-handicapping strategies, *Journal of Early Adolescence*, 15, 389-411.