



Journal Website

**Article history:**

Received 09 January 2024

Accepted 29 May 2024

Published online 29 May 2024

# Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 3, Issue 1, pp 124-138



E-ISSN: 2981-1759

## Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Body Image Concern in Women with Depression Symptoms

Mahdiah Kiani Rad<sup>1</sup>, Ahmed Haghi<sup>2\*</sup>, Mahdi Yousefvand<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MA, Department of General Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

<sup>2</sup>Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorram Abad, Iran (Corresponding Author).

<sup>3</sup>Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University, Tehran, Iran.

\* Corresponding author email address: a.haghi402@gmail.com

### Article Info

#### Article type:

Original Research

#### How to cite this article:

Kiani Rad M, Haghi A, Yousefvand M. (2024). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Body Image Concern in Women with Depression Symptoms. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(1), 124-138.



© 2024 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

### ABSTRACT

**Background and Objective:** Untreated depression can lead to impaired academic performance, increased severity of depression, migraines, alcohol and substance abuse, high stress, low social support, feelings of inferiority in school, feelings of emptiness and worthlessness, somatic symptoms, conflicts with parents, and risk of suicide, imposing a substantial economic burden on governments. Therefore, finding effective treatment methods for this disorder is increasingly necessary. This study aimed to evaluate the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) on body image concern in women with depression symptoms in 2023.

**Methods and Materials:** This research is applied in terms of its objective, applied in terms of data collection, and quantitative (questionnaire-based) in terms of data collection method, relying on an experimental approach using analysis of variance.

**Findings:** Statistical findings indicate that CBT significantly increased the mean scores of the experimental group compared to the control group in the post-test stage, at least in one of the dependent variables (depression and body image concern). There is a significant difference between the two research groups in the linear combination of depression and body image concern variables in the post-test stage. Additionally, statistical findings indicate a significant difference in the depression variable between women with depression symptoms in the experimental group and the control group. Moreover, findings showed a significant difference in the body image concern variable between women with depression symptoms in the experimental group and the control group.

**Conclusion:** Apart from the aforementioned findings, the most important result of this study was that the impact of CBT on depression and body image concern was found to be 53% and 47%, respectively, indicating a positive and substantial effect.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy, Concern, Depression Symptoms, Body Image.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۱۹ دی ۱۴۰۲

پذیرفته شده در تاریخ ۰۹ خرداد ۱۴۰۳

منتشر شده در تاریخ ۰۹ خرداد ۱۴۰۳

## پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۳، شماره ۱، صفحه ۱۳۸-۱۲۴



شایای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

# اثربخشی رفتار درمانی گفتگویی بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان دارای نشانگان افسردگی

مهديه کیانی راد<sup>۱</sup>، احمد حق<sup>۲\*</sup>، مهدی یوسف وند<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران (نویسنده مسئول).

۳. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

\* ایمیل نویسنده مسئول: a.haghi402@gmail.com

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

کیانی راد م، حق ا، یوسف وند م. (۱۴۰۳).  
اثربخشی رفتار درمانی گفتگویی بر نگرانی از  
تصویر بدنی در زنان دارای نشانگان افسردگی.  
پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی،  
۱۳(۱)، ۱۳۸-۱۲۴.



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله  
متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله  
به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی  
(CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

**زمینه و هدف:** عدم درمان افسردگی با اختلال در عملکرد تحصیلی، افزایش شدت افسردگی، سردردهای میگرنی، سوء مصرف الکل و مواد، استرس زیاد، حمایت اجتماعی پایین، احساس حقارت در مدرسه، احساس پوچی و بی‌ارزشی، نشانه‌های جسمانی و کشمکش با والدین و خطر خودکشی، بار اقتصادی هنگفت برای دولت‌ها همراه خواهد بود بنابراین دستیابی به راه‌های مؤثر جهت درمان این بیماری بیش از پیش ضروری می‌نماید. لذا این مطالعه با هدف اثر بخشی رفتار درمانی گفتگویی بر میزان نگرانی از تصویر بدنی زنان دارای نشانگان افسردگی در سال ۱۴۰۲ انجام شد. **روش و مواد:** این پژوهش به لحاظ هدف، کاربردی، به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها از جمله مطالعات کاربردی و به لحاظ روش گردآوری داده‌ها، کمی (پرسشنامه) و مبتنی بر رویکرد تجربی و آزمایشی با استفاده از تحلیل واریانس بوده است. **یافته‌ها:** یافته‌های آماری حاکی از آن است که رفتار درمانی گفتگویی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه کنترل در مرحله پس از آزمون افزایش داده است و بین دو گروه پژوهش در ترکیب خطی متغیرهای افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی در مرحله پس از آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین یافته‌های آماری بیانگر آن است که بین زنان دارای نشانگان افسردگی گروه آزمایشی و گروه کنترل از لحاظ متغیر افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. علاوه بر این یافته‌ها نشان داد که بین زنان دارای نشانگان افسردگی گروه آزمایشی و گروه کنترل از لحاظ متغیر نگرانی از تصویر بدنی تفاوت معنی داری وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** علاوه بر یافته‌های ذکر شده مهم‌ترین نتیجه مطالعه حاضر این بود که مشخص شد تاثیر مداخله رفتار درمانی گفتگویی بر افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی به ترتیب ۵۳ درصد و ۴۷ درصد است که این میزان تاثیرگذاری، مثبت و بالا می‌باشد.

**کلیدواژگان:** رفتار درمانی گفتگویی، نگرانی، نشانگان افسردگی، تصویر بدنی.



## مقدمه

اختلال افسردگی اساسی یک اختلال مزمن و شایع در سراسر جهان است. برای مثال شیوع افسردگی در کشورهای اروپایی (Balázs et al., 2011; Demir et al., 2011; Bromet et al., 2013; et al., 2013) و آفریقایی (Fatiregun & Kumapayi, 2014) از ۴/۲ درصد تا ۲۱ درصد، در کشورهای آسیایی از ۲/۴ درصد تا ۱۵/۲ (Aragonès et al., 2004; Bansal et al., 2009) و در ایالات متحده از ۷/۴ تا ۱۹/۲ درصد (Bromet et al., 2004; Dilsaver & Akiskal, 2011; et al., 2011) برآورد گردیده است. همچنین به طور کلی، میزان شیوع افسردگی در جمعیت عمومی ۶/۷ درصد گزارش شده است (Rancans et al., 2014). در حالی که میزان شیوع آن در ایران از آمار گزارش شده در سطح جهانی بیشتر است و نرخ شیوع آن در از ۷/۶ تا ۲۳/۵ درصد برآورد گردیده است (Majdi et al., 2011; Noorbala et al., 2004; Shakibayi & Esmaeeli, 2014). بنابراین، ضروری به نظر می‌رسد که این گروه از بیماران بیشتر مورد توجه قرار گیرند.

این در حالی است که اگر افسردگی درمان نشود مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی مزمن خواهد بود که در این صورت ۷۵ درصد از آن‌ها در طی ۵ سال آتی دوره‌های بعدی افسردگی را تجربه خواهند کرد (Ghorbanikhah et al., 2023; Moretta et al., 2023; Ofem, 2023) و ۲۰ درصد از آن‌ها به افسردگی مزمن مبتلا خواهند شد که تا ۲۰ سال می‌تواند ادامه داشته باشد (Vahabi et al., 2022; Vanderlind et al., 2022) و باید هرچه سریعتر مورد توجه بالینی کاران قرار گیرند. چون عدم درمان با اختلال در عملکرد تحصیلی (Ofem et al., 2022; Shahsavari Googhari et al., 2022; 2023)، افزایش شدت افسردگی، سردردهای میگرنی، سوء مصرف الکل و مواد، استرس زیاد و حمایت اجتماعی پایین (Goldberg et al., 2019; Jaiswal et al., 2020)، احساس حقارت در مدرسه، احساس پوچی و بی‌ارزشی، نشانه‌های جسمانی و کشمکش با والدین (Byrne et al., 2021; Fang et al., 2021; Krauss et al., 2020; Milgrom et al., 2021; Yousefi et al., 2021) و خطر خودکشی (Alacreu-Crespo et al., 2022; Zhang et al., 2022) همراه خواهد شد. یکی دیگر از ضرورت‌های درمان افسردگی اساسی به بار اقتصادی آن مربوط می‌شود که به کشورهای مختلف تحمیل می‌شود. در همین راستا، در سال ۱۹۹۰ میزان هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم پرداخت شده برای افسردگی اساسی به ترتیب به ۱۲/۴ و ۳۱/۱ میلیارد دلار رسید و در سال ۲۰۰۰ این مقدار به ۷۷/۴ میلیارد دلار رسید و در سال ۲۰۱۰ نیز از مرز ۸۳ میلیارد دلار عبور کرد (Patten et al., 2016; Sedighi Arfaee et al., 2021; Visted et al., 2018). بنابراین، با درمان این اختلال پرهزینه می‌توان بار اقتصادی سنگینی را از دوش جامعه برداشت.

از آنجا که رفتار درمانی گفتگویی یکی از جدیدترین شکل رفتار درمانی است (Lammers et al., 2022; Simon et al., 2022) و هنوز کارآزمایی بالینی آن به طور دقیق مورد آزمایش قرار نگرفته است، ضرورت انجام این پژوهش را دو چندان می‌کند. به طور کلی، می‌توان گفت که کوتاه مدت بودن درمان حاضر، امکان به کارگیری آن‌ها در شرایط بالینی را میسر می‌سازد، در نتیجه جمعیت بیشتری را می‌توان از طریق این درمان‌ها در کوتاه مدت تحت پوشش قرار داد. بنابراین، این درمان‌ها از لحاظ آموزشی هزینه‌های کمتری بر سیستم خدمات بهداشتی تحمیل می‌کنند. در حالی که برای بهبودی یک نمره‌ای در پرسشنامه افسردگی بک در رفتار درمانی شناختی ۱۳۱ دلار صرف می‌شود. در صورتی که اثربخشی آن حتی از درمان فراشناختی یا فراهیجانی (مثل طرحواره درمانی هیجانی) کمتر است (Fitzpatrick et al., 2020; Mitchell et al., 2019; Taheri Daghiyan et al., 2019). در نتیجه، تغییراتی که امروزه در هزینه‌های خدمات بهداشتی به وجود آمده، توجه‌ها را به سوی درمان‌های کوتاه‌مدت و به طور تجربی آزموده شده معطوف ساخته است (Köck & Walter, 2018; Linehan et al., 2015) که درمان طرحواره‌های هیجانی می‌تواند یکی از آن‌ها باشد.



از سوی دیگر، بیشتر مطالعات در حوزه مداخلات طرحواره محور، بر بعد شناختی طرحواره‌ها متمرکز شده‌اند و جنبه هیجانی آن مورد اغماض قرار گرفته است. این در حالی است که تقریباً تمام بیماران به خاطر هیجان‌های ناخوشایند به درمان مراجعه می‌کنند نه به خاطر افکار ناخوشایند (Leahy et al., 2012) و نقش طرحواره‌های هیجانی نیز در اختلالات روانی به ویژه افسردگی برجسته است و حتی منجر به سوگیری در پردازش شناختی نیز می‌شود (Batmaz et al., 2014; Leahy, 2007a, 2007b, 2011; Robert L Leahy, 2016; Robert L. Leahy, 2016; Yavuz et al., 2011). بنابراین، انجام این مطالعه با هدف اثر بخشی رفتار درمانی گفتگویی بر میزان نگرانی از تصویر بدنی زنان دارای نشانگان افسردگی، ضروری به نظر می‌رسد.

## مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ روش گردآوری داده‌ها، کمی (با استفاده از پرسشنامه‌های سیاهه افسردگی بک نسخه ۲، مقیاس تصویر تن فیشر و رفتار درمانی گفتگویی) و مبتنی بر رویکرد نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری با گروه کنترل بود. داده‌های حاصل از پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت.

جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان دارای نشانگان افسردگی شهرستان پلدختر، بخش مرکزی که در طی ماه‌های شهریور تا مهر ۱۴۰۲ به مرکز سلامت جامع زیودار شهرستان پلدختر، بخش مرکزی مراجعه کرده بودند تشکیل می‌داد. از بین آن‌ها ۴۰ تن با روش نمونه‌گیری هدفمند و با هدف شناسایی افرادی که دارای ملاک‌های ورودی (دامنه سنی ۲۵-۴۵ سال، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی با مطالعه پرونده روانشناسی آزمودنی‌ها و همچنین داشتن رضایت برای شرکت در جلسه‌های گروه درمانی، تمایل به همکاری) برای شرکت در مطالعه بودند انتخاب و با روش تصادفی ساده به روش قرعه‌کشی در گروه‌های مداخله "رفتار درمانی گفتگویی" (۲۰ تن) و کنترل (۲۰ تن) جایگزین شدند. تعداد نمونه با توجه به واریانس برگرفته از مطالعه اولیه روی ۱۵ مشارکت‌کننده با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۶ و سطح اطمینان ۹۵٪ برابر با ۴۰ تن برآورد شد. ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه مداخله "رفتار درمانی گفتگویی" شامل عدم حضور در جلسات مداخله بیش از ۲ جلسه بود.

سیاهه افسردگی بک نسخه ۲ (BDI-II): سیاهه افسردگی بک نسخه ۲ (Beck et al., 1996) یک ابزار خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت افسردگی طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ آیتم است که علائم و نگرانی‌های مختلف افسردگی را پوشش می‌دهد. هر آیتم دارای نمره‌ای بین ۰ تا ۳ است که نشان‌دهنده شدت علائم است. نمره کل بین ۰ تا ۶۳ متغیر است، و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر افسردگی است. اعتبار و پایایی این ابزار در مطالعات مختلف تأیید شده است (Amiri & Amiri, 2016; Arab Markadeh & Dehghani, 2018).

مقیاس تصویر تن فیشر: مقیاس تصویر تن یک ابزار استاندارد است که برای ارزیابی نگرانی از تصویر بدن استفاده می‌شود. این مقیاس شامل ۳۰ آیتم است که به سه زیربخش تقسیم می‌شود: ارزیابی بدن، نگرانی از تصویر بدن و رفتار مرتبط با تصویر بدن. نمره‌دهی این مقیاس به صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای است. اعتبار و پایایی این مقیاس نیز در مطالعات مختلف تأیید شده است (Hajiyousef et al., 2022).

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که در مرحله اول، پژوهشگر با کسب تاییدیه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد به مرکز جامع سلامت زیودار، شهرستان پلدختر، بخش مرکزی مراجعه کرده و در محیط پژوهش حضور پیدا کرد. پس از کسب موافقت ریاست و مسئولین مرکز جامع سلامت زیودار، کار نمونه‌گیری آغاز گردید. در فرآیند نمونه‌گیری، پژوهشگر از بین ۲۷۶ زن دارای نشانگان افسردگی که



با هدف دریافت خدمات مشاوره‌ای و جلوگیری از آسیب‌های روانشناختی ناشی از افسردگی به مراکز فوق مراجعه کرده بودند، ۴۰ تن را انتخاب و وارد فرآیند پژوهش شدند. کل فرآیند نمونه‌گیری بین ۲۵ تا ۳۵ روز به طول انجامید.

روش گماشتن آزمودنی‌ها به گروه مداخله و کنترل به این صورت بود که برای هر آزمودنی کدی در نظر گرفته شد، هر کد درون یک پاکت مهر و موم شده قرار داده شد. سپس، پاکت‌ها به صورت تصادفی از جعبه بیرون کشیده و کد مربوطه که شناسه آزمودنی خاصی بود به گروه "رفتار درمانی گفتگویی" یا گروه کنترل اختصاص داده شد. ۲۰ نفر اول به گروه مداخله و ۲۰ نفر دوم به گروه کنترل اختصاص یافتند. سپس از گروه "رفتار درمانی گفتگویی" خواسته شد که در فرآیند آموزش با استفاده از پروتکل "رفتار درمانی گفتگویی" شرکت کنند.

بعد از انتخاب نمونه‌ها، پیش‌آزمون با استفاده از "مقیاس تصویر تن" انجام شد. چهار هفته پس از اجرای پیش‌آزمون، جلسات گروهی در سالن آمفی‌تئاتر مرکز جامع سلامت زیودار برگزار شد. این جلسات به مدت ۸ جلسه ۱٫۵ تا ۲ ساعت و هر هفته دو جلسه برگزار شد. آموزش "رفتار درمانی گفتگویی" برای گروه مداخله توسط پژوهشگری که دوره تخصصی مربوط به این درمان را گذرانده بود، اجرا شد.

برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد و به آن‌ها اعلام شد که طی انجام پژوهش در جای دیگر نیز مداخله‌ای دریافت نکنند. دو گروه مورد مطالعه در طی فرآیند مداخله هیچ ارتباطی با هم نداشتند. برای کنترل اینکه آزمودنی‌ها هیچ مداخله دیگری دریافت نکنند، با آزمودنی‌ها یک قرار اخلاقی گذاشته شد. یک هفته پس از پایان مداخله، "مقیاس تصویر تن" مجدداً در پس‌آزمون برای گروه مداخله و گروه کنترل اجرا شد. به جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، بعد از اتمام پژوهش، برای گروه کنترل نیز کارگاه آموزشی برگزار شد.

برنامه مداخله شامل ۸ جلسه گروهی بود که هر جلسه به مدت ۱٫۵ تا ۲ ساعت برگزار شد. هر جلسه به یک موضوع خاص مرتبط با افسردگی و نگرانی از تصویر بدن اختصاص داشت و از تکنیک‌ها و تمرینات مختلفی برای آموزش و تقویت مهارت‌های مرتبط استفاده شد. هدف اصلی این برنامه کمک به شرکت‌کنندگان برای شناسایی و تغییر افکار منفی، تقویت عزت نفس، بهبود مهارت‌های ارتباطی و مدیریت استرس و تعارضات بود (Linehan, 1992; Linehan & Dexter-Mazza, 2008; Linehan et al., 2015).

جلسه اول: در جلسه اول، هدف اصلی آشنایی شرکت‌کنندگان با یکدیگر و با پژوهشگر بود. توضیحاتی در مورد افسردگی، نگرانی از تصویر بدن و اهمیت رفتار درمانی گفتگویی ارائه شد. سپس شرکت‌کنندگان با اصول اولیه و مفاهیم کلیدی رفتار درمانی گفتگویی آشنا شدند. در پایان جلسه، شرکت‌کنندگان تشویق شدند تا احساسات و افکار خود را در مورد تصویر بدن خود بیان کنند.

جلسه دوم: در جلسه دوم، تمرکز بر شناسایی و تغییر افکار منفی مرتبط با تصویر بدن بود. شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که چگونه افکار منفی خود را شناسایی کرده و آن‌ها را با افکار مثبت و واقع‌بینانه جایگزین کنند. تکنیک‌های مختلفی مانند نوشتن افکار منفی و تحلیل آن‌ها به کار گرفته شد.

جلسه سوم: این جلسه به آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و اضطراب اختصاص داشت. شرکت‌کنندگان با تکنیک‌های آرام‌سازی، تنفس عمیق و تمرینات ذهن‌آگاهی آشنا شدند. هدف از این جلسه کمک به شرکت‌کنندگان بود تا بتوانند با استرس‌ها و نگرانی‌های روزمره خود بهتر مقابله کنند.

جلسه چهارم: در این جلسه، بر روی تقویت عزت نفس و خودباوری شرکت‌کنندگان کار شد. تمریناتی برای شناسایی و تقویت نقاط قوت فردی انجام شد و شرکت‌کنندگان تشویق شدند تا تجربیات مثبت خود را به اشتراک بگذارند. همچنین راهکارهایی برای مقابله با انتقادهای خود و دیگران ارائه شد.



جلسه پنجم: در این جلسه، مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان با تکنیک‌های بهبود ارتباطات بین فردی، بیان احساسات و نیازهای خود به صورت مؤثر آشنا شدند. نقش بازی و تمرینات گروهی برای تقویت این مهارت‌ها به کار گرفته شد.

جلسه ششم: این جلسه به بررسی و مدیریت تعارضات و مشکلات بین فردی اختصاص داشت. شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که چگونه در مواجهه با تعارضات به شیوه‌های سازنده عمل کنند و از تکنیک‌های حل مسئله استفاده کنند.

جلسه هفتم: در این جلسه، شرکت‌کنندگان با تکنیک‌های مدیریت زمان و برنامه‌ریزی آشنا شدند. هدف از این جلسه کمک به شرکت‌کنندگان بود تا بتوانند وظایف و فعالیت‌های خود را به طور مؤثر سازماندهی کنند و از پراکندگی ذهنی جلوگیری کنند.

جلسه هشتم: جلسه آخر به مرور و جمع‌بندی مطالب جلسات قبلی اختصاص داشت. شرکت‌کنندگان تجربیات خود را در طول برنامه به اشتراک گذاشتند و برنامه‌هایی برای ادامه تمرین‌ها و تقویت مهارت‌های یادگرفته شده در زندگی روزمره خود تدوین کردند. همچنین به سوالات و نگرانی‌های شرکت‌کنندگان پاسخ داده شد و توصیه‌هایی برای حفظ و تقویت نتایج به دست آمده ارائه گردید.

داده‌های حاصل از پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی، از کمترین نمره، بیشترین نمره، میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب کجی و کشیدگی و آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. در بخش استنباطی، از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی سوالات و فرضیات پژوهش استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS24 تحلیل گردید. میزان خطای نوع اول برای آزمون دو سویه برابر با  $(\alpha=0/05)$  در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد از نظر وضعیت اشتغال، ۱۱ تن از گروه مداخله یعنی معادل ۵۵ درصد را افراد شاغل و ۹ تن یعنی معادل ۴۵ درصد را افراد بیکار تشکیل داده‌اند؛ ۱۰ تن از گروه کنترل یعنی معادل ۵۰ درصد را افراد شاغل و ۱۰ تن یعنی معادل ۵۰ درصد را افراد بیکار تشکیل داده‌اند. از لحاظ وضعیت اقتصادی خانواده بر حسب میزان درآمد ماهانه ۷ تن از گروه مداخله یعنی معادل ۳۵ درصد را افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف، ۱۰ تن یعنی معادل ۵۰ درصد را افراد با وضعیت اقتصادی متوسط و ۳ تن یعنی معادل ۱۵ درصد را افراد با وضعیت اقتصادی بالا تشکیل داده‌اند؛ همچنین ۷ تن از گروه کنترل یعنی معادل ۳۵ درصد را افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف، ۹ تن یعنی معادل ۴۵ درصد را افراد با وضعیت اقتصادی متوسط و ۴ تن یعنی معادل ۲۰ درصد را افراد با وضعیت اقتصادی بالا تشکیل داده‌اند همچنین از نظر سطح تحصیلات ۴ تن از گروه مداخله یعنی معادل ۲۰ درصد را افراد تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم، ۱۴ تن یعنی معادل ۷۰ درصد را افراد با تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۳ تن یعنی معادل ۱۵ درصد را افراد با تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر تشکیل داده‌اند؛ همچنین ۶ تن از گروه کنترل یعنی معادل ۳۰ درصد را افراد تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم، ۱۳ تن یعنی معادل ۶۵ درصد را افراد با تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۱ تن یعنی معادل ۵ درصد را افراد با تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر تشکیل داده‌اند

آماره‌های توصیفی مربوط به سن شرکت‌کنندگان در پژوهش به این صورت بود: میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه مداخله  $43/92 \pm 5/09$ ، و میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه کنترل  $45/53 \pm 4/77$  با  $P=0/589$ . به طور کلی نتایج آزمون  $t$  مستقل نشان داد که بین گروه‌های مداخله و کنترل در متغیر سن ( $P=0/589$ ) تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P>0/01$ ). همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین گروه‌های مداخله و کنترل از نظر وضعیت تحصیلات ( $P=0/619$ )، تعداد فرزندان ( $P=0/703$ ) و وضعیت اشتغال ( $P=0/391$ ) تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P>0/01$ ) و گروه‌ها از نظر این متغیرها همگون می‌باشند.



میانگین و انحراف معیار در گروه کنترل برای متغیر افسردگی در پیش‌آزمون ۴۵/۳۲ و ۵/۵۲ و پس‌آزمون ۴۵/۶۹ و ۴/۶۳ است. میانگین و انحراف معیار در گروه مداخله برای متغیر افسردگی در پیش‌آزمون ۴۴/۴۱ و ۵/۹۵ و پس‌آزمون ۳۰/۶۲ و ۳/۳۱ می‌باشد. علاوه بر این میانگین و انحراف معیار در گروه کنترل برای متغیر نگرانی از تصویر بدنی در پیش‌آزمون ۱۱۴/۲۵ و ۸/۵۴ و پس‌آزمون ۱۱۵/۶۳ و ۹/۹۶ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار در گروه مداخله برای متغیر نگرانی از تصویر بدنی در پیش‌آزمون ۱۱۵/۱۸ و ۹/۵۱ و پس‌آزمون ۹۸/۵۴ و ۷/۵۴ می‌باشد (جدول ۱).

## جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون

موقعیت متغیرها	کنترل		آزمایش		پس‌آزمون		گروه
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
افسردگی	۴۵/۳۲	۵/۵۲	۴۴/۴۱	۵/۹۵	۳۰/۶۲	۳/۳۱	
نگرانی از تصویر بدنی	۱۱۴/۲۵	۸/۵۴	۱۱۵/۱۸	۹/۵۱	۹۸/۵۴	۷/۵۴	

پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی و تأیید شدند. برای بررسی بهنجاری تک‌متغیری از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد همه متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند (مثلاً، آماره پیش‌آزمون افسردگی ۰/۰۸ و معناداری ۰/۲۰). برای بهنجاری چندمتغیری از فاصله‌های مهالانوبیس استفاده شد و حداکثر فاصله به دست آمده برابر با ۰/۳۸ بود که کمتر از مقدار بحرانی ۲۹/۱۷ است، بنابراین این پیش‌فرض نیز تأیید شد. همچنین بررسی هم‌خطی چندگانه با استفاده از ضریب همبستگی، عامل تحمل و  $VI F$  نشان داد که مقادیر همبستگی زیر ۰/۸۰، عامل تحمل بالاتر از ۰/۱۰ و  $VI F$  زیر ۱۰ هستند. برای همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون  $M$  باکس استفاده شد و با وجود عدم رعایت این مفروضه ( $P < ۰/۰۰۱$ )، به دلیل مقاومت مانکووا در برابر این تخطی و استفاده از اثر پیلائی، داده‌ها برای تحلیل مناسب تشخیص داده شدند. همچنین، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها نشان داد که متغیرها از این پیش‌فرض تخطی نکرده‌اند (مثلاً، مقدار  $F$  برای پس‌آزمون افسردگی ۴/۱۸ و معناداری ۰/۰۲۳). با تأیید پیش‌فرض‌ها، داده‌ها برای آزمون فرضیات مربوط به اثربخشی آماده شدند.

همانطور که در جدول ۲ آمده است سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که رفتار درمانی گفتگویی (DBT) حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش داده است ( $F=۱۹/۵۶۳$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ). برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل مانکوا، در جدول ۲ ارائه شده است که میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۵۰/۱ درصد است. یعنی ۵۰ درصد از تفاوت‌های فردی نمرات مولفه‌های افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی به تاثیر عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری نزدیک به یک هم نمایانگر کفایت حجم نمونه است.





## جدول ۲

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 پیلابی	۰/۸۷۵	۱۹/۵۶۳	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۰۱	۱/۰۰۰
آزمون لاندای ویکلز	۰/۴۹۶	۱۹/۵۶۳	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۰۱	۱/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۳/۲۴۵	۱۹/۵۶۳	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۰۱	۱/۰۰۰
آزمون بزرگترین ریشه بیرونی	۳/۸۶۲	۱۹/۵۶۳	۶/۰۰۰	۲۴/۰۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۰۱	۱/۰۰۰

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری در بررسی متغیرهای افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی (جدول ۳) نشان داد که در ۳ مرحله ارزیابی در متغیر افسردگی تفاوت معناداری در گروه‌ها وجود دارد و مقدار مجذور اتا میزان تاثیر گذاری اثر مداخله را بر متغیر افسردگی نشان می‌دهد. بر اساس جدول ۳ از آنجا که سطح معناداری در متغیر افسردگی کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد، تفاوت بین ۲ گروه در این متغیرها تایید می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت "رفتار درمانی گفتگویی" در تغییر این متغیرها تاثیر معناداری دارد. بنابراین، ۵۳/۲ درصد تغییر در نمره متغیر افسردگی افراد به دلیل متغیر مستقل "رفتار درمانی گفتگویی" است. همچنین نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری (جدول ۸) نشان داد که در ۳ مرحله ارزیابی در متغیر نگرانی از تصویر بدنی تفاوت معناداری در گروه‌ها وجود دارد و مقدار مجذور اتا میزان تاثیر گذاری اثر مداخله را بر متغیر نگرانی از تصویر بدنی نشان می‌دهد. بر اساس جدول ۳ از آنجا که سطح معناداری در متغیر نگرانی از تصویر بدنی کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد، تفاوت بین ۲ گروه در این متغیرها تایید می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت "رفتار درمانی گفتگویی" در تغییر این متغیرها تاثیر معناداری دارد. بنابراین، ۴۷/۹ درصد تغییر در نمره متغیر نگرانی از تصویر بدنی افراد به دلیل متغیر مستقل "رفتار درمانی گفتگویی" است.

## جدول ۳

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری

مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	P-value	مجذور اتا
۳۶۱۴/۸۱۶	۱	۳۶۱۴/۸۱۶	۳۳۸/۳۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲
۵۴۹۴/۵۳۳	۱	۵۴۹۴/۵۳۳	۱۵۶/۵۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که روش رفتاردرمانی گفتگویی در مقایسه با گروه کنترل بر افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی زنان دارای نشانگان افسردگی تاثیر مثبت و معنی‌داری داشته است.

## جدول ۴

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	افسردگی	۷/۷۴	۰/۶۴	۰/۰۱





## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های آماری نشان داد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که رفتار درمانی گفتگویی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش داده است. به طور کلی نتایج نشان می‌دهد بین دو گروه پژوهش در ترکیب خطی متغیرهای افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، فرضیه کلی تأیید می‌شود که این یافته با نتایج مطالعات مختلف ( Afshari et al., 2019; Alavi et al., 2011; Arab Markadeh & Dehghani, 2018; Barani & Fooladchang, 2022; Fitzpatrick et al., 2020; Fleischhaker et al., 2011; Jabraeili et al., 2014; Köck & Walter, 2018; Linehan et al., 2015; Mitchell et al., 2019; Panos et al., 2013; Perepletkhikova et al., 2011; Rabiee et al., 2020; Rahmani Moghaddam et al., 2023; Safari & Aftab, 2021; Sedighi Arfaee et al., 2021; Sheikh et al., 2021; Simon et al., 2022; Tabatabayi et al., 2021; Taheri Daghiyan et al., 2019; Telch et al., 2001) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در رفتار درمانی دیالکتیکی از فنون رفتاری نظیر مواجهه خیالی و واقعی برای تعدیل تصویر بدنی منفی استفاده می‌شود. در به کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت‌زدایی منظم به مراجع آموزش داده می‌شود که به صورت تدریجی با قسمت‌هایی از بدن خود که موجب ناراحتی‌شان می‌شود همراه 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 رفتار درمانی 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 (Sheikh et al., 2021). اثربخشی رفتار درمانی 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 فوق‌رویی تغییر نگرش مثبت به بدن تأکید می‌شود، این روش می‌تواند در بهبود تصاویر بدنی مؤثر واقع شود (Telch et al., 2001).

همچنین، نتایج نشان داد که بین زنان دارای نشانگان افسردگی گروهی که تحت مداخله رفتار درمانی گفتگویی قرار گرفتند و گروه کنترل از لحاظ متغیر افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. تأثیر این مداخله بر کاهش افسردگی نزدیک پنجاه و چهار درصد است. به این معنا که پنجاه و چهار درصد از واریانس و پراکندگی متغیر افسردگی، مربوط به تأثیر روش آزمایشی است. بنابراین، فرضیه جزئی اول تأیید می‌شود که این یافته با نتایج مطالعات متعددی ( Afshari et al., 2019; Alavi et al., 2011; Arab Markadeh & Dehghani, 2018; Barani & Fooladchang, 2022; Fitzpatrick et al., 2020; Fleischhaker et al., 2011; Jabraeili et al., 2014; Köck & Walter, 2018; Linehan et al., 2015; Mitchell et al., 2019; Panos et al., 2013; Perepletkhikova et al., 2011; Rabiee et al., 2020; Safari & Aftab, 2021; Sedighi Arfaee et al., 2021; Simon et al., 2022; Tabatabayi et al., 2021; Taheri Daghiyan et al., 2019) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت 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 مقوله بر می‌گردد که چون فرد افسرده دید منفی نسبت به خود و دیگران دارد فکر می‌کند که دیگران نیز چنین دیدگاهی نسبت به او دارند و 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 به خود و دیگران، نگرانی از تصویر بدنی و اضطراب از این که نکند دیگران قضاوت منفی و بدی در مورد شخص داشته باشند، است (Panos et al., 2013; Perepletkhikova et al., 2011). حال آن که در روش رفتار درمانی گفتگویی بر مفهوم‌سازی مجدد، آماده‌سازی مراجعین و همچنین آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و تشکیل مفاهیم مثبت و نو نسبت به خود و دیگران و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش است که می‌تواند رابطه فرد را با خود و دیگران بهبود دهد و نسبت به خود و



دیگران دید مثبت‌تر و خوش‌بینانه‌تری داشته باشد به طوری 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 یه دید بهتر و خوش‌بینانه نسبت به خود و دیگران حرکت کند (Afshari et al., 2019; Safari & Aftab, 2021).

یافته‌های آماری نشان داد که بین زنان دارای نشانگان افسردگی گروه آزمایشی و گروه کنترل از لحاظ متغیر نگرانی از تصویر بدنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. تأثیر این مداخله بر کاهش نگرانی از تصویر بدنی ۴۷ درصد است به این معنا که ۴۷ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده برای متغیر نگرانی از تصویر بدنی، مربوط به تأثیر روش آزمایشی است. بنابراین، فرضیه جزئی دوم نیز تأیید می‌شود که این یافته با نتایج برخی مطالعات (Rahmani Moghaddam et al., 2023; Sheikh et al., 2021; Tabatabayi et al., 2021; Telch et al., 2001) همسو است. در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که در رفتار درمانی 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 به کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت‌زدایی منظم به مراجع آموزش داده می‌شود که به صورت تدریجی با قسمت‌هایی از بدن خود که موجب ناراحتی‌شان می‌شود همراه 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 (Tabatabayi et al., 2021; Telch et al., 2001). بنابراین رفتار درمانی 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 رفتار درمانی 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 (Rahmani Moghaddam et al., 2023). 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.

در نتیجه می‌توان اظهار نمود رفتار درمانی گفتگویی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش داده است و بین دو گروه پژوهش در ترکیب خطی متغیرهای افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد که ۵۰ درصد از این تفاوت بین گروه‌های مداخله و کنترل به وسیله عضویت گروهی تبیین می‌شود. همچنین بین زنان دارای نشانگان افسردگی گروه آزمایشی و گروه کنترل از لحاظ متغیر افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. تأثیر این مداخله بر کاهش افسردگی ۵۳٪ است به این معنا که ۵۳ درصد نمرات کل واریانس باقیمانده برای متغیر افسردگی، مربوط به تأثیر روش آزمایشی است. علاوه بر بین زنان دارای نشانگان افسردگی گروه آزمایشی و گروه کنترل از لحاظ متغیر نگرانی از تصویر بدنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مهم‌ترین نتیجه مطالعه حاضر این بود که مشخص شد تأثیر مداخله رفتار درمانی گفتگویی بر افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی به ترتیب ۵۳ درصد و ۴۷ درصد است که این میزان تأثیرگذاری مثبت و بالا می‌باشد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرند. نخست، نمونه پژوهش به زنان دارای نشانگان افسردگی در یک منطقه خاص محدود بود که ممکن است نتایج را به سایر جمعیت‌ها تعمیم‌پذیر نکند. دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی مانند سیاهه افسردگی بک ممکن است با تحریفات ناشی از پاسخ‌های اجتماعی مطلوب همراه باشد. همچنین، عدم کنترل کامل بر عوامل



مزاحم محیطی و تفاوت‌های فردی شرکت‌کنندگان می‌تواند بر نتایج تأثیرگذار باشد. در نهایت، مدت زمان پیگیری پس از مداخله محدود بود و نتایج طولانی‌مدت تأثیر رفتار درمانی گفتگویی بر افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی مشخص نشد.

پژوهش‌های آینده می‌توانند با گسترش نمونه‌های مورد بررسی به سایر مناطق جغرافیایی و گروه‌های مختلف سنی و جنسیتی، تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهند. همچنین، استفاده از روش‌های ترکیبی که شامل ارزیابی‌های کیفی و مشاهده‌ای است، می‌تواند دقت نتایج را بهبود بخشد. بررسی تأثیرات طولانی‌مدت رفتار درمانی گفتگویی با پیگیری‌های بلندمدت‌تر نیز می‌تواند بینش بهتری از پایداری نتایج ارائه دهد. افزون بر این، مقایسه اثربخشی رفتار درمانی گفتگویی با سایر روش‌های درمانی نظیر درمان شناختی-رفتاری یا درمان دارویی می‌تواند به شناسایی بهترین رویکردهای درمانی کمک کند.

پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی و مشاوره‌ای از رفتار درمانی گفتگویی به عنوان یک روش مؤثر برای کاهش افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی در زنان استفاده کنند. آموزش و تربیت متخصصین در این حوزه می‌تواند به افزایش کیفیت درمان و کاهش نرخ بازگشت علائم افسردگی کمک کند. همچنین، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای افزایش آگاهی عمومی درباره افسردگی و اهمیت تصویر بدن سالم، می‌تواند به پیشگیری و شناسایی زودهنگام این مشکلات کمک نماید. نهایتاً، تلفیق رفتار درمانی گفتگویی با سایر روش‌های حمایت اجتماعی و خانوادگی می‌تواند تأثیرات مثبت این مداخله را تقویت کند.

## تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

## موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

## شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

## حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.



## References

- Afshari, B., Omidi, A., & Sehat, M. (2019). Effect of dialectical behavior therapy on emotion regulation and mindfulness in patients with bipolar disorder. *Feyz*, 23(3), 293-300. <https://www.magiran.com/paper/2008779>
- Alacreu-Crespo, A., Hidalgo, V., Girod, C., Olié, E., & Courtet, P. (2022). The impulsiveness level influences the salivary cortisol response and social stress sensitivity in suicidal patients. *Journal of psychiatric research*, 156, 159-167. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.008>
- Alavi, K., Modarres Gharavi, M., Amin-Yazdi, S. A., & SalehiFadardi, J. (2011). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 13(2), 35. <https://www.magiran.com/paper/926963>
- Amiri, Z., & Amiri, Z. (2016). Assessment of a prediction model of depression based on disease perception and sleep quality mediated by pain catastrophizing in diabetic patients [Research]. *Journal of Diabetes Nursing*, 4(2), 48-58. <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-181-en.html>
- Arab Markadeh, R., & Dehghani, A. (2018). The Effectiveness of Group-Based Dialectic Behavioral Therapy on Depression and Perceived Stress of Female Students. *J-Nurs-Edu*, 7(6), 24-30. <http://jne.ir/article-1-922-en.html>
- Aragonès, E., Piñol, J. L., Labad, A., Masdéu, R. M., Pino, M., & Cervera, J. (2004). Prevalence and Determinants of Depressive Disorders in Primary Care Practice in Spain. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(1), 21-35. <https://doi.org/10.2190/c25n-w4ny-bn8w-txn2>
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., & Cosman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(6), 670-677. <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.12016>
- Bansal, V., Goyal, S., & Srivastava, K. (2009). Study of prevalence of depression in adolescent students of a public school. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(1). [https://journals.lww.com/inpj/fulltext/2009/18010/study\\_of\\_prevalence\\_of\\_depression\\_in\\_adolescent.9.aspx](https://journals.lww.com/inpj/fulltext/2009/18010/study_of_prevalence_of_depression_in_adolescent.9.aspx)
- Barani, H., & Fooladchang, M. (2022). The Efficacy of Teaching Dialectical Behavior Therapy Skills on Anxiety and Depression Symptoms in Students. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(1), 287-304. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.311088.643658>
- Batmaz, S., Ulusoy Kaymak, S., Kocbiyik, S., & Turkcapar, M. H. (2014). Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1546-1555. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X14001345>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13)
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J.-P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Browne, M. O., Posada-Villa, J., . . . Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(1), 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Byrne, G., Ghráda, Á. N., O'Mahony, T., & Brennan, E. (2021). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(S2), e12282. <https://doi.org/10.1111/papt.12282>
- Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O. (2011). Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of affective disorders*, 134(1), 168-176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.041>
- Dilsaver, S. C., & Akiskal, H. S. (2004). Preschool-onset mania: incidence, phenomenology and family history. *Journal of affective disorders*, 82, S35-S43. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032704002022>
- Fang, Y., Boelens, M., Windhorst, D. A., Raat, H., & van Grieken, A. (2021). Factors associated with parenting self-efficacy: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2641-2661. <https://doi.org/10.1111/jan.14767>



- Fatiregun, A. A., & Kumapayi, T. E. (2014). Prevalence and correlates of depressive symptoms among in-school adolescents in a rural district in southwest Nigeria. *Journal of adolescence*, 37(2), 197-203. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.12.003>
- Fitzpatrick, S., Bailey, K., & Rizvi, S. L. (2020). Changes in Emotions Over the Course of Dialectical Behavior Therapy and the Moderating Role of Depression, Anxiety, and Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior therapy*, 51(6), 946-957. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.009>
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>
- Ghorbanikhah, E., Mohammadyfar, M. A., Moradi, S., & Delavarpour, M. (2023). The Effectiveness of Acceptance-and-Commitment-Based Parenting Training on Mood and Anxiety in Children and Self-compassion in Parents. *PCP*, 11(1), 81-92. <https://doi.org/10.32598/jpcp.11.1.860.1>
- Goldberg, X., Serra-Blasco, M., Vicent-Gil, M., Aguilar, E., Ros, L., Arias, B., Courtet, P., Palao, D., & Cardoner, N. (2019). Childhood maltreatment and risk for suicide attempts in major depression: a sex-specific approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1603557. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1603557>
- Hajiyousef, H., dehestani, m., & darvish molla, m. (2022). The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties in the Relationship between Abuse Experiences and Body Image Dissatisfaction among Adolescent Girls. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(1), 327-344. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.321110.643801>
- Jabraeili, S., Babapour Kheraddin, J., & Mahmoodaliloo, M. (2014). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Reducing Symptoms of Suicidal Behavior and Mood Instability Measures of Borderline Personality Disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, 8(32), 75-88. [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_4296.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4296.html)
- Jaiswal, A., Manchanda, S., Gautam, V., Goel, A. D., Aneja, J., & Raghav, P. R. (2020). Burden of internet addiction, social anxiety and social phobia among University students, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(7). [https://journals.lww.com/jfmpc/fulltext/2020/09070/burden\\_of\\_internet\\_addiction,\\_social\\_anxiety\\_and.74.aspx](https://journals.lww.com/jfmpc/fulltext/2020/09070/burden_of_internet_addiction,_social_anxiety_and.74.aspx)
- Köck, P., & Walter, M. (2018). Personality disorder and substance use disorder – An update. *Mental Health & Prevention*, 12, 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.10.003>
- Krauss, S., Orth, U., & Robins, R. W. (2020). *Family environment and self-esteem development: A longitudinal study from age 10 to 16*
- Lammers, M. W., Vroling, M. S., Crosby, R. D., & van Strien, T. (2022). Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 55(7), 902-913. <https://doi.org/10.1002/eat.23750>
- Leahy, R. L. (2007a). Emotional Schemas and Resistance to Change in Anxiety Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.001>
- Leahy, R. L. (2007b). Emotional Schemas and Self-Help: Homework Compliance and Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3), 297-302. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.002>
- Leahy, R. L. (2011). Emotional Schema Therapy: A Bridge Over Troubled Waters. In *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 109-131). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118001851.ch5>
- Leahy, R. L. (2016). Emotional schema therapy. *И ПСИХОТЕРАПИЯ*, 46. [https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/cpp\\_2021\\_n3.pdf#page=47](https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/cpp_2021_n3.pdf#page=47)
- Leahy, R. L. (2016). Emotional Schema Therapy: A Meta-experiential Model. *Australian Psychologist*, 51(2), 82-88. <https://doi.org/10.1111/ap.12142>
- Leahy, R. L., Tirsch, D. D., & Melwani, P. S. (2012). Processes Underlying Depression: Risk Aversion, Emotional Schemas, and Psychological Flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 362-379. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.362>
- Linehan, M. M. (1992). Behavior therapy, dialectics, and the treatment of borderline personality disorder. In *Handbook of borderline disorders*. (pp. 415-434). International Universities Press, Inc.
- Linehan, M. M., & Dexter-Mazza, E. T. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual, 4th ed.* (pp. 365-420). The Guilford Press. <https://awsprintest.apa.org/record/2008-00599-009>





- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475-482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
- Majdi, M. R., Mobarhan, M. G., Salek, M., Taghi, M., & Mokhber, N. (2011). Prevalence of depression in an elderly population: A population-based study in Iran. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 5(1), 25-32. <https://brieflands.com/articles/ppbs-2928.html>
- Milgrom, J., Danaher, B. G., Seeley, J. R., Holt, C. J., Holt, C., Ericksen, J., Tyler, M. S., Gau, J. M., & Gemmill, A. W. (2021). Internet and Face-to-face Cognitive Behavioral Therapy for Postnatal Depression Compared With Treatment as Usual: Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster [Original Paper]. *J Med Internet Res*, 23(12), e17185. <https://doi.org/10.2196/17185>
- Mitchell, R., Roberts, R., Bartsch, D., & Sullivan, T. (2019). Changes in mindfulness facets in a dialectical behaviour therapy skills training group program for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 958-969. <https://doi.org/10.1002/jclp.22744>
- Moretta, T., Kaess, M., & Koenig, J. (2023). A comparative evaluation of resting state proxies of sympathetic and parasympathetic nervous system activity in adolescent major depression. *Journal of Neural Transmission*, 130(2), 135-144. <https://doi.org/10.1007/s00702-022-02577-3>
- Noorbala, A. A., Yazdi, S. A. B., Yasamy, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184(1), 70-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.1.70>
- Ofem, U. J. (2023). Adjustment Tendencies Among Transiting Students: A Mediation Analysis Using Psychological Wellbeing Indices. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 4(3), 1-19. <https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.4.3.1>
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2013). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213-223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Bulloch, A. G. M., Wiens, K., & Wang, J. (2016). Why is major depression prevalence not changing? *Journal of affective disorders*, 190, 93-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.002>
- Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H., & Miller, A. L. (2011). Adapting Dialectical Behaviour Therapy for Children: Towards a New Research Agenda for Paediatric Suicidal and Non-Suicidal Self-Injurious Behaviours. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(2), 116-121. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2010.00583.x>
- Rabiee, N., Nazari, A. M., Keramat, A., Khosravi, A., & Bolbol-Haghighi, N. (2020). Effect of Dialectical Behavioral Therapy on the Postpartum Depression, Perceived Stress and Mental Coping Strategies in Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial: test. *International Journal of Health Studies*. <http://ijhs.shmu.ac.ir/index.php/ijhs/article/view/760>
- Rahmani Moghaddam, F., Bagherzadehgomakani, Z., Touzandehjani, H., & Nejat, H. (2023). Exploring the Impact of Dialectical Behavior Therapy on Emotional Regulation and Rumination among the Physically Disabled People using the Services of the Welfare Organization of Mashhad. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(1), 123-138. <https://doi.org/10.22067/tpccp.2023.75967.1269>
- Rancans, E., Vrublevska, J., Snikere, S., Koroleva, I., & Trapencieris, M. (2014). The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *Journal of affective disorders*, 156, 104-110. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713008355>
- Safari, A., & Aftab, R. (2021). The Effectiveness of Online Dialectical Behavior Therapy on the Emotion Regulation Difficulties, Guilt Feeling and Dissociative Symptoms in Depressed People. *Applied Psychology*, 15(4), 206-179. <https://doi.org/10.52547/apsy.2021.223466.1132>
- Sedighi Arfaee, F., Rashidi, A., & Tabesh, R. (2021). The Distress Tolerance in the Elderly: The Role of Experiential Avoidance, Rumination and Mindfulness. *Aging Psychology*, 7(1), 12-11. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6108.1498>
- Shahsavari Googhari, Z., Hafezi, F., Asgari, P., & Heidari, A. (2022). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on medical science students' subjective well-being, psychological distress, and emotion regulation. *J Shahrekord Univ Med Sci*, 24(1), 35-41. <https://doi.org/10.34172/jsums.2022.07>



- Shakibayi, F., & Esmaeeli, M. (2014). Study of MDD epidemiology in students of middle school (11-16 yrs. old) Of Esfahan city in 2007-8 [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 12(2), 274-284. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-379-en.html>
- Sheikh, S., Alzackerini, S. M., Shirmahaleh, F. M., Zam, F., & Baseri, A. (2021). Investigating the effect of two methods of dialectic behavioral therapies and metacognitive therapy on the body mass index and emotional eating behavior in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Health Studies*, 36-42. <http://ijhs.shmu.ac.ir/index.php/ijhs/article/view/855>
- Simon, G. E., Shortreed, S. M., Rossom, R. C., Beck, A., Clarke, G. N., Whiteside, U., Richards, J. E., Penfold, R. B., Boggs, J. M., & Smith, J. (2022). Effect of Offering Care Management or Online Dialectical Behavior Therapy Skills Training vs Usual Care on Self-harm Among Adult Outpatients With Suicidal Ideation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 327(7), 630-638. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.0423>
- Tabatabayi, A. S., Yosofi, Z., Motamedi, M., & Taheri, S. (2021). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Self-Forgiveness and Depression in Teenager Girls with Self-injury History in Isfahan. *Journal of Clinical Psychology*, 13(1), 13-22. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.18167.1699>
- Taheri Daghiyan, A., Qasemi Motlagh, M., & Mehdian, H. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy on anxiety and rumination in depressed patients. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(December), 264-274. <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14535>
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1061-1065. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1061>
- Vahabi, M., Pui-Hing Wong, J., Moosapoor, M., Akbarian, A., & Fung, K. (2022). Effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Mental Health and Resiliency of Migrant Live-in Caregivers in Canada: Pilot Randomized Wait List Controlled Trial [Original Paper]. *JMIR Form Res*, 6(1), e32136. <https://doi.org/10.2196/32136>
- Vanderlind, W. M., Everaert, J., & Joormann, J. (2022). Positive emotion in daily life: Emotion regulation and depression. *Emotion*, 22(7), 1614-1624. <https://doi.org/10.1037/emo0000944>
- Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Schanche, E. (2018). Emotion Regulation in Current and Remitted Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis [Systematic Review]. *Frontiers in psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00756>
- Yavuz, K. F., Türkçapar, M. H., Demirel, B., & Karadere, E. (2011). Adaptation, validity and reliability of the Leahy Emotional Schema Scale Turkish version based on Turkish university students and workers. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24(4), 273. <https://dusunenadamdergisi.org/article/622>
- Yousefi, T., Fallah, M. H., Vaziri, S., & Afshani, A. R. (2021). Explaining Parent-Adolescent Conflict Consequence from a Parent's Viewpoint: A Qualitative Study [Original Research Article]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*---, 11(0), 95-95. <https://doi.org/10.29252/mejds.0.0.170>
- Zhang, B., Fu, W., Guo, Y., Chen, Y., Jiang, C., Li, X., & He, K. (2022). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy against suicidal ideation in patients with depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 319, 655-662. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.091>