

Effects of Transdiagnostic Treatment on Body Image Avoidance and Alexithymia in Body Dysmorphic Disorder

Mohammadpour S¹, *Goodarzi MA², Hadianfard H², Taghavi MR²

Author Address

1. PhD Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran;

2. Professor in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

*Corresponding author's email: mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

Received: 2019 September 15; Accepted: 2019 October 7

Abstract

Background & Objectives: Body Dysmorphic Disorder (BDD) is an obsessive-compulsive condition. BDD is a chronic, disabling, and afflictive psychiatric condition that can lead to severe personal, social, occupational, educational, and familial problems or dysfunction and psychological distress. Patients with body dysmorphic experience numerous negative emotions, such as shame, self-disgust, disappointment, anger, frustration, guilt, doubt, hesitancy, and uncertainty. Therefore, basic and specific interventions about emotions are necessary for this population. A novel therapeutic approach that has received special attention on emotions and the common components of disorders is transdiagnostic treatment. The present study investigated the effects of transdiagnostic treatment on body image avoidance and alexithymia in BDD.

Methods: This was a quasi-experimental research with pretest-posttest and a control group design. The statistical population of this study included all college students referring to Shiraz University's Counseling and Psychotherapy Center as well as those undergoing plastic surgery in Motahari and Imam Reza Medical Clinics in Shiraz City, Iran, from January 2019 to May 2019. Clinical interviews were conducted for all patients with BDD who were willing to participate in the study. Finally, 30 patients with body dysmorphic disorder were selected by purposive sampling method and randomly assigned to either transdiagnostic treatment or control groups ($n=15/\text{group}$). The inclusion criteria of the study included an age range of 45–18 years, being diagnosed with BDD according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) criteria, and presenting no comorbid disorders (anxiety, depression, stress, & obsessive-compulsive disorder). Furthermore, the study participants were selected among those who received no other psychotherapy, counseling, and medication programs during the study. The exclusion criteria were substance abuse or dependence over the past 6 months, having any other psychological disorders, concerns about or preoccupation with appearance, better explained by other psychological disorders, like eating disorders. The Body Image Avoidance Questionnaire (Rosen et al., 1991) and the Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994) were administered at the pretest and posttest phases to collect the necessary data. Then, the experimental group received 12 sessions of transdiagnostic treatment according to Barlow et al.'s protocol (2015); however, the controls received no intervention. Descriptive statistics (e.g., frequency, percentage, mean, & standard deviation) and inferential statistics, including Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) and univariate Analysis of Covariance (ANCOVA) were employed in SPSS to analyze the obtained data. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: To determine the difference of all components, univariate ANCOVA was performed; the relevant results indicated that after removing the pretest effects, there was a significant difference in all components in posttest scores concerning body image avoidance and alexithymia between the study groups ($p<0.001$). The MANCOVA data indicated that the mean scores of all components of body image avoidance, including clothing ($p<0.001$), social activity ($p<0.001$), eating restraint ($p=0.003$), as well as grooming and weighting ($p=0.003$), and all component of alexithymia, including difficulty identifying feelings ($p<0.001$), difficulty describing feelings ($p<0.001$), and externally oriented thinking style ($p<0.001$) significantly decreased in the experimental group.

Conclusion: Based on the present study results, transdiagnostic treatment is effective in improving the avoidance of body image and mood dysphoria in patients with BDD. Therefore, implementing comprehensive intervention programs with a transdiagnostic approach is required for these patients.

Keywords: Body image deficit, Transdiagnostic treatment, Body image avoidance, Alexithymia.

اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی در اختلال بدشکلی بدن

سمانه محمدپورا^۱، *محمدعلی گودرزی^۲، حبیب هادیان فرد^۲، محمدرضا تقوی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران؛

۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

*واباتامه نویسنده مسئول: mgoodarzi@rose.shirazu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۴ شهریور ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۵ مهر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال بدشکلی بدن با مشکلات شدید فردی، اجتماعی، شغلی، تحصیلی و خانوادگی همراه است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی در اختلال بدشکلی بدن بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری تمامی دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه شیراز و مراجعه‌کنندگان به کلینیک زیبایی درمانگاه شهید مطهری و کلینیک امام رضا (ع) در شهر شیراز از بهمن سال ۱۳۹۷ تا خرداد سال ۱۳۹۸ بودند که ملاک‌های اختلال بدشکلی بدن را مطابق با معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-نسخه پنجم داشتند. سی نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه درمان فراتشخیصی و گواه قرار گرفتند. پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه اجتناب از تصویر بدنی (روزن و همکاران، ۱۹۹۱) و مقیاس ناگویی خلقی (بگی و همکاران، ۱۹۹۴) اجرا شد. سپس صرفاً برای گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه درمان فراتشخیصی براساس پروتکل بارلو و همکاران (۲۰۱۵) اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره تجزیه و تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین دو گروه در پس‌آزمون در مؤلفه‌های متغیر اجتناب از تصویر بدنی شامل پوشش ($p < ۰/۰۰۱$)، محدودسازی خوردن ($p = ۰/۰۰۳$)، فعالیت‌های اجتماعی ($p < ۰/۰۰۱$) و وزن‌کردن خود ($p = ۰/۰۰۳$) و در مؤلفه‌های متغیر ناگویی خلقی شامل دشواری در تشخیص احساسات ($p < ۰/۰۰۱$)، دشواری در توصیف احساسات ($p < ۰/۰۰۱$) و تفکر با جهت‌گیری بیرونی ($p < ۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان فراتشخیصی بر بهبود اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی در این بیماران اثربخشی دارد؛ بنابراین، اجرای برنامه‌های مداخله‌ای جامع با رویکرد فراتشخیصی برای این بیماران نیاز است.

کلیدواژه‌ها: نقص تصویر بدن، درمان فراتشخیصی، اجتناب از تصویر بدنی، ناگویی خلقی.

در جامعه‌ای که زیبایی به‌طور مستقیم با موفقیت مرتبط است و به‌دست‌آوردن آن نیز دشوار است، این امر زمینه‌ای برای آشکارسازی بیشتر اختلالات مرتبط با ظاهر می‌شود. در این بین، اختلال بدشکلی بدن^۱، به‌عنوان رنج‌آورترین^۲ و شکننده‌ترین^۳ آسیب‌شناسی مرتبط با تصویر بدنی شناخته شده است (۱). اختلال بدشکلی بدن یکی از اختلالات طیف وسواسی-جبری است و شامل اشتغال فکری شدید و آشفته‌ساز با نقص جزئی یا تصویری در ظاهر است. علامت اصلی این اختلال، احساس ذهنی و تصور از زشت‌بودن 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 (۲).

میزان شیوع اختلال بدریخت‌انگاری بدن اغلب کمتر برآورد می‌شود؛ زیرا بیماران از صحبت درباره‌ی ظاهر و علائم‌شان شرم‌منده هستند (۱)؛ بااین‌وجود، میزان شیوع اختلال بدریخت‌انگاری بدن در جمعیت عمومی حدود ۲ درصد، در نوجوانان شیوع آن بیشتر و حدود ۳/۶ درصد است و در درمانگاه‌های پوست و مو بین ۱۰ تا ۱۲ درصد گزارش شده است (۳). برای افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، کنترل بیم و هراس مرتبط با ظاهر دشوار است و مبتلایان به این اختلال ساعت‌های زیادی را با ناراحتی و ناامیدی صرف واری‌های ظاهر خود در آینه کرده و تلاش می‌کنند تا نقص یا عیب درک‌شده خود را پنهان کنند (۲). درواقع، افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به‌منظور کاهش تهدیدهای ادراک‌شده برای نگرانی‌های مرتبط با ظاهر از راهبردهایی مانند اجتناب استفاده می‌کنند (۳).

این درحالی‌است که اجتناب از تصویر بدنی، یکی از متغیرهای مهم و تأثیرگذار بر ایجاد و تداوم اختلال در تصویر بدنی افراد است که می‌تواند به‌صورت موقت آرامش و رهایی از اضطراب را فراهم کند، اما در طول زمان و بدون امکان عدم تأیید ترس‌ها، اضطراب و نگرانی فرد شدت یافته و تداوم می‌یابد (۴). در بسیاری از اوقات، رفتارهای اجتنابی در نارضایتی از بدن عادت می‌شوند که این عادت خود را به‌صورت اجتناب از پوشیدن لباس‌های تنگ و بدن‌نما، رفتن به ملاقات‌های اجتماعی، ارتباطات صمیمانه و مهمانی‌های بزرگ و غیره نشان می‌دهد (۵)؛ به‌طوری‌که در یک مطالعه، ۲۵ درصد از گروه‌گواه گزارش دادند که در رفتارهای اجتناب از تصویر بدنی درگیر می‌شوند (۶). با توجه به شیوع زیاد این رفتار در جمعیت عمومی، به‌نظر می‌رسد که شیوع این رفتار در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن نیز زیاد باشد. همچنین، یک ویژگی شخصیتی که افراد را مستعد عزت‌نفس پایین و انجام رفتارهای معطوف به تصویر بدنی مانند واری‌کردن می‌کند، ناگویی خلقی^۱ است (۷). ناگویی خلقی به توانایی محدود فرد برای درک، پردازش یا توصیف احساسات خود اشاره دارد (۸) و از چهار عامل عمده دشواری در تشخیص احساسات و تمایز آن‌ها از برانگیختگی‌های بدنی، دشواری در توصیف احساسات، فرایندهای

تجسمی محدود همراه با کاهش خیال‌پردازی‌ها و سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی تشکیل شده است (۹). ناگویی خلقی نقشی کلیدی در برخی علائم اختلالات مربوط به تصویر بدن می‌تواند داشته باشد (۷)؛ اما در پژوهش‌های اندکی رابطه ناگویی خلقی با برخی جنبه‌های ظاهری مانند نارضایتی از تصویر صورت، اختلال بدشکلی ماهیچه‌ها، ارزیابی بدنی^۱ و نارضایتی از برخی جنبه‌های ظاهری مربوط به وزن در اختلالات خوردن به‌صورت همبستگی بررسی شده است (۱۰).

از سوی دیگر، در پژوهش‌های متعددی، خط اول درمان روان‌شناختی برای اختلال بدشکلی بدن، درمان شناختی-رفتاری^۴ معرفی شده است؛ با وجود این، درمان شناختی-رفتاری برای بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن پاسخگو نیست و همه بیماران نمی‌توانند از آن استفاده کنند (۱۱). بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی، هیجان‌های منفی زیادی مانند شرم، نفرت از خود، ناامیدی، خشم، ناکامی، احساس گناه، شک و تردید و نااطمینانی را تجربه می‌کنند (۳) که این امر مداخله اساسی و اختصاصی در این زمینه را طلب می‌کند. درواقع، اختلال بدشکلی بدن هم‌ابتلائی‌های بسیار زیادی با اختلالات هیجانی دارد و افراد مبتلا به اختلالات هیجانی از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه استفاده می‌کنند که نقش مهمی در رشد، تداوم و پایداری علائم‌شان دارد (۱۲). با توجه به اینکه بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به درمان شناختی-رفتاری پاسخ می‌دهند، ممکن است به درمان‌های فراتشخصی که ترکیبی از درمان‌های شناختی-رفتاری و درمان تنظیم هیجان است نیز پاسخ مثبت بدهند (۳).

با توجه به آنچه گفته شد، با وجود شیوع زیاد اجتناب از تصویر بدنی، این متغیر تاکنون به‌صورت اختصاصی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مطالعه نشده است که این امر، یکی از جنبه‌های نو و جدیدبودن پژوهش حاضر است. همچنین، در بررسی پیشینه پژوهش مطالعه‌ای یافت نشد که این متغیر مهم را به‌صورت آزمایشی و با انجام مداخله بررسی کرده باشد. علاوه‌براین، در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدنی پژوهشی یافت نشد که ناگویی خلقی را به‌عنوان هدف مداخله درمانی مطالعه کرده باشد؛ این در حالی است که در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن انجام مداخله با رویکرد درمان فراتشخصی، به‌نظر می‌رسد در کاهش متغیرهای فراتشخصی ذکرشده مانند اجتناب از تصویر بدن و ناگویی خلقی مؤثر باشد؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخصی در کاهش اجتناب از تصویر بدن و ناگویی خلقی در اختلال بدشکلی بدن انجام شد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه شیراز و مراجعه‌کنندگان به کلینیک زیبایی درمانگاه شهید مطهری و کلینیک امام رضا (ع) در شهر شیراز

۴. Cognitive-Behavior Therapy

۱. Body Dysmorphic Disorder

۲. Afflictive

۳. Fragilizing

– پرسشنامه اجتناب از تصویر بدنی^۲: این پرسشنامه توسط روزن و همکاران در سال ۱۹۹۱ با هدف اندازه‌گیری گرایش‌های رفتاری که با اختلال تصویر بدن همراه هستند مانند رفتارهای اجتنابی مرتبط با تصویر بدنی ساخته شده است (۱۴). این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس است: الف. پوشش یا گرایش به استفاده از لباس‌هایی که بدن را پنهان می‌کنند (سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۱۸)؛ ب. فعالیت‌های اجتماعی یا اجتناب از موقعیت‌هایی اجتماعی که در آن‌ها غذا، وزن یا ظاهر بدن ممکن است در مرکز توجه قرار بگیرد (سؤال‌های ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۵)؛ ج. محدودکردن خوردن یا تمایل به محدودکردن مصرف مواد غذایی (سؤال‌های ۵، ۶، ۷) و د. آرایش‌کردن، وزن‌کردن خود و رفتارهای مرتبط با وزن‌کردن خود یا نگاه‌کردن خود در آینه (سؤال‌های ۱۲، ۱۴، ۱۹). این پرسشنامه نوزده سؤال در طیف شش درجه‌ای لیکرت از صفر (هرگز) تا ۵ (همیشه) دارد و نمره بیشتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده فراوانی بیشتر رفتارهای همراه با تصویر بدنی مختل و آشفتگی است (۱۴). پژوهش‌ها همسانی درونی پرسشنامه اجتناب از تصویر بدنی را بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۱۵). در پژوهش کارمون و همکاران نمره همسانی درونی این پرسشنامه، بالا ($\alpha = 0.81$) گزارش شده است (۵). همچنین، ثبات دوره‌ای خوبی برای این پرسشنامه در بین سنین مختلف و هم زنان و مردان گزارش شده است (۱۵). پرسشنامه اجتناب از تصویر بدنی به‌خوبی جمعیت بالینی (مبتلا به پرخوری و کم‌خوری عصبی) و غیربالینی (جمعیت عمومی) را از یکدیگر تفکیک می‌کند (۱۵). پایایی این پرسشنامه در جمعیت عمومی خوب تا عالی ($\alpha = 0.89$) گزارش شده است (۵). نسخه فارسی این پرسشنامه برای اولین بار در پژوهش حاضر در ایران اعتباریابی شد. برای ترجمه این پرسشنامه، ترجمه معکوس ابتدا توسط متخصص زبان و متخصص رشته روان‌شناسی به فارسی برگردانده شد و سپس توسط یک متخصص زبان انگلیسی مجدداً به انگلیسی ترجمه شد و ضمن مطابقت‌دادن با نسخه اصلی در نهایت به فارسی برگردانده شد. اعتبار صوری و محتوایی پرسشنامه با استفاده از نظرات چند تن از متخصصان رشته روان‌شناسی بالینی پس از انجام تغییرات لازم تأیید شد. سپس برای اطمینان از پایایی، پرسشنامه روی یک نمونه ۳۰ نفری از مراجعان به کلینیک زیبایی درمانگاه شهید مطهری شهر شیراز اجرا شد و آلفای کرونباخ آن برای عامل کلی معادل ($\alpha = 0.899$) و برای خرده‌مقیاس‌های پوشش، اجتناب از موقعیت‌هایی اجتماعی، محدودکردن مصرف مواد غذایی و آرایش‌کردن، به‌ترتیب ۰/۷۴۲، ۰/۶۴۶، ۰/۸۲۷ و ۰/۶۸۱ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر این پرسشنامه از مشخصات روان‌سنجی مناسب برخوردار بود. پایایی درونی پرسشنامه اجتناب از تصویر بدنی در پژوهش نهایی ۰/۸۵۷ بود. – مقیاس ناگویی خلقی^۳: این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگی و همکارانش تجدیدنظر شد (۱۶). در پژوهش حاضر نیز از مقیاس تجدیدنظر شده استفاده شده است. در این مقیاس ۲۰ ماده‌ای، سازه ناتوانی هیجانی در سه

از بهمن سال ۱۳۹۷ تا خرداد سال ۱۳۹۸ بودند که ملاک‌های اختلال بدشکلی بدن را مطابق با معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی – نسخه پنجم^۱ داشتند. از این جامعه غربالگری گسترده‌ای انجام شد. افرادی که نمره بالا در ابزارهای غربالگری اولیه به‌دست آوردند، برای اطمینان از تشخیص وارد مصاحبه بالینی شدند. همچنین، برای تمام افرادی که از سوی پزشکان جراح پلاستیک به‌عنوان بیمار مشکوک یا مبتلا به اختلال بدشکلی بدن ارجاع داده می‌شدند، مصاحبه بالینی انجام شد. سپس در صورت داشتن ملاک‌های اختلال بدشکلی بدن با دریافت رضایت کتبی وارد پژوهش شدند. برای محاسبه حجم نمونه با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه مناسب در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه است، حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه انتخاب شد (۱۳). به این ترتیب ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به‌شیوه هدفمند انتخاب شدند و در مرحله بعد به‌صورت تصادفی (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) در گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی) و گروه گواه قرار گرفتند. در گروه آزمایش، درمان فراتشخیصی به‌مدت ۱۲ جلسه و هر هفته دو جلسه دوساعتی اجرا شد.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به پژوهش حاضر، شامل داشتن دامنه سنی ۴۵–۱۸ سال، دریافت تشخیص اختلال بدشکلی بدن مطابق با DSM-5 و نداشتن اختلالات همبود دیگر (اضطراب، افسردگی، استرس و اختلال وسواسی-جبری) بود. همچنین آزمودنی‌هایی انتخاب شدند که در طول اجرای پژوهش از برنامه‌های روان درمانی، مشاوره‌ای و دارویی در خارج از مداخله درمانی پژوهش استفاده نمی‌کردند. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل داشتن سوءمصرف یا وابستگی به مواد یا دارو در طول شش ماه گذشته، ابتلا به هرگونه اختلال روان‌شناختی دیگر، اشتغال فکری یا نگرانی درباره ظاهر که با اختلالات دیگری نظیر اختلال خوردن بهتر توجیه شود و استفاده از هرگونه داروی روان‌گردان و درمان دارویی حداقل به‌مدت شش ماه قبل از ارزیابی و مصاحبه اولیه بود. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این مطالعه به این صورت بود که اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از آنان گرفته شد. محرمانه‌بودن تمامی اطلاعات شرکت‌کنندگان به‌صورت کتبی به آن‌ها اعلام شد. به شرکت‌کنندگان حق انصراف از شرکت در پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد. هیچ‌کدام از مراحل انجام پژوهش حاضر مغایر با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کنندگان پژوهش نبود.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

– پرسشنامه جمعیت‌شناختی بیمار که شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، میزان درآمد ماهانه، نوع عمل جراحی زیبایی، سابقه دریافت درمان روان‌شناختی به‌خاطر نارضایتی از ظاهر و غیره بود. این پرسشنامه توسط پژوهشگران در این مطالعه تهیه و ارزیابی شد.

^۴. Taylor

^۱. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

^۲. Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ-19)

^۳. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

جهت مواد با ناتوانی هیجانی به شیوه معکوس نمره گذاری می شوند؛ یعنی به پاسخ کاملاً مخالف نمره پنج و به پاسخ کاملاً موافق نمره یک تعلق می گیرد. در این مقیاس نمره بیشتر نشان دهنده ناتوانی هیجانی بیشتر است (۱۶). همچنین قربانی و همکاران آلفای این مقیاس را در نمونه ایرانی، برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر با جهت گیری بیرونی ۰/۵۰ به دست آوردند (۱۷).

– درمان فراتشخیصی: در این پژوهش درمان فراتشخیصی مطابق با پروتکل درمانی بارلو و همکاران (۱۸) برای گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه و هر هفته دو جلسه دوساعتی اجرا شد؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله ای انجام نشد. پروتکل درمان اجرا شده در جدول ۱ ارائه شده است.

زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات^۱، دشواری در توصیف احساسات^۲ و تفکر با جهت گیری بیرونی^۳ ارزیابی می شود. خرده مقیاس اول شامل هفت ماده است (۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴) که توانایی شرکت کننده در شناسایی احساسات و تمیز میان احساسات با حس های بدن را ارزیابی می کند. زیرمقیاس دوم پنج ماده دارد (۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷) که توانایی شخص را در بیان احساسات و اینکه آیا قادر است خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر، می سنجد. خرده مقیاس سوم هشت ماده دارد (۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) و میزان درون نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خودش و دیگران را بررسی می کند. دامنه پاسخ به هر ماده پنج درجه و از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» متغیر است و روش نمره گذاری آن به شیوه لیکرت است. به پاسخ کاملاً مخالف، نمره یک و به پاسخ کاملاً موافق نمره پنج تعلق می گیرد. مواد (۴، ۵، ۱۰، ۱۸، ۱۹) به دلیل منفی بودن

جدول ۱. پروتکل جلسات درمان فراتشخیصی

جلسات	اهداف و موضوعات
۱	انگیزه افزایی، توضیحات درباره گروه درمانی، قوانین و هنجارها، بحث گروهی درباره انتظارات و اهداف اعضا، توضیح و آشنایی با اختلال های هیجانی و درمان فراتشخیصی و اختلال بدشکلی بدن.
۲	ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان ها و ردیابی تجارب هیجانی، آموزش مدل سه مؤلفه ای تجارب هیجانی، شناخت هیجان ها و رفتارها: پاسخ های آموخته شده، مدل پیشایند-پاسخ-پیامد ^۴ ، ارائه تکالیف خانه/جمع بندی و بازخورد (تکلیف خانگی: بازنویسی هیجان های مثبت و منفی).
۳ و ۴	بررسی تکالیف خانه، آموزش آگاهی هیجانی، تمرین آگاهی هیجانی غیرقضای، یادگیری مشاهده هیجانی و واکنش به هیجان ها با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی، ایجاد مهارت هایی برای کمک و پرورش به مشاهده تجارب هیجانی در لحظه کنونی، ایجاد یک محرک برای جلب توجه خود به لحظه کنونی، ارائه تکالیف خانه/جمع بندی و بازخورد (تکلیف خانگی: استفاده از نظر و دیدگاه نزدیک ترین شخص درمورد هیجان ها).
۵	بررسی و مرور تکالیف جلسه قبل، ارزیابی و بازارزیابی شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر متقابل بین افکار و هیجان ها، ایجاد آگاهی از تأثیر متقابل بین افکار و هیجان ها، معرفی و شناسایی ارزیابی های شناختی ناسازگارانه شناختی، معرفی تله های فکری رایج و کمک به اعضای گروه در شناسایی آن ها، یادگیری و اجرای ارزیابی های شناختی به اعضای گروه به منظور افزایش انعطاف پذیری در تفکر، جمع بندی و بازخورد/ارائه تکالیف خانه (تکلیف خانگی: شناخت و بازنگری هیجان ها قبل از ابراز هیجان ها در منزل).
۶	بررسی و مرور تکالیف جلسه قبل، معرفی مفهوم اجتناب از هیجان ها، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، معرفی و آشنایی با تأثیرات راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان ها، آگاهی و اثبات اثرات متناقض اجتناب هیجانی، ارائه تکالیف خانه/جمع بندی و بازخورد (تکلیف خانگی: تمرین مواجهه با هیجان های منفی و مقابله منطقی و تحلیل محتوای هیجان ها در منزل).
۷	بررسی و مرور تکالیف جلسه قبل، معرفی مجدد و بررسی مفصل تر ماهیت رفتارهای هیجان خاست ^۵ ، ارائه دلیل لزوم مقابله با رفتارهای هیجان-خاست، شناسایی رفتارهای هیجان خاست ناسازگار و ایجاد گرایش های عمل جایگزین از طریق رویاروشدن با رفتارها، ارائه تکالیف خانه/جمع بندی و بازخورد.
۸	بررسی و مرور تکالیف جلسه قبل، کمک به بیمار در شناسایی و تحمل حس های بدنی مربوط به هیجان، کمک به بیمار در آگاهی و درک بهتر از نقش حس های جسمانی در تعیین واکنش های هیجانی، انجام تمرین های مواجهه و رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس های جسمانی و افزایش تحمل این علائم، ارائه تکالیف خانه/جمع بندی و بازخورد (تکلیف خانگی: تکنیک پویش بدن و تمرین در منزل).
۹	بررسی و مرور تکالیف جلسه قبل، کمک به اعضای گروه در شناسایی و درک هدف مواجهه با هیجان های درون زاد، رویارویی با هیجان های مبتنی بر موقعیت، کار با اعضای گروه برای ایجاد سلسله مراتب اجتناب از هیجان و موقعیت، طراحی تمرین های مواجهه با هیجان های مؤثر، کمک به بیمار در مواجهه با هیجان های قوی از طریق تمرین های تجسمی و عینی مواجهه هیجانی و ممانعت از اجتناب، ارائه تکالیف خانه/جمع بندی و بازخورد (تکلیف خانگی: برگه سلسله مراتب ترس و تکمیل در منزل).
۱۰ و ۱۱	بررسی و مرور تکالیف جلسه قبل، کمک به اعضای گروه برای آشنایی با ماهیت نااطمینانی و شناسایی نحوه واکنش خود به آن، مؤلفه ها و جنبه های مختلف عدم تحمل نااطمینانی، سود و زیان عدم تحمل نااطمینانی در جنبه های مختلف زندگی، تأثیرات ناتوانی در تحمل نااطمینانی در زندگی ما و دلیل لزوم تغییر آن، راهکارهایی برای افزایش تحمل نااطمینانی، ارائه تکالیف خانه/جمع بندی و بازخورد.
۱۲	تکمیل پرسشنامه ها، مرور و جمع بندی جلسات، پرسیدن از اعضا درمورد انتظارات احتمالی برآورده نشده در درمان، پرسیدن از دستاوردها و نگاه به آینده، پرسیدن از اعضا درباره هدف یک ماه آینده آن ها و تعیین تکالیف، پرسیدن از احساس مراجعان درمورد پایان جلسات، پذیرایی و خداحافظی.

^۴. Antecedent-response-consequence (ARC)

^۵. Emotion driven behaviours (EDB)

^۱. Difficulty in identifying feelings (DIF)

^۲. Difficulty in describing feelings (DDF)

^۳. Extrinsic oriented thinking (EOT)

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (مانند فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن پاسخ‌دهندگان در گروه آزمایش $29/40 \pm 6/08$ و در گروه گواه $30/87 \pm 4/38$ بود. همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش زن بودند. در گروه آزمایش از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد)، مربوط به سطح تحصیلات کارشناسی و کمترین فراوانی ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) مربوط به افراد با سطح تحصیلات دیپلم بود. در گروه گواه نیز بیشترین فراوانی ۹ نفر (۶۰ درصد) مربوط به

سطح تحصیلات کارشناسی و کمترین فراوانی یک نفر (۶/۷ درصد) مربوط به افراد با سطح تحصیلات دیپلم بود. از نظر وضعیت تأهل بیشترین فراوانی ۱۰ نفر مجرد (۶۶/۷ درصد) و کمترین فراوانی یک نفر مطلقه (۶/۷ درصد) بود. در گروه گواه نیز بیشترین فراوانی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد)، به‌طور هم‌زمان مربوط به افراد مجرد و متأهل و کمترین فراوانی یک نفر (۶/۷ درصد) مربوط به افراد مطلقه بود. از نظر سابقه عمل جراحی در گروه آزمایش، بیشترین فراوانی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) افراد با سابقه عمل زیبایی بینی و کمترین فراوانی یک نفر (۶/۷ درصد) با انجام پیوند پوست بود. در گروه گواه نیز بیشترین فراوانی ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) افراد با سابقه عمل زیبایی بینی بودند و کمترین فراوانی دو نفر (۱۳/۳ درصد) افرادی بودند که اشتغال فکری شدید با عمل‌های جراحی متعدد داشتند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیر	مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		تحلیل کوواریانس چندمتغیره	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	مقدار p
پوشش		آزمایش	۲۰/۲۷	۶/۲۸	۱۰/۸۰	۵/۰۷	۲۴/۲۸۹	<۰/۰۰۱
		گواه	۱۹/۳۳	۴/۲۳	۱۹/۶۷	۴/۷۷		
محدودسازی خوردن		آزمایش	۷/۰۷	۴/۱۳	۳/۲۷	۲/۴۳	۱۰/۸۲۵	۰/۰۰۳
		گواه	۶/۲۰	۲/۵۴	۶/۶۷	۳/۱۷		
فعالیت‌های اجتماعی		آزمایش	۱۳/۸۷	۴/۸۹	۴/۶۷	۲/۳۵	۳۰/۱۵۵	<۰/۰۰۱
		گواه	۱۰/۲۷	۳/۶۵	۱۱	۳/۷۹		
وزن‌کردن خود		آزمایش	۱۰/۵۳	۳/۰۹	۶/۸۷	۲/۹۴	۱۰/۹۰۲	۰/۰۰۳
		گواه	۱۰/۲۰	۲/۵۹	۱۰/۲۷	۲/۶۸		
دشواری در تشخیص احساسات		آزمایش	۲۳/۶۰	۴/۳۳	۱۳/۵۳	۴/۳۰	۲۲/۰۳۶	<۰/۰۰۱
		گواه	۲۰/۰۷	۵/۵۰	۲۱/۲۰	۴/۶۳		
دشواری در توصیف احساسات		آزمایش	۱۶/۰۷	۳/۲۴	۸/۹۳	۱/۸۳	۲۶/۵۵۷	<۰/۰۰۱
		گواه	۱۴/۳۳	۳/۵۵	۱۴/۲۰	۳/۵۰		
تفکر با جهت‌گیری بیرونی		آزمایش	۲۲	۳/۸۵	۱۶/۱۳	۳/۷۰	۲۱/۸۴۱	<۰/۰۰۱
		گواه	۲۱/۴۷	۳/۳۷	۲۱/۶۰	۲/۶۱		

در پژوهش حاضر برای تحلیل استنباطی داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره در دو تحلیل جداگانه برای هریک از متغیرهای وابسته استفاده شد. برای متغیر اجتناب از تصویر بدنی و متغیر ناگویی خلقی با انجام آزمون ام‌باکس ملاحظه شد که پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس گروه‌ها برای هر دو متغیر برقرار است ($p > 0/05$).

نتایج آزمون لون درمورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های نمونه از متغیر اجتناب از تصویر بدنی برای مؤلفه پوشش ($p = 0/451$)، ($F = 0/584$)، محدودسازی خوردن ($p = 0/330$)، ($F = 0/983$)، فعالیت‌های اجتماعی ($p = 1/551$)، ($F = 0/223$)، وزن‌کردن خود ($p = 0/963$)، ($F = 0/002$) و متغیر ناگویی خلقی برای مؤلفه دشواری در تشخیص احساسات ($p = 0/797$)، ($F = 0/067$)، دشواری در توصیف احساسات ($p = 0/053$)، ($F = 4/065$) و برای تفکر با جهت‌گیری بیرونی ($p = 0/159$)، ($F = 2/089$) نشان داد که پیش‌فرض

همگنی واریانس‌های دو گروه در متغیرهای وابسته پژوهش نیز برقرار است.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره به‌منظور مقایسه هم‌زمان متغیرهای پژوهش در بین دو گروه گواه و آزمایشی در پس‌آزمون نشان داد که برای متغیر اجتناب از تصویر بدنی ($F = 8/576$)، ($p = 0/001$) و برای متغیر ناگویی خلقی ($F = 13/129$) و ($p < 0/001$) و برای دو گروه گواه و آزمایشی در مرحله پس‌آزمون دست‌کم در یکی از مؤلفه‌های اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی تفاوت معنادار وجود دارد. به‌منظور مشخص‌شدن تفاوت تمامی مؤلفه‌ها، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره انجام شد که نتایج آن نشان داد پس از حذف اثر پیش‌آزمون بین دو گروه در پس‌آزمون برای هر دو متغیر در تمامی مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$)؛ بنابراین، درمان فراتشخیصی به‌صورت معناداری موجب کاهش نمرات اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی در

بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن شده است.

۴ بحث

براساس هدف پژوهش حاضر مبنی بر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی در اختلال بدشکلی بدن، نتایج نشان داد که میانگین همه مؤلفه‌های اجتناب از تصویر بدنی در گروه فراتشخیصی کاهش معناداری یافت. این یافته با مطالعه ریگی همخوانی دارد که از درمان فراتشخیصی برای اجتناب از غذا خوردن استفاده کرد و نشان داد این درمان در بهبود و مدیریت علائم مختلف بیماران مبتلا به چاقی مانند نارضایتی از تصویر بدن، محدود کردن مصرف غذا، اجتناب از غذا و سایر رفتارهای اجتنابی مؤثر است (۱۲). همچنین این یافته پژوهش حاضر با مطالعه دال‌گریو و کالوگی همخوان است که با استفاده از درمان شناختی-رفتاری با رویکرد فراتشخیصی به درمان شناختی-رفتاری با رویکرد فراتشخیصی به بهبود یکپارچگی تصویر بدن و کاهش اجتناب از تصویر بدنی کمک می‌کند (۱۹). همچنین، این یافته با مطالعه گری و توماس همخوان است که درمان شناختی-رفتاری با رویکرد فراتشخیصی را برای درمان اختلال خوردن و علائم آن به کار بردند و نشان دادند رویکرد فراتشخیصی در کاهش علائم متعدد اختلال خوردن مؤثر است (۲۰). دال‌گریو و کالوگی در تبیین اثربخشی رویکرد فراتشخیصی در بهبود اجتناب از تصویر بدنی بیان می‌کنند، در این درمان مواجهه‌های تدریجی متعددی صورت می‌گیرد که طی آن‌ها درمانگر به بیماران کمک می‌کند در درجه اول تظاهرات عمده اجتناب از بدن را خودشان شناسایی کنند. سپس، باید بتوانند در طراحی مراحل مواجهه با قسمت‌های خاصی از بدن همراهی کنند و در نهایت، نگرانی و ناراحتی آن‌ها کاهش می‌یابد. انجام مواجهه‌های تدریجی که یکی از مؤلفه‌های اصلی رویکردهای فراتشخیصی است در کاهش اجتناب از تصویر بدنی بسیار مؤثر است. زیرا بیمار به تدریج به دیدگاه و احساس خود به بدنش عادت می‌کند و در نهایت با مواجهه حتی در حضور دیگران احساس راحتی دارد (۱۹). همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین همه مؤلفه‌های ناگویی خلقی برای بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی در گروه فراتشخیصی کاهش معناداری یافت. باتوجه به اینکه در بررسی پیشینه‌ها، مطالعه‌ای یافت نشد که به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی پرداخته باشد، به مطالعات مشابه انجام‌شده روی نمونه‌های دیگر برای تبیین یافته حاضر اشاره می‌شود. این یافته با مطالعه بورگس همخوان است که طی پژوهشی با رویکرد فراتشخیصی به بررسی تنظیم هیجان پرداخت و نشان داد که رویکرد فراتشخیصی در مدیریت و تنظیم هیجانات و بهبود ناگویی خلقی تأثیر دارد (۲۱). همچنین، این یافته با مطالعه ساعدی و همکاران همسوست که به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به درد مزمن پرداختند و نشان دادند که این درمان در بهبود و کاهش ناگویی خلقی مؤثر است (۲۲). مظاهری و همکاران نیز که به بررسی اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر راهبردهای تنظیم هیجان در

بیماران مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی پرداختند، نشان دادند که درمان فراتشخیصی بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان تأثیر دارد (۲۳) که این یافته با یافته پژوهش حاضر هم‌راستاست؛ بنابراین، در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که ارتقای راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش مشکلات هیجانی از جمله ناگویی خلقی همراه است؛ به عبارت دیگر، بخش عمده درمان فراتشخیصی، در رابطه با آگاهی از هیجان‌ها و آموزش نحوه شناسایی و ردیابی هیجان‌ها و اثرات آن‌ها بر ما و زندگی روزمره و همچنین نحوه بررسی و مدیریت هیجان‌هاست؛ بر همین مبنا، درمان فراتشخیصی مؤلفه‌های ناگویی خلقی را کاهش داده است.

این مطالعه محدودیت‌هایی داشت که در تعمیم نتایج توجه به آن‌ها مهم است. آن‌ها عبارت بودند از دسترسی دشوار به بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به دلیل نبود مکان مشخص برای مراجعه آن‌ها. همچنین، همکاری نکردن بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن برای شرکت در مداخله و در نتیجه طولانی شدن فرایند تشکیل گروه‌های روان‌درمانی؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود که دست‌اندرکاران سلامت روان، مراکز و انجمن‌هایی برای شناسایی و درمان اختصاصی این بیماران در نظر داشته باشند که هم فرایند شناسایی و حمایت صحیح از این بیماران فراهم شود و هم امکان انجام مطالعات بیشتر فراهم شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، نبود پیگیری طولانی‌مدت (چندماه یا یک سال) به دلیل دسترسی‌نداشتن به تمام شرکت‌کنندگان در طول زمان بود؛ بنابراین، پژوهشگران می‌توانند در مطالعات بعدی به طراحی پژوهش‌هایی با هدف بررسی اثرات طولانی‌مدت چنین مداخلاتی بپردازند.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طورکلی این پژوهش نشان داد که اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی دو متغیر فراتشخیصی همراه با اختلال بدشکلی بدن هستند که می‌توانند زمینه تشدید و تداوم علائم اختلال بدشکلی بدن را فراهم کنند. باتوجه به اینکه اجتناب از تصویر بدنی و ناگویی خلقی متغیرهای فراتشخیصی هستند، به‌منظور بهبود این متغیرها در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن از درمان‌های فراتشخیصی استفاده شد و نتایج نشان‌دهنده اثربخشی این درمان بود. یافته‌های پژوهش حاضر نیاز به اجرای برنامه‌های مداخله‌ای جامع با رویکرد فراتشخیصی را نشان می‌دهد که می‌توان مداخلاتی مبتنی بر متغیرهای کلیدی را برای اختلال بدشکلی بدن مانند کژتنظیمی هیجانی یا تصویر بدنی آشفته طراحی کرد.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان از معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شیراز تقدیر و تشکر می‌کنند. همچنین نویسندگان از مساعدت‌های مسئولان محترم دانشگاه علوم پزشکی استان فارس و درمانگاه شهید مطهری و کلینیک امام رضا (ع) شهر شیراز و نیز تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

انصراف از شرکت در پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد. هیچ‌کدام از مراحل انجام پژوهش حاضر مغایر با موازین دینی و فرهنگی شرکت‌کنندگان پژوهش نبود.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تزامن منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

برای انجام این پژوهش از هیچ مؤسسه، نهاد یا سازمانی حمایت مالی دریافت نشده است.

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مطالعه برگرفته از رساله مقطع دکتری روان‌شناسی بالینی در دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شیراز است. کد اخلاق پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی شیراز با شناسه IR.SUMS.REC.1398.83 دریافت شد. ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این مطالعه به این صورت بود که اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از آنان گرفته شد. محرمانه بودن تمامی اطلاعات شرکت‌کنندگان به صورت کتبی به آن‌ها اعلام شد. به شرکت‌کنندگان حق

References

1. Soler PT, Ferreira CMH, Novaes J da S, Fernandes HM. Body Dysmorphic Disorder: Characteristics, Psychopathology, Clinical Associations, and Influencing Factors. In: Gaze DC, editor. Pathophysiology - Altered Physiological States. InTech; 2018.
2. Marron SE, Gracia-Cazaña T, Miranda-Sivelo A, Lamas-Diaz S, Tomas-Aragones L. Screening for body dysmorphic disorders in acne patients: a pilot study. *Actas Dermosifiliogr*. 2019;110(1):28–32. doi: [10.1016/j.ad.2018.08.001](https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.08.001)
3. Mohajerin B, Bakhtiyar M, Olesnycky OS, Dolatshahi B, Motabi F. Application of a transdiagnostic treatment for emotional disorders to body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2019;245:637–44. doi: [10.1016/j.jad.2018.11.058](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.058)
4. Lydecker JA, Cotter EW, Mazzeo SE. Body checking and body image avoidance: Construct validity and norms for college women. *Eating Behaviors*. 2014;15(1):13–6. doi: [10.1016/j.eatbeh.2013.10.009](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.009)
5. Carmona J, Tornero-Quñones I, Sierra-Robles Á. Body image avoidance behaviors in adolescence: A multilevel analysis of contextual effects associated with the physical education class. *Psychology of Sport and Exercise*. 2015;16:70–8. doi: [10.1016/j.psychsport.2014.09.010](https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.09.010)
6. Shafran R, Fairburn CG, Robinson P, Lask, B. Body checking and its avoidance in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2004;35:93–101. doi: [10.1002/eat.10228](https://doi.org/10.1002/eat.10228)
7. He W, Shen C, Wang C, Jia Y, Wang J, Wang W. Body dysmorphic disorder patients: Their affective states, personality disorder functioning styles and body image concerns. *Personality and Individual Differences*. 2018;131:1–6. doi: [10.1016/j.paid.2018.04.015](https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.04.015)
8. Leone JE, Wise KA, Mullin EM, Harmon W, Moreno N, Drewniansky J. The effects of pubertal timing and alexithymia on symptoms of muscle dysmorphia and the drive for muscularity in men. *Psychology of Men & Masculinity*. 2015;16(1):67–77. doi: [10.1037/a0035920](https://doi.org/10.1037/a0035920)
9. Rahimian Boogar I, Rezaei A, Mohamadpoor S. Quality of life in coronary heart disease patients: the role of defense mechanisms and alexithymia with mediation of psychological distress. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2017;11(3): e8567. doi: [10.5812/ijpbs.8567](https://doi.org/10.5812/ijpbs.8567)
10. Basta F, Margiotta DPE, Mazzuca C, Batani V, Dolcini G, Moras P, et al. Factors related to alexithymia in patients with systemic sclerosis: a tight relationship with facial image dissatisfaction. *Rheumatol Int*. 2019;39(3):461–7. doi: [10.1007/s00296-018-4214-y](https://doi.org/10.1007/s00296-018-4214-y)
11. Greenberg JL, Phillips KA, Steketee G, Hoepfner SS, Wilhelm S. Predictors of response to cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behav Ther*. 2019;50(4):839–49. doi: [10.1016/j.beth.2018.12.008](https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.12.008)
12. Rigby A. Transdiagnostic approach to food avoidance after bariatric surgery: a case study. *Clinical Case Studies*. 2018;17(5):280–95. doi: [10.1177/1534650118784664](https://doi.org/10.1177/1534650118784664)
13. Delavar A. Educational and Psychological Research. Tehran: Virayesh Pub; 2018. [Persian]
14. Rosen JC, Srebnik D, Saltzberg, M & Wendt S. Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment: A Journal of Counseling and Clinical Psychology*. 1991;3(1):32–37.
15. Maiano C, Morin AJS, Monthuy-Blanc J, Garbarino J-M. The body image avoidance questionnaire: assessment of its construct validity in a community sample of French adolescents. *Int J Behav Med*. 2009;16(2):125–35. doi: [10.1007/s12529-009-9035-7](https://doi.org/10.1007/s12529-009-9035-7)
16. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994;38(1):23–32. doi: [10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)

17. Ghorbani N, Bing MN, Watson PJ, Davison HK, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*. 2002;37(5):297–308. doi: [10.1080/00207590244000098](https://doi.org/10.1080/00207590244000098)
18. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist Guide. Oxford: Oxford University Press; 2015.
19. Dalle Grave R, Calugi S. Transdiagnostic Cognitive Behavioural Theory and Treatment of Body Image Disturbance in Eating Disorders. In: Cuzzolaro M, Fassino S. editors. *Body Image, Eating, and Weight: A guide to assessment, treatment, and prevention*. Cham: Springer International Publishing; 2018. pp: 309–21. doi: [10.1007/978-3-319-90817-5_23](https://doi.org/10.1007/978-3-319-90817-5_23)
20. Gray EK, Thomas JJ. Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. In: Petersen TJ, Sprich S, Wilhelm S, editors. *The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*. New York: Springer; 2016. pp: 155–69. doi: [10.1007/978-1-4939-2605-3_12](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2605-3_12)
21. Borges LM. A transdiagnostic approach to emotion regulation: the development and validation of two scales of emotion regulation [PhD dissertation]. [Michigan, US]: Western Michigan University; 2016.
22. Saedi S, Hatami M, Asgari P, Ahadi H, Poursharifi H. The effectiveness of Cognitive-Behavioral therapy on alexithymia and pain Self-Efficacy of patients with chronic pain. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2016;5(11):277–84.
23. Mazaheri M, Daghighzadeh H, Afshar H, Mohammadi N. The effectiveness of the unified protocol on emotional dysregulation and cognitive emotion regulation strategies in patients with psychosomatic disorders. *International Journal of Body, Mind and Culture*. 2013;1(1):73–82. doi: [10.22122/ijbmc.v1i1.7](https://doi.org/10.22122/ijbmc.v1i1.7)