



## Comparing the Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Therapy with Training in Cognitive Emotion Regulation Strategies on Body Dysmorphic Symptoms and Executive Functions of People with Health Anxiety

Elham Omidi Moghadam <sup>1</sup>, Mina Mojtabaei <sup>2\*</sup>, Azam Ashori <sup>3</sup>, Farnoosh Khodabakhsh <sup>4</sup>,  
Elham Rahmani <sup>5</sup>, Mahbubeh Bayat Mazlaghani <sup>6</sup>

1- Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Associate Professor of Psychology Department, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3. Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4. Master of General Psychology, Department of Psychology, Shahr-e- Qods Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

5. Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

6. Master of General Psychology, Department of Psychology, Shahr-e- Qods Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Corresponding Author:** Mina Mojtabaei, Associate Professor of Psychology Department, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Email:** Mojtabaie\_in@yahoo.com

Received: 3 Dec 2024

Accepted: 10 May 2025

### Abstract

**Introduction:** Body dysmorphic disorder and defects in executive functions are important symptoms of health anxiety disorder. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of short-term psychodynamic therapy with training in cognitive emotion regulation strategies on body dysmorphic symptoms and executive functions of people with health anxiety.

**Methods:** This study was a quasi-experimental research method with a pretest-posttest design with a control group. All people with health anxiety who were referred to psychology and neurology clinics in Tehran's 5th district in the spring of 2024 constituted the population of this study. Using an available sampling method, 45 of these people who were definitively diagnosed with health anxiety disorder were selected as the research sample. These people were randomly assigned to two experimental groups and a control group (15 people per group). The first experimental group received short-term dynamic psychotherapy according to the Davanloo approach (2001), and the second experimental group received cognitive emotion regulation training according to the Gross & Thompson training program (2015). Subjects in all three groups responded to the Barkley (2012) Executive Function Questionnaire and the Oetosine et al. (1998) Body Dysmorphic Disorder Questionnaire at the beginning and end of the study. To examine the research hypothesis, multivariate and univariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test were used. Data were analyzed using SPSS software version 28.

**Results:** The difference between the two experimental groups and one control group in the levels of both variables of body dysmorphic symptoms and executive functions in the post-test phase was significant ( $p < 0.001$ ). However, short-term dynamic psychotherapy had a greater effect on body dysmorphic symptoms and cognitive emotion regulation training had a greater effect on executive functions ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** In general, it can be concluded that short-term dynamic psychotherapy is more effective in reducing body dysmorphic symptoms in people with health anxiety. Also, cognitive emotion regulation training is better at improving executive functions in people with health anxiety.

**Keywords:** Body Dysmorphic Symptoms, Executive Functions, Health Anxiety, Short-Term Psychodynamic Therapy, Training in Cognitive Emotion Regulation Strategies .



## مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت با آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر علائم بدریخت انگاری بدنی و کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به اضطراب سلامت

الهام امیدی مقدم<sup>۱</sup>، مینا مجتبابی<sup>۲\*</sup>، اعظم آشوری<sup>۳</sup>، فرنوش خدابخش<sup>۴</sup>، الهام رحمانی<sup>۵</sup>، محبوبه بیات مزلقانی<sup>۶</sup>

- ۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۲- دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۳- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۴- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۵- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۶- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مینا مجتبابی، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.  
ایمیل: Mojtabaie\_in@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۹/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۲/۲۰

### چکیده

**مقدمه:** بدریخت انگاری بدنی و نقص در کارکردهای اجرایی از علائم مهم اختلال اضطراب سلامت به شمار می‌روند. بر همین اساس هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت با آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر علائم بدریخت انگاری بدنی و کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به اضطراب سلامت بود.

**روش کار:** این پژوهش از نوع روش تحقیق نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. کلیه افراد مبتلا به اضطراب سلامت که در بهار سال ۱۴۰۳ شمسی به کلینیک‌های روان‌شناسی و اعصاب و روان منطقه ۵ تهران مراجعه کرده بودند، جامعه این مطالعه را تشکیل می‌دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، ۴۵ نفر از این افراد که با قطعیت تشخیص اختلال اضطراب سلامت گرفتند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش اول روان درمانی پویشی کوتاه مدت مطابق با رویکرد دوانلو (۲۰۰۱) و گروه آزمایش دوم آموزش تنظیم شناختی هیجان مطابق با برنامه آموزشی گراس و تامپسون (۲۰۱۵) را دریافت کردند. آزمودنی‌ها در هر سه گروه در ابتدا و انتهای پژوهش به پرسشنامه کارکرد اجرایی بارکلی (۲۰۱۲) و پرسشنامه بدریخت انگاری بدن اُستوزین و همکاران (۱۹۹۸) پاسخ دادند. برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره و آزمون تعقیبی برونفرونی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** تفاوت دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در میزان هر دو متغیر بدریخت انگاری بدنی و کارکردهای اجرایی در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار بود ( $p < 0/001$ ). اما روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت بر علائم بدریخت انگاری بدنی و آموزش تنظیم شناختی هیجان بر کارکردهای اجرایی تاثیر بیشتری داشتند ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** به صورت کلی می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت در کاهش علائم بدریخت انگاری بدنی افراد مبتلا به اضطراب سلامت موثرتر است. همچنین آموزش تنظیم شناختی هیجان در بهبود کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به اضطراب سلامت عملکرد بهتری دارد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اضطراب سلامت، درمان روان‌پویشی کوتاه مدت، علائم بدریخت انگاری بدنی، کارکردهای اجرایی.

## مقدمه

اختلالات اضطرابی، به دلیل شیوع بالا و شروع زود هنگام و تأثیرات بسیار مخربی که بر افراد و جوامع دارند، یکی از نگرانی‌های بزرگ متخصصان سلامت روان به شمار می‌روند (۱). یکی از انواع اختلالات اضطرابی که در دهه اخیر مورد توجه متخصصان قرار گرفته است، اضطراب سلامت (Health anxiety) می‌باشد (۲). هر یک از افراد جامعه افکار و نگرانی‌هایی در مورد سلامتی‌شان دارند. اما هنگامی که این افکار و نگرانی‌ها باعث شود تا علائم جسمانی ساده به عنوان بیماری وخیم تلقی شوند، احتمال بروز اضطراب سلامت و در حالت شدیدتر آن خودبیمارانگاری (Hypochondriasis) وجود دارد (۳). اضطراب سلامت زمانی تشخیص داده می‌شود که احساسات یا تغییرات بدنی، از نظر فرد نشان دهنده یک بیماری جدی یا ابتلا به آن تفسیر شوند (۴). آشفتگی افراد مبتلا به اضطراب سلامت نه به علت علائم جسمانی ضعیف بلکه به خاطر اضطراب و نگرانی فرد از پیامدهای بیماری تشخیص داده نشده است (۵).

یکی از علائمی که افراد مبتلا به اضطراب سلامت از آن در رنج هستند، نشانه‌های بد ریخت انگاری بدنی (Body dysmorphic symptoms) است (۶). در واقع اختلال خودبیمارانگاری که سطح شدیدی از اضطراب سلامت به شمار می‌رود با اختلال بد ریخت انگاری بدن در علائم (ترس و اجتناب)، پردازش شناختی (توجه انتخابی به ناهنجاری‌های بدن) و عوامل رفتاری (مشغولیت با بدن، رفتارهای اجباری و جستجوی درمان پزشکی) شباهت‌های زیادی دارند (۷). اختلال بد ریخت انگاری بدن یک اختلال روان شناختی است که با مشغولیت ذهنی وسیع در مورد نقص‌های ظاهری جزئی و یا اغلب خیالی همراه است. افرادی که از این اختلال رنج می‌برند در بسیاری از ساعات روز مشغول فکر کردن در مورد ظاهر خود هستند و معمولاً با بهبود و یا پنهان کردن نواحی مورد نظر بدن که دارای نقص ادراک می‌شوند، در اجتماع حضور می‌یابند. در مرحله‌ای از این بیماری فرد در پاسخ به نگرانی‌هایش درباره ظاهر خود، رفتارهای تکراری دارد، مانند اینکه خود را مکرراً در آینه برانداز می‌کند و به صورت افراطی موهای خود را شانه و یا خودش را آرایش می‌کند، دست به جراحی‌های زیبایی می‌زند و یا اینکه اعمال ذهنی تکراری انجام می‌دهد و ظاهر فیزیکی خود را با ظاهر دیگران مقایسه می‌کند (۴). تحقیقات نشان داده‌اند که یکی دیگر از نشانه‌های اختلالات اضطرابی و به طور دقیق‌تر اختلال اضطراب

سلامت، کارکردهای اجرایی (Executive functions) مختل می‌باشد (۸-۱۰). کارکردهای اجرایی اصطلاحی است کلی که تمام فرآیندهای شناختی پیچیده و درگیر در تنظیم افکار، احساسات، برنامه‌ریزی، نظارت و کنترل شناختی رفتار و هیجان‌ها را در خود جای می‌دهد (۱۱). کارکردهای اجرایی مکانیسم‌های کنترلی هستند که در تنظیم شناختی و رفتارهای انسان به کار می‌روند و لازمه مهارت‌های شناختی سطح بالاتر به نظر می‌رسند. اجزای کارکردهای اجرایی عبارت‌اند از: حافظه کاری (Working memory)، مهار پاسخ، انعطاف پذیری شناختی (Cognitive Flexibility) یا تغییر و سیالی (Fluency) (۱۲). اصطلاح کارکردهای اجرایی برای توصیف فرآیندهای عصبی شناختی پیچیده‌تری همچون تنظیم توجه و تمرکز، استدلال انتزاعی و حل مسئله نیز به کار می‌رود (۱۳).

با توجه به آسیب‌های روان شناختی اختلالات اضطرابی و به خصوص اضطراب سلامت و علائم آن همچون بد ریخت انگاری بدنی و کارکردهای اجرایی مختل، رویکردهای زیادی در جهت درمان و بهبود اختلالات اضطرابی ایجاد شده‌اند که هر کدام با استفاده از روش‌ها و دیدگاه‌های خاص خود به درمان این اختلالات می‌پردازند. یکی از این رویکردها روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت (Short-Term Dynamic Psychotherapy) است. درمان روان‌پویشی کوتاه مدت که برگرفته از نظریه Freud است، توسط دانشمند کانادایی-ایرانی Habib Davanloo طراحی و توسعه یافت (۱۴). این روان‌درمانی بر استفاده درمانگر از چارچوب درمان برای شکل دادن فضای انتقالی اشاره دارد که در آن به سرعت مسائل ناخودآگاه بیمار در ارتباط با درمانگر ظاهر و تکرار شده و درمانگر آن‌ها را در ارتباط با نشانه‌هایی که بیمار از آن‌ها شکایت دارد تعبیر می‌کند. این تجربه مشترک بین بیمار و درمانگر، مجموعه‌ای از آگاهی‌ها برای بیمار فراهم می‌آورد که سابقاً برای بیمار در دسترس نبوده و منجر به کاهش نشانگان اختلال، کاهش کلی علائم روانپزشکی و افزایش کارکرد اجتماعی می‌شود (۱۵). تحقیقات نشان داده‌اند که این روش درمانی بر کاهش علائم اختلالات اضطرابی (۱۶) و به خصوص نشانه‌های اضطراب بیماری (۱۷)، کاهش علائم بد ریخت انگاری بدنی (۱۸، ۱۹) و بهبود کارکردهای اجرایی (۲۰، ۲۱) موثر است.

از دیگر درمان‌هایی که به نظر می‌رسد بر کاهش علائم مشکلات اضطرابی تأثیر دارد، آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (Training of Cognitive Emotion Regulation Strategies) می‌باشد (۲۲). هنگامی که افراد با

درمان‌های مختلف روانی بر علائم بدریخت انگاری بدنی و کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به اضطراب سلامت حائز اهمیت است.

با وجود این که تاثیر درمان روان‌پویشی کوتاه مدت و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر علائم مشکلات اضطرابی (۱۶، ۲۲) و تا حدی بر علائم بدریخت انگاری بدنی (۱۸، ۲۴) و کارکردهای اجرایی (۲۰، ۲۷) بررسی شده است، اما تا به حال هیچ مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت با آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر علائم بدریخت انگاری بدنی و کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به اضطراب سلامت نپرداخته است. بر همین اساس؛ هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت با آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر علائم بدریخت انگاری بدنی و کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به اضطراب سلامت می‌باشد.

### روش کار

این پژوهش از نوع روش تحقیق نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. کلیه افراد مبتلا به اضطراب سلامت که در بهار سال ۱۴۰۳ شمسی به کلینیک‌های روان‌شناسی و اعصاب و روان منطقه ۵ تهران مراجعه کرده بودند، جامعه این مطالعه را تشکیل می‌دادند. با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس ۵ کلینیک انتخاب شد. در ادامه با کمک روان‌شناسان و روان‌پزشکان این کلینیک‌ها افراد مبتلا به اضطراب سلامت که به شرکت در مطالعه حاضر تمایل داشتند با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و وارد مطالعه شدند. در این مرحله تشخیص‌ها از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-5-TR به وسیله نویسنده اول و دوم مورد تایید قرار گرفتند و ۴۵ نفر از این افراد که با قطعیت تشخیص اختلال اضطراب سلامت گرفتند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به اختلال اضطراب سلامت بر اساس تشخیص از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-5-TR به وسیله پژوهشگران و اعلام آمادگی جهت همکاری برای شرکت در جلسات درمانی و تکمیل پرسشنامه‌ها. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم ابتلا به اختلال اضطراب سلامت بر اساس تشخیص از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-5-TR به وسیله پژوهشگران، عدم تمایل برای شرکت

رویدادهای استرس‌زا مواجه می‌شوند از تکنیک‌های متفاوتی برای تنظیم هیجان و یا اصلاح و تعدیل تجربه‌های هیجانی استفاده می‌کنند. یکی از رایج‌ترین راهبردهای تنظیم هیجان استفاده از راهبردهای شناختی است. به طور کلی آموزش تنظیم شناختی هیجان؛ به آموزش مدیریت و دستکاری اطلاعات فراخوانده هیجانی، به شیوه شناختی گفته می‌شود. این درمان بر آموزش آگاهی از هیجانات، مهارت‌های درک هیجانات، گسترش توجه، ارزیابی شناختی و تعدیل پاسخ تاکید دارد (۲۳). به نظر می‌رسد که آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان علاوه بر این که منجر به کاهش علائم اختلالات اضطرابی می‌شود، بر بهبود مشکلات بدریخت انگاری بدنی (۱، ۲۴، ۲۵) و افزایش کارکردهای شناختی و اجرایی افراد (۲۶، ۲۷) موثر است. یکی از مهم‌ترین مسائلی که اهمیت این مطالعه را روشن می‌سازد این است که اضطراب سلامت و روش‌های درمانی تاثیرگذار بر آن به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته اند. کمبود مطالعه در مورد اضطراب سلامت به خصوص در جامعه پژوهش‌های داخلی بسیار بیشتر به نظر می‌رسد. از همین روی مطالعه روش‌های درمانی موثر بر اضطراب سلامت و علائم آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. مسئله بعدی که اهمیت بررسی اضطراب سلامت و درمان‌های آن را دوچندان می‌کند میزان شیوع آن است. در مطالعات مختلف میزان شیوع این اختلال بین ۷/۵ تا ۲۰ درصد گزارش شده است (۲۸-۳۰). با توجه به کمبود مطالعات در زمینه اضطراب سلامت و شیوع بالا و پیامدهای این اختلال، بررسی علائم و نشانه‌های اضطراب سلامت همچون بدریخت انگاری بدنی و مشکلات شناختی مرتبط به آن مانند کارکردهای اجرایی ضعیف، دارای اهمیت است. از آن مهم‌تر؛ بررسی درمان‌های مختلف تاثیرگذار بر اضطراب سلامت و مقایسه میزان اثربخشی درمان‌های گوناگون بر علائم اضطراب سلامت بسیار مهم است.

افزون بر این؛ بدریخت انگاری بدنی، هزینه‌های زیادی همچون جراحی‌های زیبایی سنگین را برای افراد مبتلا به اضطراب بیماری به همراه دارد که نگران کننده است (۳۱). همچنین هرگونه نقص در رشد کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به اضطراب سلامت، می‌تواند موجب اختلال در به یاد سپاری تکالیف، اختلال حافظه، اختلال یادگیری، مشکلات تنظیم هیجان، حل مسئله ناسازگارانه و... شود و در نهایت فرد را به سمت اختلالات روان‌شناختی سوق دهد یا در تداوم علائم اختلالات روان‌شناختی همچون اضطراب بیماری نقش داشته باشد (۱۰) به همین دلیل بررسی تاثیر

## الهام امیدی مقدم و همکاران

امن درمانی دریافت کردند. گروه سوم گروه گواه بود که هیچ مداخله‌ای دریافت کرد. لازم به ذکر است که گروه گواه در محل آموزش گرد هم آمدند (در اتاقی متفاوت از اتاق گروه‌های آزمایش) و تحت سرپرستی نویسنده سوم به صحبت‌ها و فعالیت‌هایی پرداختند که صرفاً جنبه سرگرمی و تفریح دارد (برای رعایت اصول اخلاقی بعد از پایان مداخله، برای اعضای گروه گواه نیز درمان روان‌پویشی کوتاه مدت و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نظر گرفته شد). آزمودنی‌ها در هر سه گروه پس پایان مداخلات مجدداً هر دو پرسشنامه کارکرد اجرایی Barkley (۳۲) و پرسشنامه بدریخت انگاری بدن Ocetosine و همکاران (۳۳) را تکمیل کردند.

پروتکل درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت مبتنی بر رویکرد Davanloo (۳۴): روی گروه آزمایش اول پروتکل درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت مطابق با رویکرد Davanloo (۳۴) طی ۱۶ جلسه و دو جلسه در هفته (مجموعاً ۸ هفته)، هر جلسه به مدت یک ساعت و به صورت گروهی اجرا شد. خلاصه جلسات در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

در جلسات درمانی و غیبت دو جلسه و بیشتر. جهت رعایت اصول اخلاقی، برای هر یک از افراد انتخاب شده توضیحاتی در رابطه با طرح پژوهش (تا جایی که سوگیری در نتایج به وجود نیاید) ارائه شد و رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در ادامه پژوهش اخذ شد و مسائل مرتبط با رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هم از جانب پژوهشگر کاملاً بیان شد. این افراد به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. در ابتدا پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی که متشکل از جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلی و سن بود، توسط هر سه گروه پر شد. در ادامه؛ پیش‌آزمون که متشکل از پرسشنامه کارکرد اجرایی Barkley (۳۲) و پرسشنامه بدریخت انگاری بدن Ocetosine و همکاران (۳۳) بود، توسط هر سه گروه پر شد.

گروه آزمایش اول روان درمانی پویشی کوتاه مدت مطابق با رویکرد Davanloo (۳۴) طی ۱۶ جلسه و دو جلسه در هفته «مجموعاً ۲ ماه» و هر جلسه به مدت یک ساعت) و گروه آزمایش دوم آموزش تنظیم شناختی هیجان مطابق با برنامه آموزشی Gross & Thompson (۲۳) (طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای «۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) را در فضای راحت و

جدول ۱. جلسات درمانی روان‌پویشی کوتاه مدت مبتنی بر روش Davanloo (۳۴)

| جلسات                 | محتوا                     | توالی پویشی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول و دوم        | پرسش در خصوص مشکلات       | اجرای پیش‌آزمون. توالی پویشی در ابتدا با پرسش در خصوص مشکل بیمار آغاز می‌شود. در این مرحله درمانگر به جستجو در علائم اختلال و مشکلات شخصیتی بیمار می‌پردازد. از وی پاسخ‌های عینی و مشخص طلب می‌کند و بر احساسات او متمرکز می‌شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| جلسه سوم و چهارم      | فشار                      | پس از تقاضای توضیح بیشتر از بیمار، فشار درمانگر برای مشخص، عینی و روشن کردن پاسخ‌های بیمار به تدریج مرحله دوم توالی پویشی را آغاز می‌کند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| جلسه پنجم و ششم       | چالش                      | وقتی که پرسش از مشکل بیمار و فشار برای پاسخ‌های مشخص و تجربه احساسات صورت گرفت، مانورهای دفاعی در بیمار فعال می‌شوند و درمانگر در این مرحله از طریق چالش با آنها وارد مرحله واریسی، تحلیل و خنثی کردن دفاع‌ها می‌شود.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| جلسه هفتم و هشتم      | مقاومت انتقالی            | همزمان با افزایش تنش درون روانی بیمار، اشکال متعارض احساسات انتقالی بین بیمار و درمانگر نمایان می‌شود. بخشی از شخصیت بیمار که با سیستم‌های دفاعی مشخص می‌شود، نسبت به چالش‌های درمانگر با خشم واکنش نشان می‌دهد در حالی که بخشی از شخصیت بیمار که کانون پیمان درمانی با گرایش به خودمختاری و رهایی از مشکلات است نسبت به تلاش بی‌وقفه درمانگر برای کمک با گرمی و سپاس واکنش نشان می‌دهد؛ در بیماران هر دو احساس مثبت و منفی انتقالی به تشدید مقاومت منجر می‌شود. در این مرحله درمانگر مداخلاتی را به کار می‌بندد و تنش بین دو نیروی متعارض را در بیمار به حداکثر خود می‌رساند، مجموعه این مداخلات درگیری مستقیم با مقاومت انتقالی نامیده می‌شود. |
| جلسه نهم و دهم        | دستیابی مستقیم به ناهشیار | در این مرحله تمرکز بر دفاع‌ها، شناسایی و روشن کردن و چالش با آنها، به جنبش احساسات انتقالی شدید و پیچیده در درمانجو منجر می‌شود. فشار و چالش انقدر ادامه می‌یابد تا از ناهشیار علائمی مبنی بر نزدیک شدن احساسات و تکان‌ها به سطح مشاهده شود. درمانگر به جای تمرکز بر دفاع‌ها، لمس و تجربه مستقیم احساسات را در انتقال، کانون توجه خود قرار می‌دهد.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| جلسه یازدهم و دوازدهم | تحلیل انتقال              | در این مرحله به برقراری و تحلیل شباهت‌ها بین الگوی ارتباط بیمار در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته‌اش پرداخته می‌شود. در این مرحله بیمار نسبت به نحوه دفاع از خود در برابر احساساتش در روابط فعلی، گذشته و انتقالی‌اش بینش می‌یابد و درمانگر در این مرحله شباهت‌ها و تفاوت‌ها را تحلیل می‌کند.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



|                        |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه سیزدهم و چهاردهم  | کاوش پوشی در ناهشیار | کاوش در زندگی خانوادگی بیمار اهمیتی اساسی دارد. معمولاً در این مرحله رخنه های مکرری در احساسات ناهشیار رخ می دهد؛ رویارویی با احساسات دردناک ممکن است مقاومت نه چندان شدیدی را در بیمار برانگیزد؛ اما با اندکی فشار و چالش، می توان به سهولت بر مقاومت غلبه کرد. |
| جلسه پانزدهم و شانزدهم | تعبیر و تفسیر        | مروری بر جلسات گذشته، تعبیر و تفسیر نتایج و اجرای پس آزمون                                                                                                                                                                                                       |

پروتکل آموزش تنظیم شناختی هیجان مطابق با برنامه آموزشی Gross & Thompson (۲۳): برای گروه آزمایش دوم طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (۲ ماه، هفته ای یک جلسه) آموزش تنظیم شناختی هیجان مطابق با برنامه آموزشی Gross & Thompson (۲۳) اجرا خواهد شد. خلاصه جلسات این پروتکل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. جلسات آموزش تنظیم شناختی هیجان مطابق با برنامه آموزشی Gross & Thompson (۲۳)

| جلسات      | هدف                                 | محتوا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | آگاهی از احساسات و هیجان ها         | اجرای پیش آزمون<br>۱) آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل بین تسهیل گر گروه (پژوهشگر) و اعضا. ۲) بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا راجع به اهداف شخصی و جمعی. ۳) بیان منطق و مراحل مداخله. ۴) بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه                                                                                  |
| جلسه دوم   | مهارت های درک هیجان و انتخاب موقعیت | ارائه آموزش هیجانی، دستور جلسه: شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و دراز مدت هیجان ها.                                                                                                                                           |
| جلسه سوم   | مهارت های مربوط به پیشگیری          | ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های هیجانی اعضا، دستور جلسه: راجع به عملکرد هیجان ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن ها، نقش هیجان ها در برقراری ارتباط با دیگران و تاثیرگذاری روی آن ها و همچنین سازمان دهی و برانگیزاندن رفتار انسان بین اعضا گفتگویی صورت خواهد گرفت. مثال هایی از تجربه های واقعی برای آن ها مطرح خواهد شد. |
| جلسه چهارم | اصلاح موقعیت                        | ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان، دستور جلسه: الف (جلوگیری از انزوای اجتماعی)، ب (آموزش راهبرد حل مسئله)، ج (آموزش مهارت های بین فردی، گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض).                                                                                                                                                       |
| جلسه پنجم  | گسترش توجه                          | تغییر توجه، دستور جلسه: ۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی. ۲) آموزش توجه و شیوه های تمرکز بر روی موقعیت و پاسخ های مثبت و منفی که ممکن است بر این موقعیت داشته باشد.                                                                                                                                                               |
| جلسه ششم   | ارزیابی شناختی                      | تغییر ارزیابی شناختی، دستور جلسه: ۱) شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آن ها روی حالت های هیجانی. ۲) آموزش راهبرد بازارزیابی و توجه مجدد به موقعیت از زوایای مختلف                                                                                                                                                                    |
| جلسه هفتم  | تعدیل پاسخ                          | تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، دستور جلسه: ۱) شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبردهای بازداري و بررسی پیامدهای هیجانی، ۲) مواجهه، ۳) آموزش ابراز هیجان، ۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی، ۵) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس                                                                |
| جلسه هشتم  | ارزیابی و کاربرد                    | ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد، دستور جلسه: ۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی، ۲) کاربرد مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه، ۳) بررسی و رفع مانع انجام تکالیف، ۴) اجرای پس آزمون                                                                                                                         |

مقیاس می تواند علامت نقص در آن حیطة از کارکرد اجرایی در فعالیت های روزانه باشد (۳۵). تحلیل عاملی اکتشافی مطالعه Barkley (۳۲) ساختار ۵ عاملی این پرسشنامه را تایید کرد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱ و خرده مقیاس های خودمدیریتی زمان، خودسازمان دهی/ حل مسئله، خودکنترلی/ بازداري، خودانگیزشی و خودنظم جویی هیجان به ترتیب برابر با ۰/۹۴، ۰/۹۵، ۰/۹۳، ۰/۹۱ و ۰/۹۴ به دست آمد (۳۲). جهت بررسی پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران مشهدی و همکاران (۳۵) با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی ساختار ۵ عاملی مطرح شده توسط سازنده مقیاس را

پرسشنامه کارکرد اجرایی Barkley (۳۲): این پرسشنامه دارای ۸۹ سوال می باشد که توسط Barkley (۳۲) طراحی و ساخته شده است. مقیاس مذکور متشکل از پنج زیرمقیاس کارکردهای اجرایی خودمدیریتی زمان، خودسازمان دهی/ حل مسئله، خودکنترلی/ بازداري، خودانگیزشی و خودنظم جویی هیجان می باشد. روش نمره گذاری پرسشنامه به شیوه لیکرت ۴ گزینه ای است. به پاسخ هرگز یا به ندرت نمره ۱، گاهی اوقات نمره ۲، اغلب اوقات نمره ۳ و اکثر اوقات نمره ۴ تعلق می گیرد. نمرات افراد از جمع هر یک از این خرده مقیاس ها بدست می آید. امتیازات بالا در هر

## الهام آمیدی مقدم و همکاران

پرسشنامه در نمونه ایرانی حمایت کرد. در مطالعه مذکور؛ این پرسشنامه با مقیاس شرم بیرونی، کمال گرایی و عاطفه منفی، همبستگی مثبت و معناداری داشت و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۸ به دست آمد (۳۶).

تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در سطح استنباطی برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره و آزمون تعقیبی برونفرونی استفاده شد. با توجه به اهداف پژوهش حاضر؛ داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ مورد تحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها

در این بخش؛ نخست به بررسی مسائل جمعیت شناختی می‌پردازیم. این نتایج در جدول ۳ گزارش شده‌اند.

جدول ۳. گزارش نتایج داده‌های جمعیت‌شناختی

| متغیر        | گروه روان‌پوشی کوتاه مدت     | گروه آموزش تنظیم شناختی هیجان | گروه کنترل    |
|--------------|------------------------------|-------------------------------|---------------|
| جنسیت        | مرد<br>۲۳/۳٪ (۵ نفر)         | ۴۶/۷٪ (۷ نفر)                 | ۴۰٪ (۶ نفر)   |
|              | زن<br>۶۶/۷٪ (۱۰ نفر)         | ۵۳/۳٪ (۸ نفر)                 | ۶۰٪ (۹ نفر)   |
| وضعیت تاهل   | مجرد<br>۴۶/۷٪ (۷ نفر)        | ۴۰٪ (۶ نفر)                   | ۴۶/۷٪ (۷ نفر) |
|              | متاهل<br>۵۳/۳٪ (۸ نفر)       | ۶۰٪ (۹ نفر)                   | ۵۳/۳٪ (۸ نفر) |
|              | دیلیم<br>۲۶/۷٪ (۴ نفر)       | ۲۶/۷٪ (۴ نفر)                 | ۱۳/۳٪ (۲ نفر) |
| وضعیت تحصیلی | کارشناسی<br>۵۳/۳٪ (۸ نفر)    | ۵۳/۳٪ (۸ نفر)                 | ۶۰٪ (۹ نفر)   |
|              | کارشناسی ارشد<br>۲۰٪ (۳ نفر) | ۲۰٪ (۳ نفر)                   | ۲۶/۷٪ (۴ نفر) |
|              | رنج سنی<br>۱۸ تا ۵۴          | ۲۰ تا ۵۲                      | ۲۱ تا ۶۰      |
| سن           | میانگین سن<br>۳۴/۷۳          | ۳۶/۱۱                         | ۳۳/۸۷         |
|              | انحراف استاندارد سن<br>۴/۸۶  | ۵/۲۴                          | ۳/۹۰          |

تنظیم شناختی هیجان) و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این بررسی در جدول ۴ قابل مشاهده است.

مورد تایید قرار دادند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۲ و برای نمره کل برابر با ۰/۹۶ به دست آمد (۳۵).

**پرسشنامه بدریخت انگاری بدن Ocotosine و همکاران (۳۳):** برای سنجش علائم اختلال بدریخت انگاری بدن از پرسشنامه نگرانی از بدشکلی بدن که توسط Ocotosine و همکاران (۳۳) با هدف ارزیابی نگرانی در مورد بدشکلی بدن ساخته شده است، استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۷ گویه است که حدود نگرانی درباره شکل بدن را در طیف لیکرت چهار درجه‌ای مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه در استرالیا و بر روی یک نمونه ۵۷ نفری مورد ارزیابی قرار گرفت که نتایج بیانگر روایی درونی مناسب، ساختار عاملی تک بعدی و همبستگی قوی میان این پرسشنامه و پریشانی، اضطراب، افسردگی و علایم سایکوتیک بود. این پرسشنامه در ایران توسط کاظمینی و همکاران (۳۶) هنجاریابی شده است که نتایج تحلیل عاملی تاییدی از ساختار تک عاملی این

در ادامه شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه آزمایش ۱ (درمان روان‌پوشی کوتاه مدت)، گروه آزمایش ۲ (آموزش

جدول ۴. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش و تعیین توزیع نرمال

| متغیر                                | گروه‌ها       | آمار میانگین | توصیفی انحراف استاندارد | شاپیرو آماره آزمون | ویلیک سطح معناداری |
|--------------------------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------------------|--------------------|
| علائم بدریخت انگاری بدنی (پیش آزمون) | گروه آزمایش ۱ | ۱۲/۴۰        | ۲/۳۵                    | ۰/۹۶۲              | ۰/۷۲۶              |
|                                      | گروه آزمایش ۲ | ۱۲/۴۸        | ۲/۳۸                    | ۰/۹۵۴              | ۰/۵۹۰              |
|                                      | گروه کنترل    | ۱۱/۸۶        | ۲/۷۹                    | ۰/۸۹۳              | ۰/۰۷۴              |
| علائم بدریخت انگاری بدنی (پس آزمون)  | گروه آزمایش ۱ | ۸/۴۶         | ۲/۱۲                    | ۰/۹۰۵              | ۰/۱۱۳              |
|                                      | گروه آزمایش ۲ | ۱۰/۵۱        | ۲/۷۲                    | ۰/۸۲۵              | ۰/۲۳۳              |
|                                      | گروه کنترل    | ۱۲/۰۰        | ۲/۲۰                    | ۰/۹۳۳              | ۰/۳۹۹              |

|                                  |               |        |       |       |
|----------------------------------|---------------|--------|-------|-------|
| گروه آزمایش ۱                    | ۲۱۱/۴۶        | ۱۳/۳۵  | ۰/۹۴۵ | ۰/۴۴۹ |
| نقص کارکردهای اجرایی (پیش آزمون) | گروه آزمایش ۲ | ۲۱۰/۶۶ | ۱۲/۷۹ | ۰/۹۸۸ |
| گروه آزمایش ۱                    | ۲۰۹/۲۴        | ۱۴/۲۰  | ۰/۹۰۱ | ۰/۱۰۰ |
| گروه آزمایش ۲                    | ۲۰۴/۸۱        | ۱۳/۴۱  | ۰/۸۹۷ | ۰/۳۶۱ |
| نقص کارکردهای اجرایی (پس آزمون)  | گروه آزمایش ۲ | ۱۹۲/۱۲ | ۱۲/۴۸ | ۰/۸۵۵ |
| گروه کنترل                       | ۲۰۸/۰۶        | ۱۲/۸۶  | ۰/۸۸۶ | ۰/۰۵۹ |

گروه آزمایش ۱: درمان روان پویشی کوتاه مدت

گروه آزمایش ۲: آموزش تنظیم شناختی هیجان

اساسی آن مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به نتایج جدول شماره ۴، سطوح معناداری آزمون شاپیرو ویلک برای کلیه متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل بالاتر ۰/۰۵ است. در نتیجه داده‌های پژوهش از بهنجاری کافی برای انجام تحلیل کوواریانس برخوردارند. آزمون لوین در برای هر دو متغیر پژوهش به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ )، بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. همچنین داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را نیز زیر سوال نبرد زیرا آزمون باکس از نظر آماری معنادار نبود ( $P > 0/05$ ). با توجه به این که پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده کرد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ گزارش شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمره متغیر علائم بدریخت انگاری بدنی در دو گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش داشته است. با این حال نمره علائم بدریخت انگاری در گروه روان پویشی کوتاه مدت کاهش بیشتری نسبت به گروه آموزش تنظیم شناختی هیجان نشان داده است. همچنین میانگین نمره متغیر نقص در کارکردهای اجرایی در دو گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش داشته است. با این حال نمره نقص در کارکردهای اجرایی در گروه آموزش تنظیم شناختی هیجان کاهش بیشتری نسبت به گروه روان پویشی کوتاه مدت نشان داده است. البته برای سنجش معنادار بودن این تفاوت‌ها می‌بایست از آزمون‌های آماری مناسب همچون تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شود.

قبل از انجام تحلیل کوواریانس ابتدا پیش فرض‌های

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی اثر متغیر گروه بر پس آزمون متغیرهای وابسته

| نوع آزمون         | ارزش  | F      | درجه آزادی | درجه آزادی خطا | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-------------------|-------|--------|------------|----------------|--------------|------------|
| اثر پیلائی        | ۱/۲۲۲ | ۳۱/۴۳۵ | ۴          | ۸۰             | ۰/۰۰۰        | ۰/۶۱۱      |
| لامبدای ویلکز     | ۰/۱۴۴ | ۳۱/۹۶۴ | ۴          | ۷۸             | ۰/۰۰۰        | ۰/۶۲۱      |
| اثر هتلینگ        | ۳/۴۱۷ | ۳۲/۴۶۰ | ۴          | ۷۶             | ۰/۰۰۰        | ۰/۶۳۱      |
| بزرگترین ریشه‌روی | ۲/۳۱۷ | ۴۶/۳۳۶ | ۲          | ۴۰             | ۰/۰۰۰        | ۰/۶۹۹      |

به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هر یک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیرهای مستقل تاثیر پذیرفته‌اند یا خیر؟ بدین منظور از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۶ گزارش شده است.

نتایج جدول ۵ بیانگر آن است که نتایج کلیه آزمون‌های چند متغیره معنادار است. نتایج مویید آن است که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون متغیرهای پژوهش با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته به دست آمده است. بعد از این،



جدول ۶. نتایج اثرات بین آزمودنی پس آزمون متغیرهای پژوهش

| متغیر                    | آماره | منبع تغییر | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F     | معناداری | مجذور اتا |
|--------------------------|-------|------------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|-----------|
| علائم بدريخت انگاری بدنی | گروه  | ۱۰۷/۶۷۰    | ۲             | ۵۳/۸۳۵     | ۳۷/۲۲۶          | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴۵    |           |
|                          | خطا   | ۵۹/۲۹۳     | ۴۱            | ۱/۴۴۶      | -               | -     | -        |           |
| نقص کارکردهای اجرایی     | گروه  | ۹۲۶/۱۸۹    | ۲             | ۴۶۳/۰۹۴    | ۲۵/۷۱۳          | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵۶    |           |
|                          | خطا   | ۷۳۸/۴۲۸    | ۴۱            | ۱۸/۰۱۰     | -               | -     | -        |           |

همان طور که در جدول ۶ قابل مشاهده است تفاوت دو گروه آزمایش و گروه کنترل هم در میزان علائم بدريخت انگاری و هم در میزان نقص کارکردهای اجرایی در مرحله پس آزمون معنی دار است. به عبارت دیگر علائم بدريخت انگاری و نقص در کارکردهای اجرایی افراد گروه‌های آزمایش در پس

آزمون نسبت به پس آزمون گروه کنترل کاهش معناداری داشته است. در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت و آموزش تنظیم شناختی هیجان بر متغیرهای پژوهش از آزمون تعقیبی برونفرونی بهره گرفته شد. نتایج این آزمون در جدول ۷ گزارش شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی برونفرونی جهت بررسی درمان موثرتر بر متغیرهای وابسته پژوهش

| متغیر                    | آماره | مراحل به صورت دو به دو                        | تفاوت میانگین | معناداری |
|--------------------------|-------|-----------------------------------------------|---------------|----------|
| علائم بدريخت انگاری بدنی |       | روان‌پویشی کوتاه مدت-آموزش تنظیم شناختی هیجان | -۲/۱۲۸        | ۰/۰۰۰    |
|                          |       | روان‌پویشی کوتاه مدت-کنترل                    | -۳/۸۲۸        | ۰/۰۰۰    |
|                          |       | آموزش تنظیم شناختی هیجان-کنترل                | -۱/۶۹۱        | ۰/۰۰۰    |
| نقص کارکردهای اجرایی     |       | روان‌پویشی کوتاه مدت-آموزش تنظیم شناختی هیجان | ۵/۸۵۸         | ۰/۰۰۰    |
|                          |       | روان‌پویشی کوتاه مدت-کنترل                    | -۵/۸۸۶        | ۰/۰۰۰    |
|                          |       | آموزش تنظیم شناختی هیجان-کنترل                | -۱۱/۷۴۴       | ۰/۰۰۰    |

با توجه به جدول ۷؛ نتایج اثربخشی هر دو روش روان‌پویشی کوتاه مدت و آموزش تنظیم شناختی هیجان را در کاهش علائم بدريخت انگاری و نقص در کارکردهای اجرایی مورد تایید قرار داد. اما روان‌پویشی کوتاه مدت نسبت به آموزش تنظیم هیجان تاثیر بیشتری بر کاهش علائم بدريخت انگاری بدنی داشت. همچنین آموزش تنظیم هیجان نسبت به روان‌پویشی کوتاه مدت تاثیر بیشتری بر کاهش نقص در کارکردهای اجرایی داشت. لذا فرض پژوهش حاضر مبنی بر این که بین اثربخشی روان‌پویشی کوتاه مدت و آموزش تنظیم هیجان بر علائم بدريخت انگاری بدنی و کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به اضطراب سلامت تفاوت وجود دارد، مورد تایید قرار می‌گیرد.

## بحث

هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه مدت با آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر علائم بدريخت انگاری بدنی و کارکردهای اجرایی افراد

مبتلا به اضطراب سلامت بود. نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی بر کاهش علائم بدريخت انگاری بدنی موثراند. این یافته با نتایج مطالعات هاشمیان ریزی و همکاران (۱۸) و Becker و همکاران (۱۹) که بر تاثیر روان‌پویشی کوتاه مدت بر علائم بدريخت انگاری بدنی تاکید داشت، همسو می‌باشد. این یافته را می‌توان با توجه به یافته‌های Becker و همکاران (۱۹) تبیین کرد. این پژوهشگران بیان می‌کنند که افراد با علائم بدريخت انگاری بدنی در حفظ عزت نفس، احترام به بدن خود و خودتنظیمی دچار مشکلات فراوانی هستند و همین مسائل موجب به وجود آمدن احساسات دردناک در این افراد می‌شود و رنج روان‌شناختی سنگینی را برای فرد به همراه دارد. اما درمان روان‌پویشی کوتاه مدت با بهره‌گیری از ریشه روانکاوی خود منجر به افزایش کارکرد من (ego) و افزایش نیرومندی من در جهت مدیریت خود و در نتیجه مدیریت بهتر بدن به عنوان بخشی از خود می‌شود (۱۹). همسو با نتایج مطالعه هاشمیان ریزی و همکاران (۱۸) افراد که از اضطراب سلامتی

و علائم بدریخت انگاری همراه آن در رنج هستند، هنگامی که تحت درمان روان پویشی کوتاه مدت قرار می گیرند، از طریق بینش ایجاد شده پذیرش بهتری بر حقایق زندگی خود دارند و در نتیجه از تفکرات به دور از واقعیت مرتبط به تصویر بدنی (همچون مشغولیت های ذهنی شدید در مورد نقص های تخیلی) و رفتارهای غیرانطباقی (مانند اجبار در بررسی، استتار یا از بین بردن نقص متصور شده بدنی) کمتر استفاده می کنند (۱۸). به عبارت دیگر این افراد به سبب بینش بیشتر به مشکلات زندگی و کارکرد مقاومت ها و دفاع های خود، پذیرش بیشتری نسبت به بدن و چهره خود دارند و حتی اگر نقصی هم در ظاهر خود داشته باشند آن را می پذیرند. همین مسئله منجر به کاهش علائم بدریخت انگاری بدنی در آن ها می شود.

افزون بر این؛ تاثیر آموزش تنظیم شناختی هیجان بر علائم بدریخت انگاری بدنی با نتایج مطالعات Gardner و همکاران (۱)، عقیلی و طباطبائی (۲۴) و Gu & Zhu (۲۵) همسوست. همراستا با نتایج پژوهش های گراند و همکاران (۱) و گو و ژو (۲۵) می توان بیان داشت که درمان تنظیم شناختی هیجان از طریق اثرگذاری بر بهبود مکانیزم های آگاهی، ارزیابی مجدد و مدیریت هیجانات منجر می شود که افراد مبتلا به اضطراب سلامت با علائم بدریخت انگاری بدنی نسبت به افکار، هیجانات، خاطرات، علائم بدنی خیالی و میل های آزارنده و منفی آگاهی پیدا کنند و ارزیابی منطقی تری نسبت به این هیجانات و تفکرات داشته باشند. این ارزیابی جدید باعث می شود که آن ها درک کنند که این علائم آزارنده مانع بزرگی زندگی با معنا و غنی است و تغییر نگرش نسبت به بدن و اصلاح تفکر نسبت به بخش های مختلف جسم خود را پیش بگیرند، مسئله ای که در نهایت هیجانات مثبت تری را نسبت به بدن به وجود خواهد آورد و از میزان بدریخت انگاری بدنی خواهد کاست (۱، ۲۵).

در خصوص تبیین تاثیر بیشتر روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر علائم بدریخت انگاری بدنی افراد مبتلا به اضطراب سلامت در مقایسه با آموزش تنظیم هیجان پر واضح است که تصویر بدنی و تصور از ظاهر در کودکی و نوجوانانی تاثیر بسیار زیادی بر سازه گرایش و عدم گرایش به بدریخت انگاری بدنی دارد. نظریه پردازان روانکاوی معتقدند که سازه تصویر بدنی که پایه و اساس خودپنداره است هنگام کودکی و نوجوانانی و در تعامل با مراقبان

تشکیل می شود (۳۷). همراستا با این استدلال؛ منطقی به نظر می رسد که اصلاح تصویر بدنی با استفاده از درمان روان پویشی کوتاه مدت که با توجه به ریشه روانکاوی خود در مشکلات گذشته افراد کندوکاو می کند، موثرتر از درمان های شناختی (که عمدتاً بر حال تمرکز دارند) باشد. یافته دیگر این مطالعه نشان داد که هر دو درمان روان پویشی کوتاه مدت و آموزش تنظیم شناختی هیجان بر کاهش نقص در کارکردهای اجرایی موثراند. این یافته با مطالعات قزاق و همکاران (۲۰) و صریحی و همکاران (۲۱) که به تاثیر روان پویشی کوتاه مدت بر کارکردهای اجرایی پی بردند، همسویی دارد. همراستا با مطالعه صریحی و همکاران (۲۱) می توان تبیین کرد که در روان درمانی پویشی کوتاه مدت، درک فرد از خود، رویارویی با چالش ها و درگیری مستقیم، حس کفایت و مهارت های مسئله گشایی، کسب استقلال، مهارت های مقابله با موقعیت های خطر آفرین و بسیاری از مهارت های دیگر که بیشتر تاثیرات شناختی نیز دارند، آموزش داده می شود. افراد با اضطراب سلامت که از نقص در کارکردهای اجرایی خود در رنج هستند با شرکت در جلسات روان پویشی کوتاه مدت، شناخت و بینش بیشتری نسبت به مشکلات کارکردهای شناختی خود کسب می کنند، نسبت به این مشکلات از خود مقاوت نشان نمی دهند در نهایت توانایی بیشتری در اصلاح کارکردهای شناختی خود خواهند داشت (۲۱). در واقع به نظر می رسد که درمان روان پویشی کوتاه مدت با بهبود سیستم فراشناختی نقش مهمی در تنظیم کارکردهای اجرایی دارد.

دیگر یافته این مطالعه که مبنی بر تاثیر آموزش تنظیم شناختی هیجان بر بهبود کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به اضطراب سلامت بود با نتایج مطالعات محرمی و سرداری (۲۶) Koay & Meter (۲۷) همسویی دارد. در تبیین این یافته همسو با نتایج پژوهش کوآی و متر (۲۷) می توان استدلال کرد که تنظیم شناختی هیجان با توانایی اجرایی و شناختی بیشتری در پردازش اطلاعات همراه است. تنظیم شناختی هیجان به افراد مبتلا به اضطراب سلامت به تعدیل و مدیریت هیجانات ناخوشایند مرتبط به بیماری خیالی کمک می کند و از طریق توجه و ارزیابی مجدد و مثبت بر سیستم شناختی انسان تاثیر مثبت گذاشته و به همین سبب هر علامت بدنی ضعیف به عنوان یک بیماری مهم قلمداد نمی شود. افزون بر این آموزش تنظیم هیجان به این افراد می آموزد که به راحتی تحت تاثیر هیجانات منفی

این متخصصان می‌توانند از روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و آموزش تنظیم شناختی هیجان برای کاهش علائم بدریخت‌انگاری بدنی و نقص در کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به اضطراب سلامت استفاده کنند. با این حال به نظر می‌رسد که بهره‌گیری از روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت برای درمان علائم بدریخت‌انگاری بدنی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان برای بهبود نقص در کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به اضطراب سلامت مفیدتر باشد. همچنین، با توجه به فراوانی اضطراب سلامت در جامعه و اهمیت علل روان‌شناختی در پیش‌بینی بروز این اختلال، بهتر است که جامعه پزشکان و پرستاران قبل از هر گونه اقدامی، بیماران را از نظر سلامت روان و احتمال بروز اضطراب سلامت مورد بررسی قرار دهند و در صورت لزوم بیماران مستعد اضطراب سلامت را به روان‌پزشک و روان‌شناس ارجاع دهند. این متخصصان نیز می‌توانند از مداخلاتی نظیر روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و آموزش تنظیم هیجان برای درمان اضطراب سلامت استفاده کنند.

### نتیجه‌گیری

به صورت کلی می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و آموزش تنظیم هیجان هر دو مداخلاتی هستند که بر کاهش علائم بدریخت‌انگاری بدنی و نقص در کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به اضطراب سلامت موثراند. با این وجود طبق نتایج مطالعه حاضر روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت تأثیر بیشتری بر علائم بدریخت‌انگاری بدنی دارد و آموزش تنظیم شناختی هیجان بر بهبود کارکردهای اجرایی این افراد موثرتر است.

### سپاسگزاری

این مطالعه با اخذ تاییدیه کمیته اخلاق با کد IR.NIMAD.REC.1402.097 از موسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی ایران (نیماد) انجام شد. بدین وسیله از تمامی دست‌اندرکاران و آزمودنی‌های محترم که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### تضاد منافع

هیچگونه تعارض منافی بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

قرار نگیرند و در نتیجه با احتمال کمتری به سمت رفتارهای مشکل‌آفرین روی می‌آورند. در نتیجه از تصمیم‌گیری بهتر، توجه دقیق‌تر و تکانشگری کمتری برخوردار خواهد بود (۲۷). همراستا با یافته‌های محرمی و سرداری (۲۶) می‌توان گفت که فرآیند تنظیم شناختی هیجان به تعامل بهینه‌ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی می‌انجامد و نقطه عطفی در بهبود فعالیت‌های شناختی انسان است (۲۶). در خصوص تأثیر بیشتر آموزش تنظیم هیجان بر بهبود نقص در کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به اضطراب سلامت می‌توان ادعان داشت که کارکردهای اجرایی و تنظیم شناختی هیجان در برخی از بنیان‌های فیزیکی و روان‌شناختی با هم همپوشی دارند و سهیم هستند. این بدین معناست ساختارهای مشترک مغزی (به خصوص قشر پیش پیشانی) در این سازه دخیل هستند. کارکردهای اجرایی همچون حافظه کاری، بازدارندگی، تفکر انتزاعی و تصمیم‌گیری ساختارهایی هستند که برای تنظیم مناسب هیجانات مورد نیاز اند. از سوی دیگر خودتنظیمی هیجانی مبنای رشد و بهبود کارکردهای اجرایی به شمار می‌روند (۳۸). با مراجعه به مطالعه Schmeichel & Tang (۳۸) می‌توان بیان کرد که با توجه به تشابه جنبه‌هایی از این دو سازه شناختی طبیعی به نظر می‌رسد که آموزش تنظیم شناختی هیجان در مقایسه با درمان روان‌پویایی کوتاه مدت تأثیر بیشتری بر کارکردهای اجرایی افراد مبتلا به اضطراب سلامت دارد. با وجود این که مطالعه حاضر به چارچوبی در خصوص بهبود علائم افراد مبتلا به اضطراب سلامت دست یافت، با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بوده است. اولین محدودیت مطالعه حاضر عدم وجود دوره پیگیری در جهت بررسی ماندگاری هر دو درمان و مقایسه درمان‌ها در طولانی مدت بود. دومین محدودیت عدم استفاده از مصاحبه بالینی در خصوص اندازه‌گیری بدریخت‌انگاری بدنی و کارکردهای اجرایی بود زیرا افراد در پر کردن پرسشنامه‌های خودگزارشی ممکن است به صورت خودآگاه یا ناخودآگاهی سوگیری‌هایی داشته باشند. بر همین اساس توصیه می‌شود که پژوهشگران در مطالعات آتی حتماً از دوره پیگیری و مصاحبه بالینی بهره ببرند.

روان‌پزشکان، روان‌کاوان و روان‌شناسان بالینی نتایج این مطالعه را به عنوان تلویحات مهم نظری و عملی در عرصه آسیب‌شناسی اختلال اضطراب سلامت در نظر داشته باشند.

## References

- Gardner AA, Hawes T, Zimmer-Gembeck MJ, Webb HJ, Waters AM, Nesdale D. Emotion regulation and support from others: Buffering of body dysmorphic symptoms in adolescent and young adult men but not women. *Journal of Adolescence*. 2021 Jan 1;86:1-10. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.11.008>
- Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*. 2016 Mar 3;29(2):219-39. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>
- Duholm CS, Højgaard DR, Skarphedinsson G, Thomsen PH, Rask CU. Health anxiety symptoms in pediatric obsessive-compulsive disorder: patient characteristics and effect on treatment outcome. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021 Apr 16;31(8):1317-1328. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01774-x>
- (American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association DS. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American psychiatric association; 2013 May 22. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Tyrer P. Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. *Current psychiatry reports*. 2018 Jul;20:1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0912-0>
- López-Solà C, Bui M, Hopper JL, Fontenelle LF, Davey CG, Pantelis C, et al. Predictors and consequences of health anxiety symptoms: a novel twin modeling study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018 Mar;137(3):241-51. <https://doi.org/10.1111/acps.12850>
- Weck F, Ritter V, Stangier U. Variants of exposure in body dysmorphic disorder and hypochondriasis. In *Exposure Therapy: Rethinking the Model-Refining the Method* 2012 Apr 27; Springer. New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3342-2\\_13](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3342-2_13)
- alilishishavan A, Sadeghian N. Effectiveness of executive functions training on anxiety, self-efficacy and self-regulation of student athletes participating in sports olympiad. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2023; 18(69): 81-91. [Persian]
- Zhang SY, Qiu SW, Pan MR, Zhao MJ, Zhao RJ, Liu L, et al. Adult ADHD, executive function, depressive/anxiety symptoms, and quality of life: A serial two-mediator model. *Journal of affective disorders*. 2021 Oct 1;293:97-108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.020>
- O'Rourke EJ, Halpern LF, Vaysman R. Examining the relations among emerging adult coping, executive function, and anxiety. *Emerging Adulthood*. 2020 Jun;8(3):209-25. <https://doi.org/10.1177/2167696818797531>
- Lin B, Liew J, Perez M. Measurement of self-regulation in early childhood: Relations between laboratory and performance-based measures of effortful control and executive functioning. *Early Childhood Research Quarterly*. 2019 Apr 1;47:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.10.004>
- Lohndorf RT, Vermeer HJ, Cárcamo RA, De la Harpe C, Mesman J. Preschoolers' problem behavior, prosocial behavior, and language ability in a Latin-American context: The roles of child executive functions and socialization environments. *Early Childhood Research Quarterly*. 2019 Jul 1;48:36-49. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2019.02.005>
- Williams CN, McEvoy CT, Lim MM, Shea SA, Kumar V, Nagarajan D, Drury K, Rich-Wimmer N, Hall TA. Sleep and executive functioning in pediatric traumatic brain injury survivors after critical care. *Children*. 2022 May 19;9(5):748. <https://doi.org/10.3390/children9050748>
- Sarafraz M, Moradi S. The effect of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on attachment styles in women with marital conflicts. *Journal of new ideas of psychology*. 2022; 14 (18):1-20. [Persian] URL: <http://jnip.ir/article-1-802-en.html>
- Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, Gerber A, Dekker J, Rabung S, Rusalovska S, Crowe E. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews*. 2014(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- (Omidi Moghadam E, Mojtabaei, M. The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Attachment Styles and Defense Mechanisms in People With Social Anxiety Disorder. First International and second national conference on Living with Quality from perspective of Psychology, counseling and

- social work. 2023. [Persian] <https://civilica.com/doc/2010156/>
17. Moghadam RN, Bahrainian SA, Nasri M. Effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Attachment Styles, Somatization, and Health Anxiety in Patients with Chronic Pain. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling*. 2024 Mar 1;6(1):142-9. [Persian] <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.6.1.16>
  18. Hashemian Rizi M, Rezaei A, Ezadi. F. Effectiveness of short-term psychodynamics based on neutralization of main defenses on reducing Symptoms of body deformity. The first national conference of living with quality in terms of psychology, counseling and social work. 2022. [Persian] <https://civilica.com/doc/1689744/>
  19. Becker JP, Paixão R, Silva S, Quartilho MJ, Cuśtódio EM. Dynamic psychotherapy: the therapeutic process in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Sciences*. 2019 Dec 5;9(12):141. <https://doi.org/10.3390/bs9120141>
  20. Ghazagh M, Lotfi Kashani L, Vaziri Sh, Zare, H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy and intensive short-term psychodynamics on attention and executive function of patients with lupus erythematosus: a quasi-experimental single-subject study. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2023: 30 (2): 144-132. [Persian] <https://www.sid.ir/paper/1130637/en>
  21. Sarihi N, Manavipour D, Sdaghatifard M. Comparing the effectiveness of ISTDP intervention program, awareness training, and its application on executive functions. *Journal of Psychological Science*. 2020: 19(87): 339-348. [Persian] <https://doi.org/10.29252/psychosci.19.87.339>
  22. Renna ME, Seeley SH, Heimberg RG, Etkin A, Fresco DM, Mennin DS. Increased attention regulation from emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2018 Apr;42(2):121-34. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9872-7>
  23. Gross JJ, Thompson RA. *Handbook of emotion regulation*. 2nd ed. New York: Guilford Publication. 2015. 3-24.
  24. Agili M, Tabatabaei F. The effectiveness of emotion regulation training on self-interpretation, emotional creativity and interpersonal emotion regulation in girls with body dysmorphic disorder. *New psychological researches*. 2022: 17 (67): 186-177. [Persian]
  25. Gu YQ, Zhu Y. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for body dysmorphic disorder: Impact on core symptoms, emotion dysregulation, and executive functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2023 Dec 1;81:101869. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101869>
  26. Moharrami N, Sardari B. Investigating the effectiveness of teaching emotional regulation skills on executive functions in students with procrastination symptoms. *Training and evaluation*. 2020: 13 (49). 37-63. [Persian] <https://www.sid.ir/paper/411851/en>
  27. Koay JM, Meter AV. The effect of emotion regulation on executive function. *Journal of Cognitive Psychology*. 2023 Apr 3;35(3):315-29. <https://doi.org/10.1080/20445911.2023.2172417>
  28. Seivewright H, Salkovskis P, Green J, Mullan N, Behr G, Carlin E, Young S, Goldmeier D, Tyrer P. Prevalence and service implications of health anxiety in genitourinary medicine clinics. *International journal of STD & AIDS*. 2004 Aug 1;15(8):519-22. <https://doi.org/10.1258/0956462041558122>
  29. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*. 2013 Jan;202(1):56-61. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960>
  30. (30) Lebel S, Mutsaers B, Tomei C, Leclair CS, Jones G, Petricone-Westwood D, Rutkowski N, Ta V, Trudel G, Laflamme SZ, Lavigne AA. Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *Plos one*. 2020 Jul 27;15(7):e0234124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234124>
  31. Ehsani AH, Fakour Y, Gholamali F, Mokhtari L, Hosseini M, et al. Prevalence of body dysmorphic disorder in patients referred to Razi skin hospital with cosmetic complaints. *Journal of Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences*. 2013: 71(3): 164-170. [Persian] URL: <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-5253-en.html>
  32. Barkley RA. *Executive functions: What they are,*



- how they work, and why they evolved. Guilford Press; 2012.
33. Oosthuizen P, Lambert T, Castle DJ. Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 1998 Feb;32(1):129-32. <https://doi.org/10.3109/00048679809062719>
  34. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD. John Wiley & Sons; 2001 Apr 11.
  35. Mashhadi A, Mirdoraghi F, Hosainzadeh-Maleki Z, Hasani J, Hamzeloo M. Factor Structure, Reliability and Validity of Persian Version of Barkley Deficits in Executive Functioning Scale (BDEFS)- Adult Version. Journal of Clinical Psychology. 2015; 7(1): 51-62. [Persian]
  36. Kazemeyni M, Foroughi A, Khanjani S, Mohammadi A. Factor Structure and Psychometric Properties of Persian Version of Dysmorphic Concern Questionnaire. Navid No. 2016; 18(61): 56-65. [Persian]
  37. Ahmadvand Shahverdi M, Besharat MA. Body dysmorphic disorder. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal. 2021 Jul 10;10(4):181-96. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-2489-fa.html>
  38. Schmeichel BJ, Tang D. Individual differences in executive functioning and their relationship to emotional processes and responses. Current Directions in Psychological Science. 2015 Apr;24(2):93-8. <https://doi.org/10.1177/0963721414555178>