

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی

پیام ورعی

دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی بالینی دانشگاه تبریز

نازیلا نجاتی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

سیمین جعفری

دکترای روانشناسی، مرکز پژوهشی علوم روانشناختی فارابی مازندران

فردوس کاظمی دلیوند

دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد رشت

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Body Dysmorphic Disorder and Bulimia Nervosa in Patients Visiting Health Centers

Payam Varaee

PhD Candidate in Clinical Psychology, University of Tabriz

Nazila Nejati (Corresponding Author)

Master of General Psychology, Islamic Azad University, Roudehen Branch

Simin Jafari

PhD in Psychology, Farabi Psychological Research Center, Mazandaran

Ferdous Kazemi Delivand

PhD student in General Psychology at Islamic Azad University, Rasht branch

Abstract:

Body Dysmorphic Disorder (BDD) and Bulimia Nervosa are relatively common psychological disorders characterized by severe negative psychosocial outcomes. One of the key approaches that addresses both the psychological and physical factors of these disorders is Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), which has become one of the most widely used psychotherapies in this field. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of CBT in treating BDD and Bulimia Nervosa. The research method was a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group. The statistical population included all men and women aged 18 to 45 years diagnosed with BDD and Bulimia Nervosa who visited specialized health centers in Tehran in 2024. From the target population, 60 individuals (both male and female) diagnosed with BDD and Bulimia Nervosa were selected through convenience sampling and randomly assigned to two groups: an experimental group (30 individuals) and a control group (30 individuals). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (1997) was used to assess BDD, and the Gormally et al. Binge Eating Scale (1982) was used to evaluate Bulimia Nervosa. The experimental group received 10 individual CBT sessions, each lasting 45 minutes, over a period of two and a half months, following the protocol by Billing and colleagues. At the end of the intervention, both groups were re-evaluated. Data were analyzed using univariate and multivariate covariance analyses. The findings of this study indicated that CBT had a significant effect on reducing both BDD and Bulimia Nervosa symptoms ($p < 0.05$). Based on these results, CBT can be considered one of the most effective interventions for correcting distorted and negative beliefs in individuals with these disorders.

Keywords: *Cognitive-Behavioral Therapy, Body Dysmorphic Disorder, Bulimia Nervosa*

چکیده:

اختلال بد شکل انگاری و پر خوری عصبی از اختلال های روان شناختی نسبتا شایع هستند که با پیامدهای روانی اجتماعی منفی شدید مشخص می شوند، یکی از رویکردهای مهمی که بر عوامل روانشناختی و فیزیکی این اختلالات تمرکز دارد، درمان شناختی رفتاری است که تبدیل به یکی از رایج ترین روان درمانی ها در این زمینه شده است. فلذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش درمان شناختی رفتاری بر بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی افراد (زن و مرد) ۱۸ تا ۴۵ ساله مبتلا به اختلال بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی مراجعه کننده به مراکز تخصصی بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. از بین جامعه هدف ۶۰ نفر (زن و مرد) مبتلا به اختلال بد شکل انگاری و پر خوری عصبی با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و گروه کنترل (۳۰ نفر) به صورت تصادفی گمارش شدند. از مقیاس استاندارد سواس فکری عملی ییل براون ۱۹۹۷ برای ارزیابی اختلال بد شکل انگاری بدن و از مقیاس شدت پر خوری عصبی گورمالی و همکاران (۱۹۸۲) برای ارزیابی اختلال پر خوری عصبی استفاده شد. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای در طول دو ماه و نیم روش مداخله ای درمان شناختی رفتاری بایلینگ و همکاران را به صورت انفرادی دریافت کردند. در پایان مجددا هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغییری و چند متغییری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته های این پژوهش نشان داد که آموزش درمان شناختی رفتاری بر بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی، تاثیر معناداری دارد ($p < 0.05$). با توجه به نتایج بدست آمده می توان از درمان شناختی رفتاری بعنوان موثر ترین درمان برای اصلاح باورهای تحریف شده و منفی در این افراد به عنوان یک روش مداخله ای موثر سود جست.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، بد شکل انگاری بدن، پر خوری عصبی.

مقدمه:

توجه به ظاهر یکی از ویژگی های عادی انسان به شمار می رود، اما گاهی اوقات توجه بیش از حد به ظاهر، باعث بروز مشکلات زیاد ورنج برای انسان می شود (صالح میرحسینی، رفیعی پور و علوی، ۱۳۹۹)، از سوی دیگر زیبایی دوستی و زیبایی طلبی از مسائل مورد توجه افراد محسوب می گردد که غالبا ناشی از تغییرات فرهنگی، ارزشی و تبلیغات رسانه ها و فضای مجازی است. توجه به ظاهر و متناسب بودن در هر دوره ای از رشد وجود دارد، گاهی این توجه به صورت افراطی و حساسیت شدید ظهور می یابد که طبیعی نبوده و تبدیل به اختلال بد شکلی^{۲۲} بدن یا بد شکل انگاری بدن می گردد (جاسمی زرگانی و جوهری فرد، ۱۳۹۸). اختلال بد شکل انگاری بدن (BDD) یک اختلال روانی است (راتیو، آندرن، گام پرت^{۲۳} و همکاران، ۲۰۲۳). که با مشغولیت بیش از حد به یک نقص یا نقائص درک شده در ظاهر فیزیکی مشخص می شود (برنشتاین، اسکوتاک، فنگک^{۲۴} و همکاران، ۲۰۲۳) و باعث ناراحتی یا اختلال ورنج در افراد می گردد. این وضعیت اغلب مزمن بوده و با اختلال عملکردی قابل توجه و افزایش نرخ ابتلا به بیماری های روانپزشکی همراه است و عوارض آن از جمله افسردگی، اختلالات مصرف مواد و خودکشی است (گرینبرگ، یاکوبسون، هوپنر^{۲۵} و همکاران، ۲۰۲۲) و با رفتارهای تکراری وقت گیر (مانند واریسی آینه/ استار)، اجتناب، پریشانی و اختلال قابل توجه در افراد مشخص می شود (انجمن روانپزشکی آمریکایی، ۲۰۱۳). که یا قابل مشاهده نیست یا برای دیگران ناچیز به نظر می رسد. با این حال BDD یک اختلال شدید و شایع و یک بیماری روانپزشکی با سطوح بالای اختلال عملکردی و میزان بالای خودکشی است (بولمان، گلسمر، مویز و همکاران^{۲۶}، ۲۰۱۰). شیوع این اختلال تقریبا ۲ درصد در نمونه های جامعه از نوجوانان و بزرگسالان است (اناندر، یوانوو، ماتیک کلس^{۲۷}، ۲۰۱۸) که معمولا در سنین پایین ظاهر می شود، با میانگین سنی شروع حدود ۱۲ تا ۱۶ سال گزارش شده است (بجورنسون، دیدی، گرانت^{۲۸}، و همکاران، ۲۰۲۲) و اغلب در افراد جوان، BDD با چندین رفتار پرخطر از جمله افزایش خطر افکار خودکشی و اقدام به خودکشی، رفتارهای آسیب رساندن به خود، تمایل به عمل های زیبایی غیر مفید، رفتارهای جنسی پرخطر و ترک تحصیل مرتبط است (کربس، ترنر، هیمن^{۲۹} و همکاران، ۲۰۱۲).

- ۲۲ Body dysmorphic disorder
 ۲۳ Rautio, Andrén, Gumpert
 ۲۴ Bernstein, Szkutak, Fang
 ۲۵ Greenberg, Jacobson, Hoepfner
 ۲۶ Buhlmann, Glaesmer, Mewes
 ۲۷ Enander, Ivanov, Mataix-Cols
 ۲۸ Bjornsson, Didie, Grant
 ۲۹ Krebs, Turner, Heyman

،راتیو گامپرت، جسی^{۳۰} و همکاران، ۲۰۲۲).

BDD یک اختلال پیچیده است که مانند سایر اختلالات روانپزشکی از تأثیر متقابل پیچیده عوامل محیطی، استعداد های ژنتیکی و اختلالات عصبی زیستی ناشی می شود. سیستم های عصبی زیستی BDD شامل سیستم های پردازش بصری دقیق، کنترل شناختی و پردازش احساسات است (گریس، لابوشاگن، کاپلان، و راسل^{۳۱}، ۲۰۱۷). به طور خاص، حدس زده می شود که شبکه مغز مختل شده است به طوری که پردازش جزئیات بیش از حد فعال در اوایل جریان پردازش بصری رخ می دهد. این مشغله های افراد معمولاً روی صورت، پوست، مو یا بینی متمرکز هستند. با این حال، نگرانی ممکن است برای هر جنبه ای از بدن گزارش شود و اغلب جنبه های متعددی از تصویر بدن را در بر می گیرد، اغلب نمایه علائم BDD شامل: افکار تکراری، احساسات و رفتارهای اجباری در پاسخ به نگرانی های ظاهری است (گریس و همکاران^{۳۲}، ۲۰۱۷). که این علائم و ماهیت تشریفاتی بیماری منجر به طبقه بندی BDD به عنوان یک اختلال وسواس اجباری و مرتبط (OCRD)، در کنار اختلال وسواس فکری اجباری (OCD) شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). کیفیت زندگی در گروه های BDD با توجه به پریشانی قابل توجه، ناتوانی، جراحی زیبایی شدید، افکار خودکشی و میزان بالای اقدام به خودکشی به طور قابل توجهی ضعیف است (فیلیس، کولز، و منارد^{۳۳} و همکاران، ۲۰۰۵). به رغم شایع بودن دوره های افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در این افراد، ولی خطر خودکشی واقعی، مشخص نیست (اشنایدر، ترنر، استروچ و هادسون^{۳۴}، ۲۰۱۹). اگر چه سن شروع اختلال در دوران نوجوانی است، ولی معمولاً بیماران ۱۰ تا ۱۵ سال بعد از سن نوجوانی تشخیص داده می شوند (صالح میر حسینی و همکاران، ۱۳۹۹). شیوع این اختلال در سنین جوانی و در دهه های دوم و سوم زندگی نیز شایع است. به دلیل ماهیت بسیار حساس و شخصی علائم این بیماری، BDD اغلب به عنوان یک اختلال دیگر تشخیص داده نمی شود و اگر به اشتباه تشخیص داده شود منجر به مراقبت و درمان روانپزشکی ناکارآمد می گردد (فیلیس، ۲۰۰۵). در باره عوامل زیر بنایی این اختلال می توان گفت که اختلال بد شکل انگاری بدن در کنار اختلال اضطراب فراگیر دو اختلالی هستند که دارای زیربنای هیجانی می باشند (ماکواج، متین، واتسون^{۳۵} و همکاران ۲۰۱۶) به نظر می رسد افراد مبتلا به بد شکل انگاری بدن همانند افراد دارای اضطراب فراگیر به صورت انتخابی به بخشی از نشانه های محیط، که حاوی محتوای منفی است، توجه می کنند (فیلیس، ۲۰۰۹). طبق الگوی شناختی رفتاری، پردازش اطلاعات و توجه به محرک های هیجانی به شکل سوگیرانه منجر به تثبیت باورهای تحریف شده و منفی در فرد می شود و هسته اولیه اختلال بد شکل انگاری را ایجاد می کند و در استمرار آن نیز نقش دارد (زرگر و همکاران، ۱۳۹۰). نکته حائز اهمیت این است که افراد مبتلا به بد شکل انگاری بدن از موقعیت های مرتبط با نقص ظاهری خود پرهیز می نمایند (بیاضی و همکاران، ۱۳۹۲). در این اختلال شخص از نظر رضایت از خود و تصویر بدن، تفاوت های کمی و کیفی با دیگران دارد. از دیدگاه آسیب شناختی، این اختلال خصوصیات مشابه با اختلال وسواسی اجباری و هراس اجتماعی و از طرفی با این اختلال ها، هم ابتدایی دارد؛ بنابراین تعجبی نخواهد داشت که بدانیم مدل شناختی اختلال بد شکل انگاری بدن با مدل های شناختی اختلال های مذکور، شباهت و همپوشانی دارد (ارجی، ۱۳۹۶). از طرفی آناتومی و پردازش بینایی در مناطق گیجگاهی و پیش پیشانی جانبی سمت چپ مغز این افراد نیز در پردازش بینایی از چهره و بیش فعالی آمیگدال ممکن است در اختلال بد شکل انگاری بدن درگیر و نقش داشته باشند (فوسنر، مدی، همباخر^{۳۶} و همکاران، ۲۰۱۰)، همچنین ممکن است مدار های مخطط پیشانی مغز درگیر باشد. علاوه بر این هسته های دمی که در عمق هسته های مغزی قرار دارند و مسئول تنظیم حرکات تعمدی، عادات، یادگیری شناخت (تفکر) است با رفتارهای تکراری مانند تشریفات رفتاری در این گروه از بیماران ارتباط داشته باشد (فیلیس، ۲۰۰۹). برخی بیان نموده اند که علاوه بر این افرادی که در کودکی تحقیر شده و از بدن خود ناراضی هستند، آنها در سال های اولیه زندگی بیشتر سوء استفاده فیزیکی و جنسی شده اند تا هیجانی (بوهلمان، مارکز و ویلهلم^{۳۷}، ۲۰۱۲). برخی از پژوهشگران صفات شخصیتی و نظریه تفاوت خود، ارزش ها و صفات شخصیتی خاص، به ویژه کمال گرایی و حساسیت به زیبایی در افراد را با اختلال بد شکل انگاری بدن همراه می دانند. این افراد باورهای تحریف شده ای نسبت به زیبایی و جذابیت دارند و خودشان را کمتر از دیگران جذاب می بینند. بین خود ایده آل و خود واقعی آنها تفاوت زیادی وجود دارد و منجر به ناراضی می شود. نظریه تفاوت خود توضیح می دهد آنها به خاطر این که خود ایده آل را به دست آورند در جستجو تغییر و پنهان نمودن ظاهر خودشان هستند (شیر، کولی،

- ۳۰ Rautio, Gumpert, Jassi
 ۳۱ Grace, Labuschagne, Kaplan & Rossell
 ۳۲ Grace, Labuschagne, Kaplan & Rossell
 ۳۳ Phillips, Coles, Menard
 ۳۴ Schneider, Turner, Storch & Hudson
 ۳۵ Makovac, Meeten, Watson
 ۳۶ Feusner, Moody, Hembacher
 ۳۷ Buhlmann, Marques, Wilhelm

د زوآن و همکاران^{۳۸}، ۲۰۱۳). یکی از عواملی که با اختلال بد شکل انگاری بدن ارتباط دارد پر خوری عصبی می باشد. در طول دهه ۱۹۷۰، با افزایش تعداد افراد متقاضی درمان با پر خوری عصبی (BN)^{۳۹} این اختلال در ویرایش سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSMIII) در سال ۱۹۸۰ به عنوان بولیمیا و در (DSMIIIR) در سال ۱۹۸۷ به عنوان پر خوری عصبی معرفی شد (آگراس و بوون^{۴۰}، ۲۰۲۱). در چهارمین مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان پزشکی آمریکا^{۴۱} (۱۹۹۴) نیز بی اشتهایی روانی و پر خوری عصبی به عنوان عمده ترین اختلال های خوردن شناخته شده اند. (هیلبرت، پتروف و هیر پرتز^{۴۲}، ۲۰۱۹). پر خوری عصبی یک بیماری روانشناختی است که با تأکید بیش از حد بر شکل بدن و دوره های مکرر پر خوری^{۴۳} و به دنبال آن رفتارهای جبرانی نامناسب مشخص می شود (کاستیلو و ویزلبرگ^{۴۴}، ۲۰۱۷). اختلال پر خوری عصبی (BN) با ۳ عنصر اصلی تشخیصی مشخص می شود: اپیزودهای پر خوری عینی (خوردن مقدار زیادی غذا در یک دوره ۲ ساعته، تلاش برای جبران این پر خوری (از طریق استفاده از پاکسازی، ورزش، روزه گرفتن یا مصرف کم انسولین در حضور دیابت نوع I)، ارزیابی بیش از حد اهمیت وزن و/یا شکل. از نظر تشخیصی، دفعات مورد نیاز اپیزودهای پر خوری و رفتارهای جبرانی یک بار در هفته برای مدت زمان ثابت ۳ ماه اتفاق می افتد (وید^{۴۵}، ۲۰۱۹) که شامل مقادیر زیاد تغذیه به همراه احساس عدم کنترل آن است (ابوالقاسمی و جعفری، ۱۳۹۱). میزان شیوع پر خوری عصبی مطابق با تخمین کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش چهارم)، در مطالعات مختلف متفاوت است و از ۰/۱،۵ تا ۰/۴،۶ متغیر است. مطابق با برآورد DSM۵۱ اختلال BN در طول عمر، با معیارهای آرام تر، بین ۰/۴ و ۰/۶،۷ است (وید، ۲۰۱۹). به طور کلی شیوع مادام العمر ۰/۵ و ۰/۹ درصدی برای مبتلایان به بزرگسالان و نوجوانان، در میان جمعیت ایالات متحده آمریکا تخمین زده شده است (نولن هوکسما^{۴۶}، ۲۰۱۳). همچنین میانگین شیوع پر خوری عصبی ۱ درصد برای زنان و ۰/۱ درصد برای مردان در غرب اروپا و آمریکا گزارش شده است (گیسون، ورکمن و مهلر^{۴۷}، ۲۰۱۹). این بیماری اغلب با بی اشتهایی عصبی (AN) همراه است که با کاهش وزن یا عدم افزایش وزن مناسب در کودکان در حال رشد و مشکلات در حفظ وزن مناسب برای سن و قد مشخص می شود (وید، ۲۰۱۹). بی اشتهایی عصبی (AN) و پر خوری عصبی (BN) اختلالات روان پزشکی رایجی هستند که در شرایط اضطرابی به راحتی می توان آنها را فراموش کرد. مهم است که علائم و نشانه های این بیماری ها را بشناسیم زیرا آنها بالاترین مرگ و میر مرتبط را در بین هر تشخیص روان پزشکی دارند (دایان و گورگاس^{۴۸}، ۲۰۲۳). همچنین خصیصه های مشابه در تظاهر نشانه های اختلال بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی وجود دارد که با تحریف تصویر بدنی مشخص می شوند (فیلوپو، کاستل و راسل^{۴۹}، ۲۰۱۹). بسیاری از زنان و دختران در مورد تصویر بدن خود مشکلاتی دارند. از خصوصیات افراد دارای پر خوری عصبی ناتوانی در گرفتن رژیم، عدم بازداری و تصویر بدنی منفی است. اختلال در درک اندازه بدن و وزن، افکار وسواسی درباره غذا، ورزش و تصویر بدنی تحریف شده از علائمی هستند که افراد دارای این اختلال از آن رنج می برند (مجبوبی و همکاران، ۱۳۹۸). طبق نظریه رفتاری شناختی، افراد مبتلا به اختلال پر خوری عصبی، ارزش شخصی خود را تقریباً منحصر از نظر وزن و شکل قضاوت می کنند. این ارزش گذاری بیش از حد شکل و وزن، آسیب شناسی اصلی پر خوری عصبی نامیده شده است. علائم پر خوری عصبی، از جمله مهار رژیم غذایی، ورزش بیش از حد و رفتارهای پاکسازی است که به طور مستقیم از آسیب شناسی روانی اصلی ناشی می شود، به این معنی که آنها به عنوان تلاش های رفتاری برای کنترل وزن و شکل در نظر گرفته می شوند. به طور خاص، این افراد چندین قانون سختگیرانه در مورد اینکه چه چیزی، چه زمانی و چه مقدار مجاز به خوردن غذا هستند (به عنوان مثال، محدود کردن رژیم غذایی) ایجاد می کنند و سعی می کنند آنها را رعایت کنند (لیناردون^{۵۰}، ۲۰۱۸) و هنگامی که این قوانین غذایی به طور اجتناب ناپذیری شکسته می شود، این به عنوان شواهد ناشی از دست

۳۸	Schieber, Kolei, de Zwaan
۳۹	Bulimia nervosa
۴۰	Agras & Bohon
۴۱	DSM-IV
۴۲	Hilbert, Petroff & Herpertz
۴۳	Binge
۴۴	Castillo & Weiselberg
۴۵	Wade
۴۶	Nolen-Hoeksema
۴۷	Gibson, Workman & Mehler
۴۸	Diane & Gorgas
۴۹	Phillipou, Castle & Rossell
۵۰	Linardon

دادن کنترل تفسیر می گردد، که منجر به کنار آمدن موقت تلاش برای کنترل غذا خوردن می شود. این تئوری همچنین تأیید می کند که دوره‌های پر خوری به احتمال زیاد هنگام تجربه یک تغییر حاد و یا منفور در احساسات رخ می دهد (آتوود و فریدمن^{۵۱}، ۲۰۲۰). از عوارض پر خوری چاقی است (طوافی و همکاران، ۱۳۹۸). اما پژوهشگران دریافته‌اند در جامعه غربی لاغری ارزشمند و چاقی بدنام است، از این رو آنها پیامهای منفی درباره اضافه وزن داشتن را پیام‌هایی نامنعطف معرفی کرده‌اند که افراد این گونه پیام‌ها را درونی می‌کنند. این افراد پیوسته به طریقه خاصی به تصورات قالبی پاسخ می‌دهند. این گونه بدنامی و مورد تبعیض قرار گرفتن فرد دارای اضافه وزن، می‌تواند تأثیر منفی بر تصویر بدن و سلامت جسمانی و روانی وی نیز بگذارد (موسوی و همکاران، ۱۳۹۵). چرا که بر طبق نظریه مقایسه اجتماعی فستینگر (۱۹۵۴) افراد تمایل ذاتی برای ارزیابی خودشان دارند و استانداردهایی برای خود در نظر گرفته و خود را با دیگران مقایسه می‌کنند (براون^{۵۲}، ۲۰۱۱). از آنجا که اغلب این اختلالات با اختلال‌های عاطفی همراه، مانند اضطراب (بیش از ۵۰٪) و اختلالات خلقی (بیش از ۴۰٪) همراه است که افسردگی شایع‌ترین است (وانگ، تنگ، وانگ و همکاران^{۵۳}، ۲۰۲۳)، همراهی سایر اختلالات با بیماری‌های بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی موجب می‌شود که بررسی و تحقیق در مورد درمان این اختلال‌ها، دارای اهمیت خاص باشد، اهمیت پیامدهای پزشکی بالقوه و بروز بالای بیماری‌های همراه اختلالات روانپزشکی، اهمیت تشخیص زودهنگام و رویکردهای مداخله مؤثر را برجسته می‌کند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۳).

با توجه به اینکه افکار معیوب نقش بنیادی در شکل‌گیری و پایداری این اختلالات دارند و درمان شناختی رفتاری نیز بر شناسایی، ارزیابی و اصلاح افکار ناکارآمد و نادرست استوار است (فنگ و همکاران^{۵۴}، ۲۰۲۰)، از موثرترین درمان‌ها است که خود شامل دو بخش است: هدف اول کمک به بیماران برای کنترل مصرف محدود غذا و دوم دامنه وسیع‌تری برای کمک به بیماران دارد تا نگرش‌های غیرعادی خود را در مورد غذا، شکل و وزن اصلاح کنند و مهارت‌های حل مسئله خود را افزایش دهند تا از آن طریق بهبود، حفظ شود (فریبرن^{۵۵}، ۱۹۸۱). از آنجا که اختلال بد شکل انگاری بدن (BDD) یک وضعیت روانپزشکی شایع و مخرب است که معمولاً در نوجوانی ظاهر می‌شود و با رفتارهای پرخطر نیز همراه است، این اختلال را می‌توان به طور موثر با درمان شناختی رفتاری (CBT) درمان کرد (راتیو و همکاران، ۲۰۲۳). به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری بیشتر بر روی اصلاح افکار نادرست متمرکز است. با توجه به اینکه افراد مبتلا به اختلال بد شکل انگاری بدن نمی‌توانند افکار خودآیند خود را کنترل کنند، درمان شناختی رفتاری که بر روی افکار و باورها تمرکز می‌کند، می‌تواند به مبتلایان در کنترل افکار خودآیند کمک نماید. تصویر بدنی از یک ساختار چند بعدی شامل ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری تشکیل شده است. یکی از ابعاد که درمان شناختی رفتاری بر آن متمرکز است بعد رفتاری اختلال بد شکل انگاری بدن است. جنبه رفتاری درمان، به رفتارهای مشکل ساز نظیر وارسی آینه و انزوای اجتماعی می‌پردازد و هدف از آن متوقف کردن این رفتارها و جایگزین نمودن رفتارهای سالم با آنهاست (صالح میرحسینی و همکاران، ۱۳۹۹). بنابراین این می‌تواند گفت که درمان شناختی رفتاری (CBT) خط اول درمان برای نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به BDD است (هریسون، دلا کروز، اناندر و همکاران^{۵۶}، ۲۰۱۶، نایس^{۵۷}، ۲۰۱۷)، اگرچه شواهدی که از اثربخشی آن در جوانان حمایت می‌کند هنوز در حال توسعه است (گرینبرگ، موتھی و ویلهلم^{۵۸}، ۲۰۱۶؛ راتیو و همکاران، ۲۰۲۲). مطابق با برخی پژوهش‌ها درمان شناختی رفتاری (CBT) و مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SRIs) بهترین درمان برای BDD هستند. رویکردهای درمانی مطالعه شده و خط اول برای درمان BDD و کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی و کنترل‌شده نشان داده‌اند که CBT برای BDD به میزان قابل توجهی همراه با بهبود علائم که در ارزیابی‌های بعدی حفظ می‌شود (معمولاً ۲۶ ماه پس از درمان انجام می‌شود) همراه است (گرینبرگ و همکاران^{۵۹}، ۲۰۲۲). نظیر سودمند بودن درمان بر علائم BDD، بیش مرتب با BDD و علائم افسردگی (هریسون و همکاران، ۲۰۱۶)، ویلهلم، فلیس و استکتی^{۶۰} (۲۰۱۳)، میزان پاسخ و بهبودی قوی‌تر درمان شناختی رفتاری را از کارآزمایی‌هایی دیگر (درمان‌های دیگر) نشان دادند (وینگاردن، هوپنر، استو آراسون^{۶۱}

- ۵۱ Atwood & Friedman
 ۵۲ Brown
 ۵۳ Wang, Tang, Wang
 ۵۴ Fang, steketee, Keshaviah
 ۵۵ Fairburn
 ۵۶ Harrison, de la Cruz, Enander
 ۵۷ NICE
 ۵۸ Greenberg, Mothi & Wilhelm
 ۵۹ Jacobson, Hoepner
 ۶۰ Wilhelm, Phillips & Steketee
 ۶۱ Weingarden, Hoepner, Snoarrason

و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند درمان شناختی رفتاری مطالعه شده‌ترین و تجربی‌ترین مداخله روانی اجتماعی برای BDD است. CBT برای BDD شامل آموزش روانی در مورد BDD، بازسازی شناختی افکار مرتبط با ظاهر ناسازگار و مواجهه و واکنش و پیشگیری از تشریفات برای موقعیت‌های ترسناک و اجتناب شده است. سایر تکنیک‌های درمانی توصیه شده شامل: ذهن آگاهی، بازآموزی ادراکی و مصاحبه انگیزشی است (برنشتاین و همکاران، ۲۰۲۳). درمان شناختی رفتاری به عنوان روشی در کاهش مشکلات هیجانی و چالشی به ویژه در اختلالات بدشکل انگاری بدن و پرخوری عصبی مورد تأیید است و یافته‌های پژوهش‌های گوناگون مؤید این موضوع هستند، در این راستا فیلیس، گرینبرگ، هوپنر و همکاران^{۶۲} (۲۰۲۱) پژوهشی با عنوان پیش بینی کننده‌ها و تعدیل کنندگان تغییر علائم در طی درمان شناختی رفتاری یا روان درمانی حمایتی برای اختلال بدشکلی بدن، انجام دادند. شرکت کنندگان (N = ۱۲۰) مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به مدت ۲۴ هفته درمان شناختی رفتاری یا حمایتی هفتگی توسط درمانگر را دریافت کردند. با استفاده از ادبیات موجود، شدت اختلال بدشکلی بدن، بینش/هذیان‌گویی و شدت افسردگی، به عنوان پیش‌بینی کننده‌ها و تعدیل کننده‌ها بررسی شدند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر بهبود علائم اختلال بدشکل انگاری تأثیر مثبتی داشته است. بر اساس نتایج همچنین وجود اختلال شخصیت و سواسیاجاری بر پیشرفت درمان تأثیرگذار بوده است. به نظر می‌رسد که مراحل اولیه درمان در راستای دستیابی و تداوم مسیر درمان در بسیاری از آنها حیاتی است. علاوه بر این بیماران مبتلا به BDD ویژگی‌های بالینی خاصی را نشان می‌دهند که نیاز به تنظیم درمان با اختلال BDD دارند، مانند بینش ضعیف یا عدم آگاهی مرتبط با BDD (فیلیس و همکاران، ۲۰۱۲)، ناهنجاری‌های پردازش بینایی (فئوسنر، و همکاران، ۲۰۱۰؛ گریس و همکاران، ۲۰۱۷)، علائم افسردگی قابل توجه (گانستاد و فیلیس، ۲۰۰۳) و تمایل به درمان زیبایی (فیلیس و همکاران، ۲۰۰۱). بر این اساس، پروتکل CBT برای بسیاری از ویژگی‌های بالینی در بیماران دارای این اختلالات با توصیه‌های حداکثر ۲۲ جلسه در ۲۴ هفته و شامل مداخلات تشخیصی، مانند بازآموزی توجه/آینه و مداخلات اختیاری برای بیماران افسرده شدیدتر یا کسانی که در حال برنامه‌ریزی درمان زیبایی برای نگرانی‌های مربوط به BDD هستند، مفید است (ویلهم و همکاران، ۲۰۱۳).

اگرچه درمان رفتاری شناختی (CBT) خط اول درمان روانی اجتماعی برای اختلال رایج (BDD) است اما هنوز اختلال بدشکلی بدن (BDD) یک بیماری شدید و درمان نشده است. نحوه عملکرد مداخله به اندازه کافی درک نشده است (برنشتاین، فیلیس، گرینبرگ و همکاران^{۶۳}، ۲۰۲۳). به نظر می‌رسد تلاش‌های فزاینده CBT برای جداسازی و بازسازی افکار غیرمفید و مقاومت در برابر رفتارهای تشریفاتی BDD است، تأثیرات شناختی در ابتدا و تأثیرات رفتاری در مرحله دوم ظاهر می‌شوند، به موازات بازسازی شناختی در جلسات قبلی بر مواجهه و پیشگیری از رفتارهای تشریفاتی در جلسات بعدی و تأکید می‌شود (برنشتاین، فیلیس، گرینبرگ و همکاران^{۶۴}، ۲۰۲۳). از طرفی رویکردهای شناختی رفتاری برای درک و درمان اختلالات خوردن (EDs) نیز برای اولین بار در اوایل دهه هشتاد ایجاد شد (فیربرن^{۶۵}، ۱۹۸۱؛ فیربرن؛ کوپر^{۶۶} و کوپر، ۱۹۸۶). از آن زمان، تئوری و درمان برای تمرکز بر مکانیسم‌های پیشنهادی برای آسیب‌شناسی روانی اختلال خوردن در طیف کاملی از ED تکامل یافته است (کوپر و فیربرن، ۲۰۱۱). CBT اکنون توسط اکثر دستورالعمل‌های ملی مبتنی بر شواهد (هیلبرت و همکاران، ۲۰۱۹) به عنوان اولین خط درمان برای پرخوری عصبی (BN) و اختلال پرخوری (BED) نیز توصیه می‌شود بنابراین این با دستورالعمل بهداشت جهانی از درمان‌های رایج در اختلالات خوردن، درمان شناختی رفتاری (CBTED) است که به طور گسترده به عنوان درمان انتخابی برای پرخوری عصبی (BN) و اختلال پرخوری (BED) شناخته شده است (نایس، ۲۰۱۷)..

یافته‌های تحقیقات قویاً نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری برای اختلالات خوردن (CBTED) نسبت به سایر درمان‌ها برای پرخوری عصبی (BN) و برای اختلال پرخوری (BED) مؤثرتر می‌باشد (آگراس و بوهون^{۶۸}، ۲۰۲۱). لیناردون و همکاران (۲۰۱۷) در یک متاآنالیز در مورد درمان‌های BN (پرخوری عصبی) و BED (اختلال پرخوری) مشخص کردند که درمان (CBTED) مؤثرتر از لیست‌های انتظار درمان به طور معمول و سایر روان‌درمانی‌ها برای پرهیز/پرخوری/پاکسازی، و علائم شناختی بود. اولین بار

- | | |
|----|---------------------------------|
| ۶۲ | Phillips, Greenberg, , Hoepfner |
| ۶۳ | Bernstein, Phillips, Greenberg |
| ۶۴ | Bernstein, Phillips, Greenberg |
| ۶۵ | Eating disorders |
| ۶۶ | Fairburn |
| ۶۷ | Cooper |
| ۶۸ | Agras & Bohon |

فریرن (۱۹۸۱) استفاده از CBTEd را با یک مطالعه سرپایی بر روی ۱۱ بیمار مبتلا به BN شرح داد که غالباً چارچوب نظری آن مبتنی بر مشاهدات بالینی و روش‌های درمانی مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی بنا شده است. مانند شرطی سازی کلاسیک و عامل برای مشکلات بالینی (آگراس و بوهون، ۲۰۲۱). رفتار درمانی به اصطلاح موج اول درمان است که در دهه ۱۹۵۰ توسعه یافت (بلک ویل و هایدنریش^{۶۹}، ۲۰۲۱)، فریرن (۱۹۸۱) مبنای درمان شناختی/رفتاری را بر اساس عزت نفس پایین و/یا عاطفه منفی مداوم استوار می‌داند که فرض می‌شود، منجر به افزایش نارضایتی از وزن و شکل بدن گردیده و سبب محدودیت مصرف غذا، از دست دادن کنترل رفتارهای غذایی و پر خوری با یا بدون رفتارهای جبرانی مانند استفراغ خودساخته، ورزش بیش از حد و استفاده از ملین‌ها و دیورتیک‌ها می‌شود (آگراس و بوهون، ۲۰۲۱). از آنجا که درمان شناختی رفتاری برای اصلاح رفتارهای اجتنابی و ایمنی جویانه باورهای نادرست و یا حذف آنها اثر گذار است، در نتیجه مدیریت استرس را برای کاهش اختلالات مرتبط با استرس و افزایش سلامت روان تسهیل می‌کند (ناکائو، شیرو توسکی و ساگایا^{۷۰}، ۲۰۲۱). چرا که CBT نوعی روان درمانی است که به افراد کمک می‌کند تا الگوهای فکری مخرب یا مزاحم را که تأثیر منفی بر رفتار و احساسات آنها دارد، شناسایی و تغییر دهند (هافمن، آسانی، ونک و همکاران^{۷۱}، ۲۰۱۲) از آنجا که در شرایط استرس زا، برخی از افراد تمایل دارند که احساس بدبینی کنند و قادر به حل مشکلات نیستند. CBT تفکر متعادل تری را برای بهبود توانایی مقابله با استرس ترویج می‌کند (ناکائو و همکاران، ۲۰۲۱).

در مطالعه ای ناکائو و همکاران (۲۰۲۱) اثربخشی CBT را در شرایط استرس‌زا در میان جمعیت‌های بالینی و عمومی با یک مطالعه مروری ارزیابی کردند و پیشرفت‌های اخیر در تکنیک‌های مرتبط با CBT را شناسایی نمودند که اثر گذاری این درمان را نشان دادند. نتایج چندین کارآزمایی تصادفی سازی و کنترل شده نیز نشان داد که CBT برای انواع مشکلات روانی از جمله پر خوری عصبی و مشکلات رفتاری مانند: اضافه وزن موثر است. بررسی مرور سیستماتیک در رابطه با اثرات درمان شناختی رفتاری (CBT) بر اختلالات خوردن (EDs) با تمرکز بر مقایسه این درمان با سایر مداخلات فعال، مطابق با دستورالعمل‌های فعلی (هیلبرت و همکاران، ۲۰۱۷) با مطالعه کایدسوچا، کوپر و فورد هام^{۷۲} (۲۰۲۳) انجام شد که تأیید کرد که CBT برای افرادی که علائم پر خوری و/یا پاکسازی دارند (معمولاً کسانی که BN، BED، EDNOS/OSFED دارند) مزایایی ایجاد می‌کند. به طور خاص، مشخص شد که CBT در ایجاد نتایج خوب برای این گروه‌ها هم در مورد رفتار ED و هم در آسیب‌شناسی روانی و تا حدی کم‌تر نیز در پرهیز/بهبودی، زمانی که به صورت فردی به صورت چهره به چهره ارائه شود، مؤثرتر است. آنها در مورد درمان شناختی رفتاری برای اختلالات خوردن، نشان می‌دهند که CBT با شدت بالا، اثرات کوتاه مدت بهتری نسبت به ترکیبی از شرایط (سایر کنترل‌های فعال، نظیر مداخلات درمانی) به ویژه در معیارهای خاص ED برای BN، BED، و نمونه‌های فرا تشخیصی ایجاد می‌کند. شواهد کمی در حمایت از CBT گروهی یا CBT با شدت کم در مقابل سایر مداخلات فعال درمانی وجود دارد (کایدسوچا و همکاران، ۲۰۲۳).

از جمله پژوهش‌های داخلی در این زمینه می‌توان به این موارد اشاره کرد. صالح میرحسینی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طبق مبانی نظری و پژوهشی، درمان شناختی رفتاری بر بهبود اختلال بدشکلی بدن کارآمد است. محبوبی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش شناختی رفتاری بر عادات غذایی و بدشکلی بدن تأثیر معناداری داشت. طوافی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که روش تنظیم هیجانی و درمان شناختی رفتاری بر وسوسه خوردن موثرند. یوکویاما، نوزاکی، نیشهارا (۲۰۲۲) در پژوهشی نشان دادند که CBT سبب بهبود BN و BED میشود. آتوود و فریدمن^{۷۳} (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری تقویت شده به عنوان یک درمان موثر و کارآمد برای بزرگسالان و نوجوانان با طیف وسیعی از تشخیص‌های اختلال خوردن پشتیبانی می‌کند. ایزلی و ویتوسک^{۷۴} (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم اختلالات خوردن در نمونه مورد بررسی مفید واقع شده است. گرینبرگ، فلیپس، استکتی و همکاران^{۷۵} (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که حتی بیماران با اختلال بدشکلی شدیدتر و علائم افسردگی می‌توانند از درمان شناختی رفتاری بهره مند شوند. بنابراین با توجه به پیشینه پژوهشی، در نظر گرفتن عواملی نظیر کیفیت پایین زندگی در افراد مبتلا، همبودی با اختلال افسردگی اساسی، اختلالات مصرف مواد، اختلال وسواس و اختلال اضطراب اجتماعی، افزایش افکار خودکشی، اختلال عملکرد، تحمیل هزینه‌های زیاد برای افراد و جامعه، بروز مشکلات جدی سلامتی همچون فشار خون بالا، دیابت، بالا رفتن کلسترول و به دنبال آن مشکلات قلبی عروقی و چاقی و سرطان

- ۶۹ Blackwell & Heidenreich
 ۷۰ Nakao, Shirotuki & Sugaya
 ۷۱ Hofmann, Asnaani, Vonk
 ۷۲ Kaidesoja, Cooper & Fordham
 ۷۳ Atwood & Friedman
 ۷۴ Essayli & Vitousek
 ۷۵ Greenberg, Phillips, Steketee

های خاص خصوصاً روده بزرگ، پستان، پروستات و رحم و اشکال خاصی از آرتروز و مرگ پیش از موقع لازم است و با توجه به شیوع فراوان و خطرات ذکر شده، درمان آن باید مورد توجه متخصصین قرار بگیرد (طوافی و همکاران، ۱۳۹۸). با توجه به محدود بودن تحقیقات مداخله ای برای این جمعیت، هنوز مشخص نیست که آیا اهداف علائم منحصر به فرد برای BDD می تواند به سرعت تغییر کند یا خیر. اگر پاسخ زود هنگام و اولیه یک پیش بینی قوی در BDD نباشد، پزشکان و بیماران ممکن است بدون دستاوردهای اولیه بزرگ احساس دلسردی کنند و یا ممکن است درمان های بالقوه موثر را زودتر از موعد پایان دهند (گرینگر و همکاران، ۲۰۲۲). بدون شک تاثیر گذاری این درمان بر اختلالات بد شکل انگاری و پر خوری عصبی نتایج کاربردی را برای این افراد بدنبال خواهد داشت که در توانبخشی این جمعیت آماری مورد استفاده واقع خواهد شد. لذا هدف این پژوهش که تعیین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی است با فرضیه های زیر قابل تدوین است:

آموزش درمان شناختی رفتاری بر علائم بد شکل انگاری بدن، موثر است.

آموزش درمان شناختی رفتاری بر علائم پر خوری عصبی موثر است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون پس آزمون بود. در این پژوهش متغیر شناختی رفتاری بعنوان متغیر مستقل و بد شکل انگاری بدن و پر خوری عصبی بعنوان متغیر های وابسته در نظر گرفته شد. جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران دارای این اختلالات (زن و مرد) ۱۸ تا ۴۰ ساله مراجعه کننده به مراکز تخصصی بهداشتی منطقه ۱ تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. از بین جامعه آماری ۶۰ نفر که واجد ملاک های ورود به پژوهش بودند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با همگن سازی و تصادفی سازی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک های ورود به این پژوهش عبارت اند از: رضایت آگاهانه، داشتن حداقل سواد سیکل و نداشتن سوء مصرف مواد یا وابستگی به مواد طی سه ماه گذشته، نداشتن روان درمانگری هم زمان، نداشتن دارو درمانی برای اختلالات روانی در فاصله سه ماه تا درمان و در حین درمان، انجام ندادن جراحی زیبایی در دوره درمان، گرفتن نمره لازم در آزمون های پر خوری عصبی و بد شکل انگاری بدن بود. ملاک های خروج شامل عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه و جلسات آموزش و غیبت بیش از دو جلسه بودند. جلسات آموزشی برای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای، بر اساس پکیج گروه درمانگری شناختی رفتاری (بایلینگ، مک کب و انتونی، ۲۰۰۶) هر هفته یک جلسه اجرا شد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. بعد از آخرین جلسه هر دو گروه، گروه آزمایش و گروه کنترل (مجدداً توسط پرسشنامه به عنوان پس آزمون، مورد ارزیابی قرار گرفتند). برای جمع آوری اطلاعات از ابزار زیر استفاده شد.

۱) مقیاس اصلاح شده سواس فکری عملی ییل - براون^{۶۶}: مقیاس اصلاح شده سواس فکری عملی ییل براون، برای اختلال بد شکلی بدن توسط فیلیس، هولاندر، راسموسن، ارنولدز، دیکاریا، گودمن، (۱۹۹۷) طراحی شد. این مقیاس یک ابزار خود سنجی ۱۲ گویه ای است که شدت علائم اختلال بد شکلی بدن را مورد سنجش قرار می دهد که دارای یک ساختار مرتبه ای دو عاملی و دو سؤال اضافی است. این عوامل عبارت اند از: ۱) سواس فکری؛ ۲) سواس عملی؛ و دو سؤال اضافی در مورد بینش و اجتناب. گویههای ۱ تا ۵ سواس فکری و ۵ تا ۱۰ سواس عملی و سؤال ۱۱ اجتناب و سؤال ۱۲ بینش را می سنجند. نمره کل بالای ۲۰ نشان دهنده تشخیص اختلال بد شکلی بدن است. فیلیس (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ را گزارش کرده است که نشان دهنده هماهنگی درونی بالا این مقیاس است. مقیاس سواس فکری عملی ییل براون برای اختلال بد شکلی بدن با نمرات سنجش عملکرد کلی در چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلال های روانی، همبستگی مثبت ($r=0/51$) و در مقایسه با فرم درجه بندی شده کوتاه روان پزشکی ($r=0/19$) از درستی آزمایشی تشخیصی مناسبی برخوردار بود. به علاوه این ابزار می تواند بهبودی نشانگان بعد از درمان را نیز ارزیابی کند (فیلیس، ۲۰۰۵). ربیعی، خرم دل، کلاتری و مولوی (۱۳۸۸) دامنه ضریب آلفا را از ۰/۷۸ برای «عامل نیروی مهار کردن فکر» تا ۰/۹۳ برای «عامل رفتارها و افکار وسواسی»، گزارش کردند. همچنین این پژوهشگران ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه پادوا و مقیاس رضایت بدنی به ترتیب ۰/۳۳ و ۰/۵۸ به دست آوردند. در تحلیل عاملی دو عامل «نیروی مهار کردن فکر» و «افکار و رفتارهای وسواسی» در مجموع ۰/۶۶ از واریانس پرسشنامه را تبیین نمودند.

۲) مقیاس شدت پر خوری^{۶۷}: این مقیاس توسط گورمالی، بلک، داستون و رادین^{۶۸} (۱۹۸۲) برای سنجش شدت پر خوری طراحی شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیت ۴ گزینه ای و ۲ آیت ۳ گزینه ای بوده که دامنه ی نمره دهی آن از کاملاً موافقم (۴) تا کاملاً مخالفم (۰) طراحی شده است. که کسب نمره ی ۱۶ نشان دهنده ی وجود اختلال پر خوری و نمرات بالاتر از آن شدت بیشتر این اختلال را نشان می دهد. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۴. و بعد از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است. فرم ایرانی این مقیاس توسط موتابی و همکاران

- ۷۶ Ale – Brown Obsessive Compulsive Scale
 ۷۷ Bing eating scale-BES
 ۷۸ Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D

(۲۰۰۹) بر روی ۶۰ آزمودنی اجرا شد که حساسیت آن ۸۵ درصد و اعتبار آزمون باز آزمون ۰/۷۲ محاسبه شد.

شیوه اجرای پژوهش:

برنامه مداخله ای پروتکل درمان شناختی رفتاری که شامل دستورالعمل درمان شناختی رفتاری، راهنمایی کلی با هدف کسب اطلاعات افراد برای شروع انجام پروتکل، نحوه استفاده از راهکارها و نحوه مشارکت است که در اولین جلسه برای گروه آزمایش مطابق جدول شماره ۱ شرح داده شد.

جدول شماره ۱ تشریح محتوای گروه درمانگری شناختی رفتاری (بایلینگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹)

نام جلسه	محتوای جلسه
جلسه ۱	معارفه و آشنایی با نحوه کار؛ معرفی ساختار، قوانین اصلی و زمان جلسات، بیان برخی تجارب گذشته و انتظارات؛ بحث پیرامون رازداری و محرمانه بودن؛ معرفی روی آورد درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی در درمان و آموزش؛ تشریح مدل زیستی، روانی و اجتماعی بیماری و طرح مؤلفه های رفتار، افکار، هیجانها، زیست شناختی و محیط
جلسه ۲	تعیین هدف کلی و اهداف برای هریک از اعضای گروه؛ طرح رابطه بین حالات خلقی و رفتاری؛ نشان دادن رابطه بین فعالیت ها و مزاج از نظر بهبود یا وخامت مزاج
جلسه ۳	بحث پیرامون مداخله های رفتاری در زمینه اصلاح رفتارها به منظور بهبود خلق؛ بررسی مفهوم احساس کار آمدی با ارائه مثال و نمونه هایی از تجارب گذشته. مهمترین کنش تکنیک های بازسازی شناختی، آموزش الگوهای تفکر سازش یافته تر به افراد است. تا بتوانند به کمک آنها، به کشف الگوهای فکری منفی و تحریف شده در خود پردازند و بدین وسیله تأثیرات آسیب رسان این الگوهای فکری را تشخیص دهند و به جای دریافت های شناختی ناکارآمد خود، الگوهای فکری سازش یافته تر و درست تری را جایگزین سازند.
جلسه ۴	تعیین تغییرات خلقی و مداخله های شناختی مرتبط؛ نام گذاری و درجه بندی هیجان های تجربه شده؛ استفاده از مثال در تشریح تعبیر و تفسیر و خودگویی به عنوان رابطه بین موقعیت و هیجان؛ تحلیل و بررسی افکار خود آیند و تمرکز بر افکاری که بیشترین رابطه را با هیجان دارد.
جلسه ۵	ارزیابی شواهد موجود درباره افکار خود آیند با استفاده از شواهد و سؤالات درمان جویان؛ معرفی شواهد مخالف که از افکار خود آیند حمایت نمی کند؛ بررسی مثالهایی درباره خطاهای شناختی موجود در برگه های ثبت افکار.
جلسه ۶	بیان کاربرد حل مسأله در معرفی و ثبت افکار مثبت و مناسب؛ طرح راهبردهای حل مسأله با استفاده از مثال های مطرح شده در جلسه.
جلسه ۷	معرفی و بررسی شناخت های عمیق و مفهوم پیش فرض های شرطی و باورهای محوری بدین صورت که درمانگر می باید با استخراج اطلاعات بیشتر درباره اسنادها، مفروضه ها و باورهای مراجع، دریافت های شناختی ناکارآمد او را از بین ببرد. او باید به حد کافی شرکت کننده ها را راهنمایی کند تا آنها بتوانند باورها و مفروضه های ناکارآمد خود را واریسی کنند. نمایش دادن شناخت عمیق با استفاده از پیکان وارونه و تشریح این روش
جلسه ۸	معرفی راهبردهای کنار آمدن مرتبط با باورهای محوری و زیربنایی؛ استفاده از مثال برای نشان دادن ماهیت خود آسیب رسان راهبردهای کنار آمدن هیجان مدار؛ پیشنهاد راهبردهای کنار آمدن مناسب
جلسه ۹	توضیح و ارائه روش در زمینه ترکیب و به کار گیری توانش های آموخته شده. مرور تکالیف انجام شده در زمینه های درمانگری
جلسه ۱۰	جمع بندی فنون آموزش، طرح مفاهیم باز گشت و عود بیماری و برنامه ریزی ویژه در زمینه راهبردهای کنار آمدن با آن؛ معرفی کتاب و سایتهای معتبر به منظور کسب اطلاعات بیشتر و کنار آمدن با بازگشت اختلال.

در این پژوهش داده ها با روش تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) و چند متغیره (مانکوا) و با استفاده از نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها:

در جدول ۲ آمار توصیفی جهت توصیف وضعیت آزمودنی ها و نمرات متغیرها در دو گروه کنترل و مداخله و در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون از شاخص های مرکزی و پراکندگی نشان داده شده است.

جدول شماره ۲ توصیف آماری مربوط به پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرها	گروه ها	تعداد	پیش آزمون				پس آزمون			
			میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
سن	کنترل	۳۰	۳۴/۳۰	۸/۰۳	۰/۱۰۷	۰/۳۶۰	۳۴/۳۰	۸/۰۳	۰/۱۰۷	۰/۳۶۰
	آزمایش	۳۰	۳۴/۱۰	۷/۹۵	۰/۱۳۴	۰/۴۵۱	۳۴/۱۰	۷/۹۵	۰/۱۳۴	۰/۴۵۱
بدشکل انگاری	کنترل	۳۰	۳۵/۴۰	۴/۶۷	۱/۱۰	۰/۱۰۹	۳۵/۳۰	۳/۷۴	۰/۷۹۷	۰/۷۰۳
	آزمایش	۳۰	۳۵/۰۳	۴/۵۰	۰/۸۴۴	۰/۴۲۶	۱۴/۵۰	۴/۲۹	۰/۳۱۰	۰/۷۳۹
پر خوری عصبی	کنترل	۳۰	۳۵/۷۷	۶/۹۴	۰/۲۷۹	۰/۷۳۹	۳۳/۷۰	۸/۷۸	۰/۲۵۳	۱/۰۷
	آزمایش	۳۰	۳۵/۵۰	۵/۴۴	۰/۰۳۷	۰/۴۸۳	۲۷/۱۲	۴/۰۸	۰/۸۱۱	۰/۲۸۷

همانطور که ملاحظه می گردد در گروه کنترل میانگین نمرات در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تغییر چندانی را نشان نمی دهد (ناچیز است) ولی در گروه آزمایش، شاهد کاهش بیشتر نمرات در پس آزمون نسبت به پیش آزمون هستیم. به منظور تعیین اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر بد شکل انگاری و پر خوری عصبی از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) و چند متغیره (MANSOVA) استفاده شد. پیش از انجام این آزمون مفروضه های آماری نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون شاپیروویلک، همگنی واریانس متغیر وابسته (پس آزمون) در گروه های آزمایش و کنترل از طریق آزمون لوین، همسانی ماتریس های واریانس کواریانس با استفاده از آزمون، ام. باکس مورد بررسی قرار گرفت.

بر این اساس، تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) برای تعیین اثر مداخله روش درمان شناختی رفتاری بر روی متغیرهای وابسته (بدشکل انگاری و پر خوری عصبی) اجرا شد. در این مرحله جهت تعیین اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری بر بدشکل انگاری و پر خوری عصبی به تفاوت بین ترکیب متغیرهای مورد بررسی قبل و بعد از اعمال اثر متغیر مستقل پرداخته شد. در پاسخ به سوال پژوهش حاضر، همسو با گفته های تاباچنیک و فیدل (۱۹۹۷؛ نقل از دنسی و رییدی، ۱۹۹۹) از بین آماره های چهارگانه (پیلای، لامبدا و یلکز، هتلینگ و ریشه روی) آزمون لامبدا و یلکز برای محاسبه F انتخاب شد.

با توجه به نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری و براساس لامبدا و یلکز مشاهده میشود $F(۷۴/۸۴) = (۵۵ و ۲) df$ که سطح معنیداری این شاخص کوچکتر از ۰/۰۰۱ است، لذا بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر ترکیب متغیر وابسته (بدشکل انگاری و پر خوری عصبی) تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به اینکه این شاخص معنادار بوده و ترکیب خطی متغیر وابسته از متغیر مستقل (روش درمان شناختی رفتاری) اثر پذیرفته است در این مرحله به تحلیل این موضوع پرداخته می شود که هر یک از متغیرهای وابسته، به طور جداگانه از متغیر مستقل (شناختی رفتاری) اثر پذیرفته اند یا خیر؟ به عبارتی چون بیش از یک متغیر وابسته وجود دارد ضروری است با تحلیل کواریانس تک متغیری درون متن مانکوا برای هر کدام از این متغیرهای وابسته (در حکم آزمون های تعقیبی) بررسی بیشتری به عمل آورد تا مشخص شود تفاوت در ترکیب خطی متغیرهای وابسته در کجا قابل مشاهده است.

جدول ۳ خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه پس آزمون در گروه های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مؤلفه ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتِ اِتا
گروه	بدشکل انگاری	۶۳۰۶/۰۳	۱	۶۳۰۶/۰۳	۱۲۱۷/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۵۶
	پر خوری عصبی	۶۷۵۹/۲۸	۱	۶۷۵۹/۲۸	۲۵۰/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۷
خطا	بدشکل انگاری	۲۹۰/۱۲	۵۶	۵/۱۸			
	پر خوری عصبی	۱۵۱۰/۹۸	۵۶	۲۶/۹۸			
تغییرات اصلاح شده کل	بدشکل انگاری	۷۴۲۹/۴۰	۵۹				
	پر خوری عصبی	۹۶۱۲/۹۸	۵۹				

همانطور که مشاهده می گردد مقدار F محاسبه شده برای متغیرهای بد شکل انگاری و پر خوری عصبی از ارزش بحرانی F (با درجه آزادی ۱ و ۲۴ و سطح معنی داری $P=0/05$ کوچکتر است بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می شود که با ۹۵ درصد اطمینان بین گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$).

همچنین به منظور آزمون سایر فرضیه های پژوهش حاضر از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد و مفروضه همگنی شیب های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که برقرار بود. وجهت برابری واریانس های پس آزمون در گروه های آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۴ نتایج آزمون کواریانس تفاوت دو گروه کنترل و مداخله در متغیر بد شکل انگاری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتا
بد شکل انگاری پیش آزمون	۶۴۹/۰۳	۱	۶۴۹/۰۳	۱۲۷/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱
گروه	۶۳۱۳/۳۷	۱	۶۳۱۳/۳۷	۱۲۳۷/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵۶
میزان خطا	۲۹۰/۷۷	۵۷	۵/۱۰			
مجموع	۴۴۶۳۰	۶۰				

بر اساس یافته های جدول ۴، بین میزان بد شکل انگاری در دو گروه مداخله و کنترل بعد از آموزش درمان شناختی رفتاری تفاوت معنی داری مشاهده شد ($P=0/05$ مجذوراتا و $P=0/001$ و $F(1,57)=61/1237$). بطوریکه، نمرات میانگین تعدیل شده میزان بد شکل انگاری پس از اجرای آموزش درمان رفتاری شناختی در افراد گروه مداخله ($14/63$) پایین تر از میزان بد شکل انگاری در افراد گروه کنترل ($35/17$) می باشد. به عبارتی دیگر، آموزش درمان رفتاری شناختی بر کاهش علائم بد شکل انگاری آزمودنی ها تأثیر داشته است. با در نظر گرفتن مجذوراتا، می توان گفت که حدود ۹۶ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله یا آموزش درمان رفتاری شناختی بوده است.

جدول ۵ نتایج آزمون کواریانس تفاوت دو گروه کنترل و مداخله در متغیر پر خوری عصبی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتا
پر خوری عصبی پیش آزمون	۱۲۰۷/۲۴	۱	۱۲۰۷/۲۴	۴۵/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴۳
گروه	۶۷۶۲/۷۲	۱	۶۷۶۲/۷۲	۲۵۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱۷
میزان خطا	۱۵۱۴/۹۲	۵۷	۲۶/۵۸			
مجموع	۴۱۳۰۷	۶۰				

بر اساس یافته های جدول ۵، بین میزان پر خوری عصبی در دو گروه مداخله و کنترل بعد از آموزش درمان شناختی رفتاری تفاوت معنی داری مشاهده شده است ($P=0/05$ مجذوراتا و $P=0/001$ و $F(1,57)=45/42$). بطوریکه نمرات میانگین تعدیل شده میزان پر خوری عصبی پس از اجرای آموزش درمان شناختی رفتاری در افراد گروه مداخله ($12/36$) پایین تر از میزان پر خوری عصبی در افراد گروه کنترل ($33/60$) می باشد. به عبارتی دیگر، آموزش درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم پر خوری عصبی آزمودنی ها تأثیر داشته است. با در نظر گرفتن مجذوراتا، می توان گفت که حدود ۸۲ درصد این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله یا آموزش درمان شناختی رفتاری بوده است.

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش درمان شناختی رفتاری بر کاهش شدت علائم بد شکل انگاری و پر خوری عصبی انجام شد. نتایج بررسی فرضیه اول این پژوهش نشان داد، آموزش درمان شناختی رفتاری سبب کاهش علائم بد شکل انگاری می شود. به این صورت اولین فرضیه این پژوهش مبنی بر موثر بودن آموزش درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم بد شکل انگاری مورد تأیید قرار گرفت. این نتایج با یافته های پژوهش های صالح میرحسینی و همکاران (1399)، محبوبی و همکاران (1398) برنستاین و همکاران (2023)

، گریبک و همکاران (۲۰۲۲)، فلیپس و همکاران (۲۰۲۱)، ویلهلم و همکاران (۲۰۱۳) که در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که آموزش های درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم بد شکل انگاری مؤثر است، همسو بود. در تبیین این یافته پژوهش حاضر می توان گفت که با توجه به اینکه سازه های متمایزی در زیر چتر «اختلال بد شکل انگاری بدن» از قبیل نارضایتی، ارزش گذاری بیش از حد و مشغله سازی وجود دارند که دارای همبستگی نیز می باشد و با توجه به اینکه افراد مبتلا به اختلال بد شکلی بدن (BDD) از ناراحتی یا اختلال ناشی از مشغله های فکری با نقص های درک شده در ظاهر خود رنج می برند (میتچسون، هی، گریفیث^{۹۹} و همکاران ۲۰۱۷). می توان به اهمیت تاثیر این اختلال بر افراد و درمان آن پی برد. میتچسون و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که مشغله های فکری قوی ترین تأثیرات مستقل و واسطه ای را بر پریشانی، محدودیت غذایی و پر خوری دارند. در مقایسه با نارضایتی، ارزش گذاری بیش از حد به عنوان شاخصی از اختلال بد شکل انگاری بدن مورد توجه نسبتاً بیشتری قرار گرفته است و در مدل شناختی رفتاری فراتشخیصی اختلالات خوردن، نقش اساسی دارد. اما این ممکن است برای زنان بیشتر از مردان صادق باشد (میتچسون و همکاران ۲۰۱۷). از طرفی ارزش گذاری بیش از حد و هم نارضایتی با اختلال قابل توجه در کیفیت زندگی افراد مرتبط است (مانند، میتچسون، لاتنر^{۸۰} و همکاران ۲۰۱۳) و ارزش گذاری بیش از حد نیز پیش بینی کننده کاهش بهره وری است (میتچسون و همکاران ۲۰۱۷). گریفیث^{۸۱}، هی، میتچسون و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند که نارضایتی با سطوح بالاتری از ناراحتی روان شناختی و اختلال کیفیت زندگی در مردان در مقایسه با زنان مرتبط است، میتچسون و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند که ارزش گذاری بیش از حد با کاهش کیفیت زندگی در زنان در مقایسه با مردان مرتبط است. در کل ممکن است این عوامل در حفظ اختلال خوردن نیز نقش اساسی داشته باشند. وضعیت بیماران مبتلا به بد شکل انگاری اغلب مزمن است و با اختلال عملکردی قابل توجه و افزایش نرخ ابتلا به بیماری های روانپزشکی همراه است و عوارضی، از جمله افسردگی، اختلالات مصرف مواد و خودکشی را به همراه دارد. اختلال بد شکل انگاری بدن باعث مشکلات زیادی می شود، آنها در مدیریت و کنترل افکار خود آیند مشکل دارند و ناچار هستند مدت زمان زیادی را به این وظایف ذهنی اختصاص دهند که خود عامل عدم لذت بردن از فعالیت های لذت بخش است (فلیپس، ۲۰۰۹).

بک^{۸۲} اظهار می کند که نحوه مفهوم بخشی این افراد به هر موقعیت، اشیاء و محیط و از جمله ظاهر خود در مرکز قلمرو شخصی^{۸۳} که در آن صفات، ویژگی های فیزیکی، اهداف و ارزش ها قرار گرفته اند، صورت می گیرد، فلذا در این مرکز شخصی خود را واری می کنند، برای غلبه بر این مشکل (بر آورد کردن بیش از حد معمول ظاهر در مرکز قلمرو شخصی) درمانی ضروری است که بر روی افکار و پیامدهای رفتاری این افکار تمرکز نماید. اکنون درمانهای مختلفی برای بهبود عملکرد مبتلایان به این اختلال انجام گرفته است که از موثرترین آنها درمان شناختی رفتاری است (صالح میر حسنی و همکاران، ۱۳۹۹).

درمان شناختی رفتاری (CBT) برای BDD موثر است، چرا که درمان شناختی رفتاری سبب شناسایی، ارزیابی و اصلاح افکار ناکارآمد و نادرست می گردد، افکاری که سبب پایداری این اختلال می گردند (فنگ و همکاران، ۲۰۲۰). آنها باورهای نادرستی در مورد بدن خود نظیر رفتارهای آئینی (وارسی خود در آئینه و اجتناب از جمع) دارند که افراطی و نادرست است (هافمن، اسنانی و وانک، ۲۰۱۲). از آنجا که نگرانی و سواس گونه این بیماری، موجب دوری از افراد می شود، بنابراین هنگام احساس نگرانی و سواس گونه، درمان شناختی - رفتاری راه حل هایی را در اختیار فرد قرار می دهد که وی را در کنترل این نوع نگرانی و نشخوار فکری یاری می نماید. از اینرو تاکید بر درمان، ایجاد فرصتی برای یادگیری تطبیقی جدید و همچنین ایجاد تغییرات در فضای بیرونی حوزه بالینی است. از آنجا که می توان اظهار کرد درمان شناختی رفتاری یک رویکرد مبتنی بر عقل سلیم است با دو اصل اساسی بر این اختلال موثر است: اول تاثیر بر شناخت، که شناخت یک فرد اثر بازدارنده ای بر احساسات و رفتار دارد و دوم تاثیر بر رفتار، چرا که می توان گفت نحوه عمل یا رفتار یک فرد تأثیر شدیدی بر افکار و الگوهای احساسی او دارد. این درمان بر تکنیک هایی تمرکز دارد که با استفاده از آن، بیماران می توانند افکار درونی خود را باز یابی و تغییر دهند، به ویژه افکاری که با علائم عاطفی مانند افسردگی و خشم همراه هستند. درمان شناختی رفتاری به بیمار می آموزد که در مورد تفکر خود بیندیشد. هدف از این کار رساندن شناخت بیمار به سطح وقوف و مهار کردن آگاهانه است (رایت، بسکو و تیز، ۲۰۰۹؛ ترجمه قاسم زاده وجانی، ۱۳۹۲). می توان گفت که درمان شناختی - رفتاری با ایجاد مسئولیت عاطفی به عنوان توانایی کنترل هیجان، باعث خودتنظیمی هیجانی نیز می شود و به عنوان توانایی مقابله با نگرانی های فرد عمل می کند. یکی از ابجادی که درمان شناختی رفتاری بر آن متمرکز می باشد بعد رفتاری اختلال بد شکلی بدن است. جنبه رفتاری درمان، به رفتارهای مشکل ساز نظیر وارسی آئینه و انزوای اجتماعی می پردازد و هدف از آن متوقف کردن این رفتارها و جایگزین نمودن رفتارهای سالم با

- ۷۹ Mitchison, Hay, Griffiths
 ۸۰ Mond, Mitchison, Latner
 ۸۱ Griffiths, Hay, Mitchison
 ۸۲ Beck
 ۸۳ Personal domain

آنهاست (فیلیس، ۲۰۰۹).

همچنین نظر به اینکه یکی از دغدغه های اصلی افراد خصوصا نوجوانان مقبولیت و جذابیت از دیدگاه دیگران است، به دلیل تنوع معیارهای زیبایی در افراد، داشتن باور ناکارآمد به اینکه همه باید فرد را تایید کنند، فرد را نگران ملاقات با دیگران می کند. معیارهای مردم و دشواری دستیابی به این هدف، فرد را به شدت نگران تصویر بدن خود می کند. در جلسات درمانی، با آموزش صحیح مبارزه با این افکار ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، طرز تفکر و ادراک بیماران از خود اصلاح می شود و به نوجوانان کمک می کند تا باورهای نادرست خود را نسبت به ظاهر فیزیکی تغییر دهند و نسبت به خود احساس مثبتی داشته باشند و یاد بگیرند که می توانند از نشخوار فکری خود در زمینه تصویر منفی خلاص شوند. هدف درمان شناختی رفتاری بهبود بازخورد مثبت به تصویر بدن است (عابدی پریجا، صادقی، شلانی و صادقی، ۱۳۹۶). در توضیحات دیگر این یافته ها باید به فرضیه های شناخت درمانی که مبتنی بر تغییر شناخت، عاطفه و رفتار است، توجه کرد. این بدان معنا است که مداخله آموزش درمان شناختی رفتاری در این مطالعه باعث شده است که آزمودنی ها بلحاظ تفکر و هیجان بتوانند ادراکات نادرست خود را اصلاح کنند و از آن در رابطه با دیگران استفاده نمایند تا دید مثبتی نسبت به شاخص توده بدنی خود داشته باشند. همچنین با اصلاح باورها و تصورات از تصویر بدنی خود، زمینه های کاهش آن را در حین مداخله پیاده سازی کنند؛ زیرا دیدگاه شناختی رفتاری در خصوص تصویر بدن و تأثیر منفی آن بر زندگی افراد (مثلاً اختلالات خوردن)، تمرکز مداخلات آنان را بر تحلیل صحیح ارزیابی منفی از بدن و باورهای غیرمنطقی درباره اهمیت و معنای جسمی تغییر می دهد. آنها افکار و احساسات مثبت یا دقیق تری را وارد افکار می کنند و رفتارهای سازگارانه را ترویج می کنند. این منجر به اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر الگوی عادات غذایی نادرست شده است. در کل چنین اذعان شده است که مداخلات شناختی باعث افزایش خود آگاهی و ایجاد انگیزه در جهت اعمال کنترل بیشتر بر رفتار، کلام و خشم افراد می شود. زیرا آنها متوجه می شوند که تنها محرک های بیرونی، مانند کلام یا طعنه های دیگران، آغازگر خشم و پر خاشگرگی در آنان نیست بلکه نوع برداشت و دیدگاهی که خود فرد دارد هم می تواند در بروز واکنش های پر خاشگرانه دخیل باشد (قاسم زاده و جانی، ۱۳۹۲). در این پژوهش همچنین نتایج نشان داد که آموزش درمان شناختی رفتاری در کاهش شدت علائم پر خوری عصبی، تأثیر معناداری دارد.، به این صورت دومین فرضیه این پژوهش مبنی بر موثر بودن آموزش درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم پر خوری عصبی مورد تأیید قرار گرفت. نتایج با یافته های این پژوهش ها همسو بود. طوافی و همکاران (۱۳۹۸)، ناکائو و همکاران (۲۰۲۳)، کایدسوچا و همکاران (۲۰۲۳)، یوکو یاما و همکاران (۲۰۲۲)، آگراس و بوگون (۲۰۲۱) آتوود و فریدمن (۲۰۲۰)، ایزلی و ویٹوسک (۲۰۲۰) و لیناردون و همکاران (۲۰۱۸). در مطالعات به این نتیجه رسیدند که آموزش های درمان رفتاری شناختی در کنترل و به ویژه بر کاهش شدت علائم پر خوری عصبی مؤثر است.

در راستای تبیین این یافته می توان گفت درمان شناختی رفتاری برای BN و BED بر کمک کردن متمرکز است. بیماران در حین آموزش، الگوهای غذایی طبیعی خود را ایجاد می کنند. برای شناسایی و به چالش کشیدن افکار منفی در مورد وزن خود و تصویر بدن؛ تلاش می کنند (یوکویاما و همکاران، ۲۰۲۲)، در پر خوری به طور کلی این احتمال وجود دارد که افراد ممکن است به طور اجباری در رفتارهای اختلال خوردن به عنوان پاسخی به مشغله (وسواسی) شرکت کنند، (میتچسون و همکاران (۲۰۱۷) بعلاوه در مدل درمان شناختی رفتاری اختلال پر خوری، پر خوری بخشی از یک سیکل معیوب مؤلفه های رفتاری و روان شناختی مرتبط به هم می باشد و مهم ترین هدف شکستن سیکل معیوب پر خوری است. همچنین در این شیوه درمانی الگوهای آشفته خوردن تغییر یافته و اصلاح می شود. شناسایی و تغییر اهداف غیر واقع بینانه مرتبط با وزن و خوردن، آموزش راهبردهای^۴ پیشگیری از عود، از دیگر اهداف درمانی محسوب می شود. این برنامه درمانی جنبه روان آموزشی دارد که به بیمار کمک می کند دلایل و معانی پشت پرده برخی از رفتارهایش را متوجه شود (طوافی و همکاران، ۱۳۹۸). اختلالات خوردن بیماری های پیچیده ای هستند که با شناخت های تحریف شده و رفتارهای خود ویرانگر مشخص می شوند. چندین عنصر متمایز وجود دارد که تشخیص اختلالات خوردن را از هم جدا می کند. با این حال، اختلالات خوردن یک آسیب شناسی روانی اصلی مشابه دارند ارزش گذاری بیش از حد خوردن، شکل و/یا وزن بر ارزش خود. این آسیب شناسی روانی اصلی مشابه خود را به یک رویکرد درمانی فرا تشخیصی می رساند. درمان شناختی رفتاری (CBTT) برای اختلالات خوردن یک درمان مبتنی بر شواهد است که بر اساس نظریه و رویکردهای اساسی CBT با تمرکز بر تغییر سریع علائم است (کامبانیس، برتون موری، توماس، و بکر^۵، ۲۰۲۳) استوار می باشد.

در تبیین این یافته ها می توان گفت که آموزش درمان رفتاری شناختی، سبب افزایش معنادار خوش بینی و خود کارآمدی و کاهش معنادار نشخوار فکری در افراد می شود؛ بنابراین، اگر درمانجویی از تکنیک های بازسازی استقبال می کند و آنها را برای تغییر بسیاری از افکارش مفید می یابد، مناسب است که در درمان این فرد از چنین تکنیک هایی استفاده نمود (دُر، ۲۰۱۵).

در واقع می توان اینچنین بیان داشت که عادات غذایی یکی از آیتم های بسیار مهم در ایجاد اختلالات خوردن و در رأس آن پر خوری عصبی می باشد که به دنبال آن اختلال بد شکل انگاری را نیز در پی دارد. لذا اهمیت موضوع تغذیه صحیح در جامعه موفق و سالم،

۸۴ Strategies

۸۵ Kambanis, Burton Murray, Thomas & Becker

ضرورت توجه به آموزش درمان شناختی رفتاری بر عادات تغذیه را مبرهن می سازد. پس می توان در تبیین دیگری این چنین ادعات داشت که درمان شناختی رفتاری سعی در تغییر شناخت ها و باورهای منفی افراد دارد و علائم ناسالم روانشناختی را بهبود می بخشد. در این رویکرد قاعده بر این است که آزمودنی ها با بازسازی افکار و اندیشه ها می توانند فشارهای روانی را از خود دور کنند و به طور واقع بینانه افراد با پاسخ به افکار خود به خودی منفی و شناسایی تحریفات شناختی و مبارزه با آنها و سپس بازسازی افکار تشویق می شوند تا احساسات بهتری را تجربه کنند و رفتارهای مناسب تری از خود نشان دهند. لیهی^{۸۶} (۲۰۱۷) و ویلابو و کامپتون^{۸۷} (۲۰۱۹) نیز معتقد هستند که آموزش به روش شناختی رفتاری از یک سو با ایجاد تغییرات رفتاری مطلوب بر روی آنچه که افراد انجام می دهند تمرکز می کند و از سوی دیگر با تأکید بر فرآیندهای روانی، افراد را هدایت می کند تا احساسات و باورهایی را که باعث مشکلات رفتاری می شود؛ تغییر دهند. همچنین، آموزش درمان رفتاری شناختی به فرد کمک می کند که از شکل گیری افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی پیشگیری کند (نف^{۸۸}، ۲۰۰۹). بخش عمده ای از هیجان های منفی که افراد تجربه می کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آنها ایجاد می شود (نولن هو کسما^{۱۳}، ۲۰۱۳)، در مجموع نتایج حاصل از این پژوهش بر اهمیت آموزش درمان رفتاری شناختی تأکید دارد چرا که به افراد کمک می کند تا نگرانی و وسواس گونه، افکار بدبینانه و نشخوارهای وسواسی را از خود دور و با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجان های منفی در آنها می شود. همچنین شناخت یک فرد اثر بازدارنده ای بر احساسات و رفتار وی دارند و بر نحوه عمل یا رفتار یک فرد اثر می گذارد که خود تأثیر شدیدی بر افکار و الگوهای احساسی او دارد. درمان شناختی رفتاری با تکنیک های تمرکزی که دارد، افراد می توانند با استفاده از آن افکار درونی خود را بازیابی و تغییر دهند، به ویژه افکاری که با علائم عاطفی مانند افسردگی و خشم همراه هستند. می تواند به فرد کمک کند.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر انجام پژوهش فقط در شهر تهران با نمونه محدود بود با توجه به محدود بودن افراد نمونه به شهر تهران، در تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید با احتیاط عمل شود. در این پژوهش بعثت محدودیت زمانی، از مطالعات پی گیری بهره گرفته نشد؛ لذا در نتیجه گیری های درمانی طولانی مدت باید جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به محدودیت ها و یافته های پژوهش، پیشنهاد می شود که محققان و پژوهشگران در آینده این پژوهش را به صورت مقایسه درمان دارویی و درمان شناختی رفتاری و ترکیب این دو، در سایر گروه ها و در جوامع متنوع دیگر نظیر کلینیک ها و مراکز مشاوره، بیمارستان ها و ... تکرار نمایند. برای نمایش قدرت ماندگاری آموزش درمان، پژوهشگران آتی از مطالعات پی گیری برای شفاف سازی این امر بهره بگیرند

منابع:

ابوالقاسمی، عباس؛ جعفری؛ عیسی (۱۳۹۱). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پر خوری عصبی، مجله روان شناسی بالینی، ۴ (۲)، ۲۹۳۷.

ارجی، مونا. (۱۳۹۶). تدوین و آزمون مدل علی نشانه های بدشکلی بدنی بر اساس ابعاد کمال گرایی و اثرهای فرهنگی اجتماعی رسانه با واسطه گری عزت نفس، طرحواره بدنی، راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و تصویر بدنی، رساله دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

بیاضی، محمدحسین؛ گوهری، زکیه؛ حجت، سید کاوه (۱۳۹۲). رابطه بین طرحواره های هیجانی با میزان اضطراب و افسردگی و سبک های مقابله با استرس در بیماران کرونری قلب. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۵ (۳)، ۳۵.

جاسمی زرگانی، احلام؛ جوهری فرد؛ رضا (۱۳۹۸). اثربخشی هنر درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری بر خودپنداره و تن انگاره در دختران نوجوان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن شهر اهواز، مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، ۶ (۱)، ۲۲۱۱.

دلاور، علی (۱۳۸۱). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم اجتماعی. تهران: انتشارات ارسباران، چاپ چهارم.

رایت، جسی؛ بسکو، مونیکا؛ تیز، مایکل (۲۰۰۹). آموزش درمان رفتاری شناختی، ترجمه حبیب الله قاسم زاده و حسن حمیدپور (۱۳۹۲)، تهران: ارجمند.

زرگر، یداله؛ صیاد، سحر؛ بساک نژاد، سودابه (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی در دانش آموزان دختر. تحقیقات علوم رفتاری، ۹ (۵)، ۳۴۹۳۴۱.

صالح میرحسینی، وحیده؛ رفیعی پور، امین؛ علوی، سعید (۱۳۹۹). درمان شناختی رفتاری، اختلال بدشکلی بدن: مطالعه مروری، رویش

- ۸۶ Leahy
 ۸۷ Villabø & Compton
 ۸۸ Neff

روان شناسی، ۹ (۸)، ۷۱۷۸.

طوافی، مارال؛ حاتمی، محمد؛ احدی، حسن؛ صرافی زاده، سارا (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی نظمجویی هیجانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش وسوسه خوردن در افراد مبتلا به پر خوری هیجانی و دارای اضافه وزن، فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، ۲۵ (۷)، ۵۱۲.

عابدی پریجا، حسین؛ صادقی، سعید؛ شلانی، بیتا؛ صادقی، الهه (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی بر بهبود تصویر بدنی منفی در نوجوانان پسر. دانشور پزشکی، ۲۴ (۱۲۸)، ۲۳۱.

قاسم زاده، عظیم؛ جانی، ستاره (۱۳۹۲). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری همراه با آموزش مهارت حل مساله بر خود نظم دهی خشم و احساس تنهایی. اندیشه و رفتار، ۸ (۲۹)، ۶۷۸۹.

محبوبی، الهام؛ غلامی حیدرآبادی، خوش نویس، زهرا (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر عادات غذایی و اختلال بدشکلی بدن دختران، مجله علوم روانشناختی، ۱۸ (۷۶)، ۴۸۹۴۹۸.

موسوی، سید ابوالفضل؛ پورحسین، رضا؛ زارع مقدم، علی؛ موسویان حجازی، سیداحمد، گمنام، اعظم (۱۳۹۵). تصویر بدن در دیدگاهها و مکاتب روان شناسی، رویش روان شناسی، ۲ (۱۵)، ۲۰۹۲۱۷.

Agras, W. S., & Bohon, C. (2021). Cognitive Behavioral Therapy for the Eating Disorders. Annual review of clinical psychology, 17, 417–438.

American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM5 (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 Th Edition) Text Revision. Washington DC: Author. 235264.

Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 53(3), 311330.

Bernstein, E. E., Phillips, K. A., Greenberg, J. L., Curtiss, J., Hoeppe, S. S., & Wilhelm, S. (2023). Mechanisms of cognitivebehavioral therapy effects on symptoms of body dysmorphic disorder: A network intervention analysis. Psychological Medicine, 53(6), 25312539.

Bernstein, E. E., Szkutak, A., Fang, A., Blashill, A. J., Ragan, J., & Greenberg, J. L. (2023). Cognitive Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. In The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy (pp. 201215). Cham: Springer International Publishing.

Blackwell, S. E., & Heidenreich, T. (2021). Cognitive Behavior Therapy at the Crossroads. International journal of cognitive therapy, 14(1), 1–22.

Brown, W. P. (2011). Adult attachment style, relationship satisfaction, and body dissatisfaction in women. Texas Woman's University.

Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a populationbased survey. Psychiatry research, 178(1), 171–175.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.002>.

Buhlmann, U., Marques, L. M., Wilhelm, S. (2012). Traumatic experiences in individuals with body dimorphic disorder. J Nerv Ment Dis, 200(1):95–8.

Bjornsson, A. S., Didie, E. R., Grant, J. E., Menard, W., Stalker, E., & Phillips, K. A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. Comprehensive psychiatry, 54(7), 893903.

Castillo, M., & Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. Current problems in pediatric and adolescent health care, 47(4), 85–94.

<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>

Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2011). The evolution of “enhanced” cognitive behavior therapy for eating disorders: Learning from treatment nonresponse. Cognitive and Behavioral Practice, 18(3), 394–402.

Diane L Gorgas D. L. (2023). Eating Disorders. Emergency medicine clinics of North America, 42(1), 163–179. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2023.06.024>

Dor, J. (2015). Comparison of ACT with CBT: Cognitive Failure against Reconstruction. Fayzi A translation.

- Enander, J., Ivanov, V. Z., MataixCols, D., KujaHalkola, R., Ljótsson, B., Lundström, S., ... & Rück, C. (2018). Prevalence and heritability of body dysmorphic symptoms in adolescents and young adults: a populationbased nationwide twin study. *Psychological medicine*, 48(16), 27402747.
- Essayli, J. H., & Vitousek, K. M. (2020). *Cognitive Behavioral Therapy with Eating Disordered Youth*. In *Cognitive Behavioral Therapy in Youth: Tradition and Innovation* (pp. 163187). Humana, New York, NY.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fang, A., steketee, G., Keshaviah, A., Didie, E., Phillips, A., & Wilhelm, S. (2020). Mechanisms of Change in Cognitive Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *journal of cognitive therapy and research*, 45(2), 115.
- Feusner, J.D., Moody, T., Hembacher, E., Townsend, J., McKinley, M., Moller, H., Bookheimer, S. (2010). Abnormalities of visual processing and front striatal systems in body dimorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67(2), 197–205.
- Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707–711
- Fairburn, C. G. , Cooper, Z. , & Cooper, P. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. In Brownell K. D. & Foreyt J. P. (Eds.), *Physiology, psychology and treatment of the eating disorders*. Basic Books
- Griffiths, S., Hay, P., Mitchison, D., Mond, J. M., McLean, S. A., Rodgers, B., ... & Paxton, S. J. (2016). Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(6), 518522.
- Gibson, D., Workman, C., & Mehler, P. S. (2019). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychiatric Clinics*, 42(2), 263274.
- Greenberg, J. L., Phillips, K. A., Steketee, G., Hoepfner, S. S., & Wilhelm, S. (2019). Predictors of response to cognitivebehavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behavior therapy*, 50(4), 839849.
- Gunstad, J., & Phillips, K.A., 2003. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr. Psychiatry*, 44, 270276
- Grace, S. A., Labuschagne, I., Kaplan, R. A., Rossell, S. L., 2017. The neurobiology of body dysmorphic disorder: A systematic review and theoretical model. *Neurosci. Biobehav.Rev.*, 83, 8396.
- Greenberg, J. L., Mothi, S. S., & Wilhelm, S. (2016). Cognitivebehavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder: A pilot study. *Behavior Therapy*, 47(2), 213224.
- Greenberg, J. L., Jacobson, N. C., Hoepfner, S. S., Bernstein, E. E., Snorrason, I., Schwartzberg, A., ... & Wilhelm, S. (2022). Early response to cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder as a predictor of outcomes. *Journal of Psychiatric Research*, 152, 713.
- Grace, S. A., Labuschagne, I., Kaplan, R. A., & Rossell, S. L. (2017). The neurobiology of body dysmorphic disorder: A systematic review and theoretical model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 83, 8396.
- Harrison, A., de la Cruz, L. F., Enander, J., Radua, J., & MataixCols, D. (2016). Cognitivebehavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology review*, 48, 4351.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Metaanalyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s1060801294761>
- Hartmann, A. S., Schmidt, M., Staufenberg, T., Ebert, D. D., Martin, A., & Schoenberg, K. (2021). *ImaginYouth—A TherapistGuided InternetBased CognitiveBehavioral Program for Adolescents and Young Adults With Body Dysmorphic Disorder: Study Protocol for a TwoArm Randomized Controlled Trial*. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 682965.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Metaanalyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s1060801294761>
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., TuschenCaffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Metaanalysis of the efficacy of psychological and medical treatments for bingeeating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(1), 91–105.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000358>.

- Kambanis, P. E., Burton Murray, H., Thomas, J. J., & Becker, K. R. (2023). Brief Cognitive Behavioral Therapy for NonUnderweight Patients (CBTT for Eating Disorders). In *The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 231-245). Cham: Springer International Publishing.
- Kaidesoja, M., Cooper, Z., & Fordham, B. (2023). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A map of the systematic review evidence base. *The International journal of eating disorders*, 56(2), 295–313. <https://doi.org/10.1002/eat.23831>.
- Krebs, G., Turner, C., Heyman, I., & Mataix-Cols, D. (2012). Cognitive behaviour therapy for adolescents with body dysmorphic disorder: a case series. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 40(4), 452-461.
- Leahy, R. L. (2017). *Cognitive Therapy Techniques, Second Edition: A Practitioner's Guide* (2nd ed.): Guilford Press.
- Linardon, J. (2018). Metaanalysis of the effects of cognitive-behavioral therapy on the core eating disorder maintaining mechanisms: implications for mechanisms of therapeutic change. *Cognitive behaviour therapy*, 47(2), 107-125.
- Linardon, J., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2018). Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy for binge-eating-type disorders on abstinence rates in nonrandomized effectiveness studies: Comparable outcomes to randomized, controlled trials?. *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1303-1311.
- Mond, J., Mitchison, D., Latner, J., Hay, P., Owen, C., & Rodgers, B. (2013). Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. *BMC Public Health*, 13(1), 111.
- Makovac, E., Meeten, F., Watson, D. R., Garfinkel, S. N., Critchley, H. D., & Ottaviani, C. (2016). Neurostructural abnormalities associated with axes of emotion dysregulation in generalized anxiety. *NeuroImage: Clinical*, 10, 172-181.
- medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 91–105. [10.1037/ccp0000358](https://doi.org/10.1037/ccp0000358).
- Mitchison, D., Hay, P., Griffiths, S., Murray, S. B., Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., ... & Mond, J. (2017). Disentangling body image: The relative associations of overvaluation, dissatisfaction, and preoccupation with psychological distress and eating disorder behaviors in male and female adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 50(2), 118-126.
- Neff, K. D. (2009). The role of self compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, 211-214.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. NICE.
- Nakao, M., Shirotaki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial medicine*, 15(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s1303002100219w>.
- Nolen-Hoeksema, S. (2013). *Abnormal Psychology* (6th edition). McGraw-Hill. p.344]
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2006). *Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*.
- Phillips, K. A., Coles, M. E., Menard, W., Yen, S., Fay, C., & Weisberg, R.B., 2005. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J. Clin. Psychol.*, 66, 717-725
- Phillips, K. A. (2009). *Understanding body dysmorphic disorder*. London: Oxford University Press. 133-154.
- Phillips, K. A., Pinto, A., Hart, A. S., Coles, M. E., Eisen, J. L., Menard, W., & Rasmussen, S. A., 2012. A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J. Psychiatr. Res.*, 46, 1293-1299.
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J., & Albertini RS., 2001. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 42, 504-510.
- Phillipou, A., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2019). Direct comparisons of anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 274, 129-137
- Phillips, K. A., Greenberg, J. L., Hoepfner, S. S., Weingarden, H., O'Keefe, S., Keshaviah, A., ... & Wilhelm,

- S. (2021). Predictors and moderators of symptom change during cognitivebehavioral therapy or supportive psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 287, 3440.
- Phillips, K. A. (2009). *Understanding body dimorphic disorder*. Oxford University Press.
- Rautio, D., Gumpert, M., Jassi, A., Krebs, G., Flygare, O., Andrén, P., ... & MataixCols, D. (2022). Effectiveness of multimodal treatment for young people with body dysmorphic disorder in two specialist clinics. *Behavior Therapy*, 53(5), 10371049.
- Rautio, D., Andrén, P., Gumpert, M., Jolstedt, M., Jassi, A., Krebs, G., ... & de la Cruz, L. F. (2023). Therapistguided, Internetdelivered cognitive behaviour therapy for adolescents with body dysmorphic disorder: A feasibility trial with longterm followup. *Internet Interventions*, 34, 100688.
- Rautio, D., Andrén, P., Gumpert, M., Jolstedt, M., Jassi, A., Krebs, G., ... & de la Cruz, L. F. (2023). Therapistguided, Internetdelivered cognitive behaviour therapy for adolescents with body dysmorphic disorder: A feasibility trial with longterm followup. *Internet Interventions*, 34, 100688.
- Reas, D.L. (2002). Relationship between weight loss and body image in obese individual seeking weight loss treatment. A dissertation of doctor – of philosophy. Louisiana State University
- Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M., Muller, A., Martin, A. (2013). Personality traits as vulnerability factors in body dimorphic disorder. *Psychiatry Res*, 210(1), 242–6.
- Schneider, S. C., Turner, C. M., Mond, J., & Hudson, J. L. (2017). Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(6), 595603.
- Schneider, S. C., Turner, C. M., Storch, E. A., & Hudson, J. L. (2019). Body dysmorphic disorder symptoms and quality of life: The role of clinical and demographic variables. *Journal of ObsessiveCompulsive and Related Disorders*, 21, 15.
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body dimorphic disorder: A treatment manual*. John Wiley & Sons.
- Villabo, M. A., & Compton, S. N. (2019). *Cognitive Behavioral Therapy*. In *Pediatric Anxiety Disorders* (pp. 317334). Academic Press.
- Wilhelm, S., Philips, K.A., Greenberg, J., L. O' Keefe, Sh., Hoepfner, M., Keshaviah, A., SaryodeMothi, S., & Schoenfeld, D.A. (2019). Efficacy and Post Treatment Effects of TherapistDelivered Cognitive Behavioral Therapy Vs Supportive Psychotherapy for Adults with Body
- Wilhelm, S., Phillips, K., & Steketee, G. A., (2013). *Cognitive Behavioral Treatment Manual For Body Dysmorphic Disorder*. Guilford Press, New York
- Weingarden, H., Hoepfner, S. S., Snoarrason, I., Greenberg, J. L., Phillips, K. A., & Wilhelm, S., (2021). Rates of remission, sustained remission, and recurrence in a randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy versus supportive psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Depress. Anxiety*.
- Wade T. D. (2019). Recent Research on Bulimia Nervosa. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(1), 21–32. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.00>.
- Wang, J., Tang, L., Wang, M., Wu, G., Li, W., Wang, Y., Wang, X., Wang, H., Yang, Z., Li, Z., Chen, Q., Zhang, P., & Wang, Z. (2023). Frontotemporal dysfunction in appetitive regulation of bulimia nervosa with affective disorders: A regional homogeneity and remote connectivity pattern analysis. *Journal of affective disorders*, 340, 280–289. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.036>