



Comparing the efficacy of internal family systems therapy and mindfulness-based cognitive therapy on symptoms of depression and body dysmorphic disorder in women with childhood trauma experiences

Maryam Nouri Pargo¹, Elham Foroozandeh², Majid Baradaran³, Hasan KhoshAkhlagh⁴

1. Ph.D Candidate in Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran. E-mail: maryamnori3404@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran. E-mail: Elham_for@iau.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran. E-mail: baradaran@pnu.ac.ir

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran. E-mail: hassan.khoshakhlagh@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 11 December 2024

Received in revised form 06 January 2025

Accepted 11 February 2025

Published Online 22 June 2025

Keywords:

internal family systems therapy, mindfulness-based cognitive therapy, depression symptoms, body dysmorphic disorder, childhood trauma

ABSTRACT

Background: Childhood traumatic events are a major public health concern and, as evidenced by research findings, are the root cause of many psychological problems, such as depression and body dysmorphic disorder (BDD). A review of the existing literature indicates that various treatments have been examined for individuals with childhood trauma experiences. However, no study has yet compared the effectiveness of Internal Family Systems Therapy (IFS) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT).

Aims: The purpose of this study was to compare the effectiveness of Internal Family Systems Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on symptoms of depression and body dysmorphic disorder in women with childhood trauma experiences.

Methods: This study employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, a control group, and a two-month follow-up. The statistical population included all women with childhood trauma experiences who referred to counseling centers in Lahijan city in 2023. Using convenience sampling, 60 individuals were selected and assigned to two experimental groups and one control group (20 participants in each group). The research instruments included the Beck Depression Inventory (Beck, 1996), the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (Phillips et al., 1997), and the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 2003). Data were analyzed using SPSS software (version 25) and repeated-measures analysis of variance.

Results: The findings revealed that both interventions were effective in reducing symptoms of depression and body dysmorphic disorder, with the therapeutic effects remaining stable during the follow-up phase ($P < 0.001$). Additionally, the results indicated that Internal Family Systems Therapy was more effective in alleviating symptoms of depression ($P < 0.001$). However, no significant difference was observed between Internal Family Systems Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy in their effectiveness on symptoms of body dysmorphic disorder ($P < 0.001$).

Conclusion: Based on the findings, Internal Family Systems Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy can be considered effective treatments for improving symptoms of depression and body dysmorphic disorder in individuals with childhood trauma experiences.

Citation: Nouri Pargo, M., Foroozandeh, E., Baradaran, M., & KhoshAkhlagh, H. (2025). Comparing the efficacy of internal family systems therapy and mindfulness-based cognitive therapy on symptoms of depression and body dysmorphic disorder in women with childhood trauma experiences. *Journal of Psychological Science*, 24(148), 193-209. [10.52547/JPS.24.148.193](https://doi.org/10.52547/JPS.24.148.193)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 148, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.148.193](https://doi.org/10.52547/JPS.24.148.193)



✉ **Corresponding Author:** Elham Foroozandeh, Associate Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.

E-mail: Elham_for@iau.ac.ir, Tel: (+98) 9133004695

Extended Abstract

Introduction

Childhood trauma, encompassing experiences of abuse, neglect, or adverse family environments, represents a critical risk factor for the development of psychological disorders in adulthood (Bohus et al., 2020). Research indicates that childhood trauma disrupts emotional regulation, self-concept, and cognitive processing, leading to long-term mental health challenges such as depression and body dysmorphic disorder (BDD). These conditions often co-occur, as individuals with unresolved childhood trauma may develop distorted perceptions of themselves and their worth, manifesting in pervasive feelings of sadness and obsession with perceived physical flaws (Chen et al., 2023). The debilitating impact of such disorders necessitates the development and evaluation of effective therapeutic approaches tailored to the unique needs of this population.

Depression is one of the most common consequences of adverse childhood experiences, characterized by persistent low mood, feelings of hopelessness, and diminished interest in daily activities (Fried et al., 2022). For women with childhood trauma, the internalization of negative self-beliefs and a heightened sensitivity to rejection exacerbate depressive symptoms, creating a vicious cycle that impedes recovery. In parallel, BDD, marked by an intense preoccupation with minor or imagined defects in physical appearance, is a significant concern (Janes et al., 2022). This disorder often stems from early experiences of neglect or criticism, undermining self-esteem and contributing to severe emotional distress and functional impairment. Addressing these interconnected issues requires interventions that not only alleviate symptoms but also target the underlying mechanisms shaped by traumatic experiences (Ross et al., 2023).

Among the diverse therapeutic modalities available, two approaches have gained prominence in addressing trauma-related psychopathology: Internal Family Systems Therapy (IFS) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). IFS, rooted in systemic and psychodynamic theories, focuses on

identifying and harmonizing the various subpersonalities or “parts” within an individual, especially those shaped by early trauma (Spinazzola et al., 2021). This approach emphasizes fostering self-compassion and healing emotional wounds by engaging with vulnerable or protector parts of the psyche. Studies have demonstrated the effectiveness of IFS in reducing trauma symptoms and improving emotional resilience. However, its comparative efficacy in treating depression and BDD, particularly in populations with childhood trauma, remains underexplored (Tseng et al., 2023).

On the other hand, MBCT integrates the principles of cognitive therapy and mindfulness practices to help individuals disengage from maladaptive thought patterns and cultivate a non-judgmental awareness of the present moment. By interrupting the cycle of negative thinking and increasing psychological flexibility, MBCT has shown significant benefits for preventing the relapse of depression and reducing emotional reactivity (Watters et al., 2023). Although the impact of MBCT on trauma-related disorders has been documented, its specific role in addressing BDD in trauma survivors requires further empirical investigation.

Despite the growing evidence supporting the individual effectiveness of IFS and MBCT, few studies have sought to directly compare these two modalities. Such a comparison is crucial, as it can guide clinicians in selecting the most appropriate intervention for individuals with comorbid symptoms of depression and BDD (Wrobel et al., 2023). Given that IFS and MBCT target different psychological processes—IFS focusing on resolving internal conflicts and MBCT on enhancing present-moment awareness—understanding their relative strengths and limitations can provide valuable insights into their therapeutic potential (Watters et al., 2023).

This study aims to fill this gap by comparing the effectiveness of IFS and MBCT on depression and BDD symptoms in women with childhood trauma experiences. By adopting a rigorous quasi-experimental design and employing validated assessment tools, this research seeks to identify which approach offers greater symptom relief and sustained improvement. The findings will contribute to the

growing body of literature on trauma-focused interventions and inform evidence-based practices for this vulnerable population.

Method

The present study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest format, including a control group and a two-month follow-up. The statistical population comprised all women with childhood trauma experiences who sought counseling services in Lahijan in 2023. Using Cohen's formula, the sample size was estimated at 20 participants per group. A total of 60 women scoring above 70 on the Childhood Trauma Questionnaire were selected via convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group (each consisting of 20 participants). Inclusion criteria included willingness to participate and completion of an informed consent form, an age range of 20–50 years, absence of acute mental disorders as assessed through a clinical interview by a psychologist, no medication use or substance addiction (verified through an initial interview and self-report), and a minimum education level of middle school. Exclusion criteria encompassed lack of cooperation during the study, missing more than two sessions, or simultaneous participation in other psychological interventions.

Results

Demographic analysis revealed that the mean and standard deviation of participants' ages in the Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) group were 36.65 ± 3.37 years, in the Internal Family Systems (IFS) group were 35.59 ± 3.81 years, and in the control group were 37.34 ± 3.23 years. Regarding education levels, in the MBCT group, 2 participants

had middle school education, 4 had high school diplomas, 5 had associate degrees, and 5 had bachelor's degrees. In the IFS group, 3 participants had middle school education, 2 had high school diplomas, 4 had associate degrees, and 7 had bachelor's degrees. In the control group, 2 participants had middle school education, 5 had high school diplomas, 3 had associate degrees, and 6 had bachelor's degrees. Regarding marital status, in the MBCT group, 3 participants were single, 12 were married, and 1 was divorced, while in the control group, 3 participants were single and 13 were married.

Significant differences were observed in the pretest, posttest, and follow-up scores for depressive symptoms and body dysmorphic disorder (BDD) across the study groups. Repeated measures ANOVA was conducted to test the research hypotheses, with preliminary assumptions such as normal distribution, homogeneity of variances, and sphericity assessed. The Shapiro-Wilk test confirmed normal distribution, while Levene's test verified variance homogeneity ($p > 0.05$). Mauchly's test for sphericity also yielded significant results for depressive symptoms and BDD, confirming the assumption of equal covariance matrices ($p > 0.05$).

Multivariate analysis using Wilks' Lambda indicated significant effects for both BDD and depressive symptoms ($F = 1313.24$, $p < 0.001$), with a substantial portion of the variance explained. These findings suggested at least one between-group or within-group effect was significant.

Mauchly's test of sphericity further confirmed the assumption of equal covariance for depressive symptoms ($X^2 = 0.886$, $p = 0.219$) and BDD ($X^2 = 0.815$, $p = 0.601$), validating the reliability of the repeated measures analysis.

Table 1. Results of repeated measures analysis of variance test on depressive symptoms and body dysmorphic disorder

Variables	Effect	Source	SS	df	MS	F	Sig	Eta
depressive symptoms	Whithin	Time	118.264	1.14	109.55	170.06	0.001	0.791
		Time * Group	783.903	2.28	343.200	58.05	0.001	0.721
	Between	Group	1411.34	2	705.67	21.83	0.001	0.492
body dysmorphic disorder	Whithin	Time	573.014	1.22	468.98	145.71	0.001	0.746
		Time * Group	228.028	2.44	93.28	28.99	0.001	0.563
	Between	Group	448.34	2	224.17	2.27	0.001	0.269

The mean change in depressive symptoms across pretest, posttest, and follow-up stages was 79.1%,

which was statistically significant. Additionally, the interaction effect of time and group was significant

($p < 0.001$), indicating that the trend of mean depressive symptoms differed across the three groups. A significant between-subjects effect was also found for BDD ($p < 0.001$), with 26.9% of the variance attributed to group differences. For BDD, the mean change across the three stages was 76.4%,

which was also statistically significant ($p < 0.001$). The interaction effect of time and group for BDD was similarly significant ($p < 0.001$), confirming differences in the trend of mean scores across the groups.

Table 2. Results of the post-test to compare the means of depressive symptoms and body dysmorphic disorder

	IFS	MBCT	Mean Difference	Std	P
Depressive symptoms	IFS	MBCT	0.625	2.19	1
		Control	-7.37	2.19	0.005
	MBCT	Control	-8.00	2.19	0.002
Body dysmorphic disorder	IFS	MBCT	1.16	1.06	0.834
		Control	-3.02	1.06	0.02
	MBCT	Control	-4.18	1.06	0.001

A significant difference was observed between the IFS and MBCT groups in reducing depressive symptoms. Furthermore, both experimental groups significantly outperformed the control group in reducing depressive symptoms ($p < 0.001$), demonstrating the effectiveness of both interventions. However, no significant difference was found between IFS and MBCT in improving BDD. Both interventions were significantly effective in reducing BDD symptoms compared to the control group.

Conclusion

The aim of the present study was to compare the effectiveness of Internal Family Systems (IFS) therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on depressive symptoms and body dysmorphic concerns in women with a history of childhood trauma. One of the findings of the study revealed that there was a significant difference in the effectiveness of IFS therapy and MBCT on depressive symptoms in women with childhood trauma experiences. The results indicated that IFS therapy demonstrated greater effectiveness compared to MBCT in alleviating depressive symptoms.

Another finding of this study showed that the mean scores of body dysmorphic concerns significantly differed among the two experimental groups (IFS therapy and MBCT) and the control group. According to the results, there was no significant difference between the effectiveness of IFS therapy and MBCT on body dysmorphic concerns. However, both treatments demonstrated significant effectiveness in reducing body dysmorphic concerns in the

experimental groups compared to the control group. The findings regarding the effectiveness of MBCT on body image concerns align with the results of Shariati et al. (2022) and Sertipi-Yarahmadi et al. (2022).

In explaining this finding, it can be stated that MBCT helped women with childhood trauma experiences become aware of any perceived anxiety or stress present in their minds and bodies and allowed them to simply *be* with these sensations. This means that rather than analyzing, suppressing, or exacerbating their thoughts, feelings, or perceived stress related to their body image, they were encouraged to coexist with these experiences. Although this process might initially seem intimidating, over time, they realized that by permitting themselves to acknowledge and feel these concerns, discomforts, painful memories, and other challenging thoughts and emotions, they were aiding themselves in coping with these issues. Instead of expending energy fighting or fleeing from such feelings and thoughts, being present with "what is happening" provided an opportunity to become aware of what drives their worries. When the root cause of anxiety and concerns is uncovered, a sense of liberation emerges.

Essentially, this process involves learning to trust and coexist with distressing emotions while accepting them, rather than fleeing from or analyzing them. Additionally, mindfulness techniques taught participants to adopt a more conscious, nonjudgmental, and accepting approach to stress-inducing problems.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of psychology at the Islamic Azad University. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the participants in the study.





مقایسه اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و بدریخت

انگاری بدنی در زنان دارای تجربه ترومای کودکی

مریم نوری پرگو^۱، الهام فروزنده^۲، مجید برادران^۳، حسن خوش اخلاق^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیانور، تهران، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۲۱

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۰/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۳

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۴/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان سیستم خانواده درونی،
شناخت درمانی مبتنی بر
ذهن آگاهی،
نشانه‌های افسردگی،
بدریخت انگاری بدنی،
ترومای کودکی

زمینه: رویدادهای تروماتیک کودکی یک نگرانی عمده برای سلامت عمومی است و مطابق با نتایج مطالعات ریشه بسیاری از مشکلات روانی مانند افسردگی و بدریخت انگاری بدنی است. با بررسی ادبیات موجود در این حوزه تاکنون اثر درمان‌های مختلفی بر افراد دارای تجربه ترومای کودکی بررسی شده است ولی هیچ مطالعه‌ای به مقایسه درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نپرداخته است.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و بدریخت انگاری بدنی در زنان دارای تجربه ترومای کودکی بود.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای تجربه ترومای کودکی مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر لاهیجان در سال ۱۴۰۲ بود. از میان آن‌ها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر انتخاب شدند و در ۲ گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارش شدند. ابزارهای جمع آوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی (بک، ۱۹۹۶)، بدریخت انگاری بدنی (فیلیس و همکاران، ۱۹۹۷) و ترومای کودکی (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نرم افزار spss نسخه ۲۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله بر نشانه‌های افسردگی و بدریخت انگاری بدنی اثربخش و در مرحله پیگیری اثر درمان پایدار بود ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج نشان داد درمان سیستم خانواده درونی بر نشانه‌های افسردگی اثربخشی بیشتری دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج نشان داد بین درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بدریخت انگاری بدنی تفاوتی وجود ندارد ($P < ۰/۰۰۱$).
نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می توان از درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان درمانی مؤثر در بهبود نشانه‌های افسردگی و بدریخت انگاری بدنی افراد دارای تروما استفاده نمود.

استاد: نوری پرگو، مریم؛ فروزنده، الهام؛ برادران، مجید؛ و خوش اخلاق، حسن (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و بدریخت انگاری بدنی در زنان دارای تجربه ترومای کودکی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۸، ۱۹۳-۲۰۹.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۸، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.148.193](https://doi.org/10.52547/JPS.24.148.193)



© نویسنده گان.

✉ نویسنده مسئول: الهام فروزنده، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران. رایانامه: Elham_for@iauo.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۳۳۰۰۴۶۹۵

مقدمه

ترومای پیچیده^۱ به عنوان مجموعه‌ای از تجارب آزاردهنده، مزمن و طولانی مدت، که اغلب دارای ماهیت بین فردی است و در اوایل کودکی یا نوجوانی پدید می‌آید، تعریف می‌شود (مونرو و همکاران، ۲۰۲۲). سالانه کودکان بسیاری توسط مراقبان خود دچار ترومای پیچیده می‌شوند آمار بالای تروما در جهان و تأثیرات عمیقی که بر رشد و شخصیت کودک، خانواده و اجتماع می‌گذارد، پرداختن به آن را در اولویت‌های مهم پژوهشی سلامت روانی قرار داده است (کچپرس و همکاران، ۲۰۱۹). ترومای پیچیده دو ویژگی خاص نسبت به تروماهای معمول دارد که بر شدت آسیب‌زای آن می‌افزاید. یکی اینکه مدت زمانی که قربانیان درگیر این نوع تروما هستند معمولاً بیشتر از دیگر شکل‌های تروما است و دوم اینکه این تروما معمولاً در بافت روابط نزدیک رخ می‌دهد و کودک معمولاً از جانب نزدیکان و خانواده خود مورد سوء استفاده قرار می‌گیرد (اسپینازولا و همکاران، ۲۰۲۱). زنان دارای تجربه ترومای کودکی، به‌ویژه آن‌هایی که در کودکی با انواع سوء استفاده‌های جسمی، جنسی یا عاطفی مواجه بوده‌اند، به دلایلی مانند اثرات طولانی مدت بر ساختارهای شناختی، هیجانی و بین فردی، در معرض مشکلات روانشناختی متعددی قرار دارند (هو و همکاران، ۲۰۱۹). این افراد اغلب با چالش‌های عمیقی در تنظیم هیجانات و شکل‌گیری تصویر بدن مواجه هستند و همین امر احتمال ابتلا به اختلالات افسردگی^۲ و بدریخت انگاری بدنی^۳ را افزایش می‌دهد (بورل و همکاران، ۲۰۲۰؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). افسردگی به عنوان یکی از رایج‌ترین اختلالات روانشناختی و بدریخت انگاری بدنی به عنوان اختلالی که فرد را نسبت به ظاهر خود وسواس گونه درگیر می‌کند، مشکلات اصلی این گروه از افراد هستند که نیازمند مداخلات درمانی مناسب‌اند. سازمان بهداشت جهانی^۴، افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان قرار داده است (فراید و همکاران، ۲۰۲۲). افسردگی اختلالی است که با احساس غم، ناامیدی، بی‌ارزشی و کاهش علاقه به فعالیت‌های روزمره همراه است (سوتلیتز، ۲۰۲۱). این اختلال علاوه بر تأثیر بر عملکرد فرد، می‌تواند باعث افت شدید کیفیت زندگی، کاهش روابط اجتماعی و افزایش خطر خودکشی شود. در

زنان دارای تجربه ترومای کودکی، افسردگی اغلب به دلیل فعال‌سازی مجدد خاطرات دردناک و احساس عدم امنیت روانی بروز می‌کند (شوری و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین افسردگی یکی از مهم‌ترین اختلالات عصب روانپزشکی است که امکان ابتلا به آن در طول عمر در حدود ۱۷ درصد است و تقریباً ۱۰ درصد از انسان‌ها در سراسر دنیا نیازمند درمان جدی آن هستند (هرمن و همکاران، ۲۰۲۲). عوامل به وجود آورنده افسردگی متعدد هستند و از طرفی مسیرهای خاصی که از طریق آن ترومای دوران کودکی اثرات نامطلوب خود را بر پیامدهای سلامت روان اعمال می‌کند، پیچیده و ناممکن هستند و احتمالاً لایه‌های متعددی از مغز، ذهن و بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهند (راس و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج پژوهش (رابل و همکاران، ۲۰۲۳) نشان داد بین افسردگی بزرگسالی و تجربه تروما در کودکی رابطه معناداری وجود دارد. از دیگر مشکلاتی که افراد دارای تجربه ترومای کودکی با آن مواجه هستند بدریخت انگاری بدن است.

بر اساس پژوهش‌های انجام شده تجارب نامطلوب دوران کودکی یک عامل خطر برای ایجاد اشکال مختلف اختلالات روانی از جمله اختلال بدشکلی بدن در نظر گرفته می‌شود (لانگوباردی و همکاران، ۲۰۲۲). بدریخت انگاری بدنی اختلالی است که در آن فرد به شدت بر روی نقص‌های جزئی یا خیالی در ظاهر خود تمرکز دارد و این امر باعث پریشانی قابل توجه و افت عملکرد روزمره می‌شود (فینگولد و همکاران، ۲۰۲۱). افرادی که دارای تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی هستند، به دلیل تخریب خودپنداره و احساس بی‌ارزشی که در اثر ترومای گذشته ایجاد شده، بیشتر در معرض این اختلال قرار دارند. این اختلال می‌تواند منجر به رفتارهای اجتنابی، افسردگی شدید و حتی تمایل به جراحی‌های غیرضروری شود (پارک و زارات، ۲۰۱۹).

سنگ بنای تشخیص اختلال بدریخت انگاری بدن وجود مشغله ذهنی یا نگرانی بیمار راجع به یک نقص جزئی یا تصور شده در ظاهر است. بنا به نتایج پژوهش‌های قبلی شیوع این اختلال از آمارهای موجود در جمعیت عمومی بیشتر است (هاردوتیر و همکاران، ۲۰۱۹؛ جاسی و کربز، ۲۰۲۳). شیوع این اختلال در زنان کشور ایران ۷/۱٪ برآورده شده و بیشترین شیوع هم در دامنه سنی ۱۷ سالگی دیده شده است. یک سوم بیماران یقین دارند

³. Body Dysmorphic Disorder

⁴. World Health Organization

¹. Complex Truma

². Depression

که دیگران به آنها نگاه می‌کنند و یک چهارم در پی معالجه جراحی پلاستیک خود بر می‌آیند. گرچه پس از جراحی نیز نگرانی شان کاسته نمی‌شود. ۲۰٪ مبتلا به خودکشی فکر می‌کنند (جسی و کربر، ۲۰۲۳). حدود ۴۰٪ این بیماران نمی‌توانند بیرون کار کنند از ترس این که در مورد ظاهرشان ارزیابی شوند دچار نشخوار فکری هستند. مالکولم و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد شیوع اختلال بدریخت انگاری بدن در افراد دارای تجربه ترومای کودکی بیشتر است.

در سال‌های اخیر درمان‌های متعددی در جهت کاهش علائم منفی در زنان دارای تجربه ترومای کودکی به کار گرفته شده است (بوهاس و همکاران، ۲۰۲۰). در همین راستا درمان سیستم درونی خانواده^۱ از رویکردهای درمانی نوین در درمان مشکلات روانشناختی است. درمان سیستم خانواده درونی بر افزایش توانایی توجه به تجارب درونی دشوار و ناراحت کننده (یعنی بخش‌های آسیب پذیر) به صورت آگاهانه و با شفقت به خود (یعنی از جانب خود) تمرکز می‌کند تا ظرفیت موفقیت آمیز "با" بودن یا تحمل و پردازش تروما را افزایش دهد (جینز و همکاران، ۲۰۲۲). درمان سیستم خانواده درونی رویکردی مبتنی بر روانشناسی سیستم‌ها و نظریه چندصدایی ذهن است که فرض می‌کند روان انسان از بخش‌های مختلفی تشکیل شده است (لاوفر و همکاران، ۲۰۲۳). این رویکرد تلاش می‌کند با شناسایی و تعامل با بخش‌های درونی فرد، از جمله بخش‌های آسیب دیده ناشی از ترومای کودکی، به درمان زخم‌های هیجانی بپردازد. در همین راستا مطالعه شوارتز (۲۰۱۳) نشان داد که این درمان به بهبود نشانه‌های اختلال پس از سانحه و تنظیم هیجانات کمک شایانی می‌کند. همچنین گلدینگ (۲۰۱۷) نشان داد که این درمان در کاهش اضطراب و افسردگی در افرادی که تجربه ترومای کودکی داشته‌اند، مؤثر است.

یکی دیگر از مداخلاتی که می‌تواند در کاهش نشانگان افراد دارای مشکلات روانشناختی مؤثر باشد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ است (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از رویکردهای درمانی جدید است که به اصلاح و کنترل و پردازش افکار می‌پردازد. با این روش درمانی افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی تجربه شده و از توجه و تمرکز روی تنفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود (پارداس-گاسکان و همکاران، ۲۰۲۱).

¹ internal family systems

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی رویکردی ترکیبی است که با ادغام اصول شناخت درمانی و ذهن آگاهی، به افراد کمک می‌کند تا افکار منفی خود را مشاهده کرده و به جای واکنش هیجانی، به‌طور غیرقضاوتی با آن‌ها مواجه شوند (هونگ و همکاران، ۲۰۱۹). این روش با هدف کاهش نشانه‌های افسردگی و تقویت توانایی مدیریت استرس و هیجانات منفی طراحی شده است (جینز و همکاران، ۲۰۲۲).

پژوهش‌های متعدد انجام شده حاکی از اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی بر مولفه‌های روانشناختی نظیر انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری (عسگری و صالحی، ۱۴۰۰) و بهبود الگوهای روابط خانوادگی در افراد دارای تجربه ترومای کودکی (جونز و همکاران، ۲۰۲۲) است. سگال و همکاران شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر اساس دیدگاه کابات - زین توسعه دادند، کابات - زین ذهن آگاهی را به عنوان آگاهی عمدی و غیرقابل انکار و توجه به شیوه خاصی متمرکز کرد: به طور هدفمند، در اکنون و حال را مد نظر قرار می‌دهد فکر و ذهن آگاهی مهارت‌های آموزش داده شده در شناخت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به منظور کمک به شرکت کنندگان برای شناسایی و پذیرش الگوهای ذهنی منفی و دادن پاسخ به آنها می‌باشد (فیلیس و ساسر، ۲۰۲۳). هدف از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای فرد است تا از واکنش‌های خودکار، اندیشه‌ها، احساسات و حوادث رهایی یابد (تسنگ و همکاران، ۲۰۲۳).

با توجه به پیچیدگی مشکلات زنان دارای تجربه ترومای کودکی و نیاز به مداخلات جامع و چندوجهی، بررسی و مقایسه اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ضرورت دارد. درمان درمان سیستم درونی خانواده بر شناسایی و ترمیم زخم‌های هیجانی ناشی از ترومای کودکی تمرکز دارد، در حالی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عمدتاً به مدیریت هیجانات منفی و پیشگیری از عود افسردگی می‌پردازد. از آنجایی که افسردگی و بدریخت انگاری بدنی در این افراد غالباً هم‌زمان رخ می‌دهند و عوامل مشترکی مانند خودپنداره منفی و تنظیم هیجانی ناکارآمد دارند، مقایسه این دو روش می‌تواند به شناسایی شیوه‌ای جامع‌تر و مؤثرتر کمک کند. همچنین، با توجه به اینکه پژوهش‌های قبلی معمولاً به‌صورت جداگانه به هر یک از این روش‌ها پرداخته‌اند، بررسی تطبیقی این دو درمان، می‌تواند خلاهای موجود در

² mindfulness based cognitive therapy

پژوهش‌های گذشته را پر کرده و راهنمایی ارزشمند برای درمانگران در انتخاب رویکردهای درمانی مناسب‌تر باشد. بنابراین در این پژوهش به این پرسش پاسخ داده می‌شود که آیا در میزان اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و بدریخت‌انگاری بدنی در زنان دارای تجربه ترومای کودکی تفاوت وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان دارای تجربه ترومای کودکی مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر لاهیجان در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوهن برای هر گروه ۲۰ نفر برآورد شد (کوهن، ۱۹۹۶). با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر که در پرسشنامه ترومای دوران کودکی نمره بالاتر از ۷۰ که به عنوان خط برش پرسشنامه است را کسب نمودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت برای مشارکت در پژوهش و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، نداشتن اختلال روانی حاد که از طریق مصاحبه بالینی توسط روانشناس حاضر در تیم پژوهش احراز شد، عدم مصرف دارو و عدم اعتیاد به مواد بر اساس مصاحبه اولیه و خوداظهاری، دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم همکاری در جریان پژوهش، غیبت در بیش از دو جلسه و شرکت در مداخله‌های روانشناختی دیگر به صورت همزمان بود.

ب) ابزار

پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI-II): برای سنجش افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II) استفاده گردید. پرسشنامه افسردگی بک اولیه (BDI) برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش ساخته شد. پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) در سال ۱۹۹۶

برای هماهنگی بیشتر با ملاک‌های DSM-IV مورد بازنگری قرار گرفت. در پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) از آزمودنی خواسته می‌شود که احساس خود را در دو هفته اخیر در نظر بگیرد و به سؤالات پاسخ دهد. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است و دارای ۲۱ ماده است. پرسشنامه افسردگی بک و همکاران (۱۹۹۶) یک ابزار خودگزارشی ۲۱ گویه‌ای است که برای سنجش شدت افسردگی و نشانه‌های آن طراحی شده است. ماده‌های این پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (از صفر تا سه) نمره‌گذاری می‌شوند و نمره‌های بالاتر حاکی از شدت افسردگی هستند. در نسخه اصلی روایی این ابزار مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است و همچنین مقدار پایایی برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است در نسخه فارسی در ایران محدخانی و دابسون (۲۰۰۷) خصوصیات روانسنجی BDI-II را در ۳۵۴ نفر از بیماران افسرده‌ای که در مرحله بهبود نسبی بودند، بررسی کردند و ضریب همسانی درونی پرسشنامه نیز ۰/۹۱ محاسبه شد. در مطالعه حاضر نیز مقدار ضریب پایایی برای این ابزار برابر با ۰/۸۹ برآورد شد.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی^۲ (CTQ): این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال است که توسط برنستاین و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی و تنظیم شده است و هدف از این پرسشنامه سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی در ابعاد مختلف می‌باشد و ۵ مؤلفه دارد (سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی) و براساس طیف لیکرت (از هرگز تا همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه و ۳ سؤال آن جهت تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند، به کار می‌رود. در نسخه اصلی این ابزار برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این

^۱. Beck's Depression Inventory (BDI-II)

^۲. Childhood-Trauma-Questionnaire

پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مولفه‌های پنجگانه آن گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر نیز مقدار ضریب پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ برآورد شد.

پرسشنامه بدریخت‌انگاری بدنی^۱ (BDDQ): پرسشنامه اصلاح شده برای اختلال بدشکلی بدن توسط فلیپس و همکاران (۱۹۹۷) به منظور سنجش اختلال بدشکلی بدن طراحی و تدوین شده است. پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن دارای ۱۲ سؤال و ۴ مولفه وسواس فکری، وسواس عملی، اجتناب و بینش می‌باشد و بر اساس طیف لیکرت با سؤالاتی مانند (افکار مربوط به نقص ظاهرتان به چه مقدار باعث تداخل در عملکرد کاری و اجتماعی شما می‌شود؟) به سنجش اختلال بدشکلی بدن می‌پردازد. این پرسشنامه از نوع مداد و کاغذی خود گزارشی است که شامل ۱۲ ماده می‌باشد و برای اولین بار توسط فلیپس و همکاران (۱۹۹۷) ساخته و اعتباریابی شد. هدف از این پرسشنامه سنجش نارضایتی فرد از ظاهر خود در اختلال بدریخت‌انگاری بدن است. در نسخه اصلی این ابزار روایی آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است و همچنین میزان پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ برآورد و گزارش شده است. در ایران نسخه فارسی این ابزار برای نخستین بار توسط بساک نژاد و غفاری در سال ۱۳۸۶

ترجمه و در جمعیت دانشجویی اعتباریابی شد. پایایی پرسشنامه ترس از تصویر بدنی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر و پسر و کل دانشجویان برابر ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است. ضرایب روایی این پرسشنامه نیز از طریق همبستگی با مقیاس ظاهر جسمانی و ترس از ارزیابی منفی به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۴۳ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. در پژوهش حاضر مقدار پایایی برابر با ۰/۸۹ برای کل ابزار برآورد شده است.

پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: این پروتکل شامل ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که به صورت هفته‌ای دو جلسه برگزار شد. هدف این برنامه، ارتقای توانایی ذهن‌آگاهی، تمرکززدایی، پذیرش و کاهش نشانه‌های افسردگی و بدریخت‌انگاری بدنی بود. رویکرد درمانی بر مبنای مفهوم ذهن‌آگاهی طراحی شده و شامل تمرینات مراقبه، خودآگاهی بدنی و شناخت احساسات و افکار بود. این پروتکل بر اساس منابع معتبر روانشناختی مانند کارهای کبات‌زین و سگال (۲۰۰۲) تدوین شد.

درمان سیستم خانواده درونی: این پروتکل برگرفته از شوارتز و سوئیزی (۲۰۱۸) بود و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه و به صورت یک‌بار در هفته برگزار گردید و گروه گواه در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت.

جدول ۱. خلاصه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کبات‌زین و سگال (۲۰۰۲)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی اولیه و معرفی رویکرد درمانی	خوش آمدگویی و آشنایی اعضای گروه، آموزش روانی درباره افسردگی و بدریخت‌انگاری بدنی، معرفی رویکرد ذهن‌آگاهی و مفهوم هدایت خودکار، تمرین واریس بدنی و تمرکز بر تنفس	تمرین واریس بدنی در منزل و تمرکز ذهن‌آگاهی هنگام تنفس.
دوم	آشنایی با نحوه ذهن‌آگاهی تنفس،	آموزش تکنیک دم و بازدم، آموزش تکنیک تماشا تنفس، مراقبه نشسته و تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی تنفس قبل از خواب	انجام ذهن‌آگاهی تنفس قبل از خواب در منزل.
سوم	تقویت آگاهی‌های احساسی و شناختی	تعریف و اهمیت ذهن‌آگاهی و تمرین نزدیکی به آگاهی‌های احساسی، حسی، هیجانی تمرین واریس بدنی، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکززدایی از افکار و فرضیه‌های ذهنی، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱ تا ۱۰ دقیقه و تکلیف خانگی در منزل	ثبت وقایع خوشایند روزانه و تمرین تمرکززدایی از افکار.
چهارم	حضور در لحظه و ارتباط با بدن	تمرین حضور در لحظه، اجرای مراقبه بدنی، حرکت به شیوه ذهن‌آگاهی، اجرای تنفس کششی و تمرین سه دقیقه فضای تنفس	تمرین تنفس کششی در منزل و اجرای فضای سه دقیقه‌ای تنفس.
پنجم	تمرکززدایی و بودن در زمان حال	تعریف تمرکززدایی، تمرین ذهن‌آگاهی دیداری و شنیداری، راه رفتن به شیوه ذهن‌آگاهی، تمرین مراقبه نشسته	مراقبه نشسته به مدت ۵ دقیقه و فضای سه دقیقه تنفس در منزل.
ششم	پذیرش و مواجهه با تجربیات	تعریف مفهوم پذیرش، تمرین مشاهده افکار و احساسات بدون قضاوت، تمرین آگاهی از تنفس و بدن و چگونگی پاسخ به افکار و احساسات	اجرای تمرین پذیرش در لحظه‌های استرس‌آور و نوشتن تجربیات
هفتم	رهاسازی افکار و احساسات	آموزش پذیرش ورود افکار مثبت و منفی بدون قضاوت، تمرین مراقبه برای توجه عمیق به افکار و احساسات	توجه عمیق به افکار روزانه بدون قضاوت و نوشتن مشاهدات.

^۱. Body Dysmorphic Disorder questionnaire

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
هشتم	تقویت حضور ذهن و آگاهی چندبعدی	بررسی آگاهی از صداها، بدن، افکار و احساسات در حالت ذهن آگاهی، تمرین هدفمند نبودن در مراقبه	اجرای مراقبه و توجه به تمام جنبه‌های جسمی و ذهنی در لحظات مختلف روز.
نهم	اختتامیه و جمع‌بندی	بررسی مشکلات جسمانی ناشی از استرس و تمرین مراقبه برای مواجهه با این موارد، جمع‌بندی مباحث و اختتام جلسات	ادامه تمرین‌های مراقبه و ذهن آگاهی به عنوان بخشی از برنامه روزانه.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان سیستم خانواده درونی برگرفته از شوارتز و سوئیزی (۲۰۱۸)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	معرفی رویکرد و ایجاد رابطه اعتمادآمیز	آشنایی و ایجاد ارتباط با آزمودنی‌ها، معرفی رویکرد IFS، توضیح مفهوم بخش‌های مختلف روان و نحوه تعامل آن‌ها با یکدیگر، گفتگوی گروهی درباره تجربیات افراد	ثبت تجربیات شخصی و نوشتن افکار مرتبط با بخش‌های روان.
۲	تمرکز بر ویژگی‌های "خود"	اجرای مدیتیشن کوتاه، تمرکز بر ۸ ویژگی "خود"، استفاده از مدیتیشن هدایت‌شده برای افزایش دسترسی به "خود" و گفتگوی گروهی درباره آشنایی با بخش‌ها	تمرین مدیتیشن روزانه و ثبت مشاهدات مرتبط با ویژگی‌های "خود".
۳	شناسایی بخش‌های محافظ و چرخه تروما	مدیتیشن برای شناسایی بخش‌های محافظ (مدیر و آتش‌نشان)، دسترسی به آن‌ها از طریق حس بدنی و هیجانات، کشیدن نقشه بخش‌ها و بحث گروهی درباره آن‌ها	کشیدن نقشه بخش‌ها و نوشتن ویژگی‌های بخش‌های محافظ شخصی
۴	شناخت بخش‌های محافظ نگران	آشنایی عمیق‌تر با بخش‌های محافظ نگران، تکمیل نقشه بخش‌ها، رسیدگی به نگرانی آن‌ها از طریق مدیتیشن هدایت‌شده، بحث دمو با یک داوطلب	تمرین ارتباط با بخش‌های نگران و تکمیل یادداشت‌ها درباره نگرانی‌های آن‌ها.
۵	ایجاد ارتباط با بخش‌های محافظ	تمرین مدیتیشن برای ایجاد رابطه اعتمادآمیز با بخش‌های محافظ، کشف نیت مثبت آن‌ها و آماده‌سازی برای کار با بخش تبعیدی	نوشتن تجربیات ایجاد ارتباط با بخش‌های محافظ و بررسی نیت مثبت آن‌ها.
۶	شناسایی و دسترسی به بخش تبعیدی (کودک درون)	اجازه گرفتن از بخش محافظ برای دسترسی به بخش تبعیدی، شناسایی ویژگی‌های آن از طریق مدیتیشن هدایت‌شده، تمرین گروهی و اجرای دمو	نوشتن ویژگی‌ها و احساسات مرتبط با بخش تبعیدی و تعامل با آن.
۷	ارتباط عمیق‌تر با بخش تبعیدی	تقویت ارتباط با بخش تبعیدی، ماندن با احساسات آن و گوش دادن به تجربیات آن، تمرین مدیتیشن هدایت‌شده، بحث گروهی	ادامه تمرین‌های ارتباط با بخش تبعیدی و ثبت تغییرات در دیدگاه‌ها.
۸	بازوالدگری بخش تبعیدی	دسترسی به خاطرات بخش تبعیدی، بازوالدگری آن و آزادسازی بارهای هیجانی از طریق مدیتیشن، انجام دمو	تمرین روزانه برای تقویت بازوالدگری و ایجاد احساس امنیت در بخش تبعیدی.
۹	تغییر در سیستم و نقش‌های جدید	دعوت از بخش‌های محافظ برای مشاهده تغییرات در بخش تبعیدی، تنظیم نقش‌های جدید در سیستم، آزادسازی بارهای بخش‌های محافظ	ثبت تغییرات ایجادشده در سیستم و تحلیل تاثیر آن بر رفتار روزمره
۱۰	یکپارچگی تغییرات و تثبیت نقش‌ها	تقویت یکپارچگی تغییرات، بررسی نگرانی‌های دیگر بخش‌ها، آماده‌سازی برای حفظ تغییرات در موقعیت‌های پرانگیزاننده	تمرین مراقبت از بخش‌ها و تثبیت تغییرات به عنوان بخشی از زندگی روزانه.

یافته‌ها

ذهن آگاهی ۳ نفر از شرکت‌کنندگان مجرد، ۱۲ نفر متأهل و ۱ نفر مطلقه، و در گروه گواه ۳ نفر از شرکت‌کنندگان مجرد و ۱۳ نفر متأهل بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه گواه و آزمایش ۱ و ۲ در متغیرهای پژوهش در جدول ۳ آمده است.

از نظر اطلاعات جمعیت‌شناختی، در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۳۶/۶۵ سال و ۳/۳۷، در گروه سیستم خانواده درونی ۳۵/۵۹ سال و ۳/۸۱ و در گروه گواه ۳۷/۳۴ سال و ۳/۲۳ بود. در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی میزان تحصیلات ۲ نفر از شرکت‌کنندگان سیکل، ۴ نفر دیپلم، ۵ نفر فوق‌دیپلم و ۵ نفر لیسانس بود. در گروه سیستم خانواده درونی ۳ نفر سیکل، ۲ نفر دیپلم، ۴ نفر فوق‌دیپلم و ۷ نفر لیسانس و در گروه گواه میزان تحصیلات ۲ نفر از شرکت‌کنندگان سیکل، ۵ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق‌دیپلم و ۶ نفر لیسانس بود. همچنین از نظر تأهل در گروه شناخت درمانی مبتنی بر

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات گروه گواه و آزمایش ۱ و ۲ متغیر نشانه‌های افسردگی و بدریخت انگاری بدنی

متغیر	گروه	گواه		(درمان سیستم‌های خانواده				(شناخت درمانی مبتنی		کشیدگی
		انحراف	میانگین	کجی	کشیدگی	(بر ذهن آگاهی)		کجی		
						انحراف	میانگین			
	آزمون	انحراف	میانگین	کجی	کشیدگی	انحراف	میانگین	کجی	کشیدگی	
نشانه‌های افسردگی	پیش‌آزمون	۴/۰۹۶	۳۹/۳۷	۰/۸۵۵	۰/۶۷۸	۳/۷۸۵	۳۹/۷۵	۰/۶۷۸	۰/۸۵۵	۰/۶۷۸
	پس‌آزمون	۴/۲۸۹	۳۹/۴۳	۰/۰۱۸	۰/۴۳۲	۲/۴۰۸	۲۷/۲۵	۰/۴۳۲	۰/۰۱۸	۰/۴۳۲
	پیگیری	۴/۰۰۷	۳۸/۹۳	۰/۱۵۵	۰/۶۳۰	۲/۵۹۴	۲۷/۷۵	۰/۶۳۰	۰/۱۵۵	۰/۶۳۰
بدریخت انگاری بدنی	پیش‌آزمون	۲/۹۱۸	۲۶/۱۲	۰/۴۸۸	۰/۵۵۲	۳/۴۰۰	۲۶/۶۸	۰/۵۵۲	۰/۴۸۸	۰/۵۵۲
	پس‌آزمون	۳/۲۷۰	۲۵/۸۱	۰/۳۲۰	۰/۵۵۷	۴/۳۹۵	۲۰/۸۷	۰/۵۵۷	۰/۳۲۰	۰/۵۵۷
	پیگیری	۲/۹۸۸	۲۵/۵۰	۰/۰۳۳	۰/۵۲۳	۴/۶۵۰	۲۰/۸۱	۰/۵۲۳	۰/۰۳۳	۰/۵۲۳

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر نشانه‌های افسردگی و بدریخت انگاری بدنی در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت وجود دارد. برای بررسی این تفاوت در بخش بعدی تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده گردید. به منظور انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ابتدا پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همسانی ماتریس کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلک و برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد مقدار سطح معناداری برای متغیرهای نشانه‌های افسردگی و بدریخت انگاری بدنی و در تمامی مراحل آزمون بیشتر از ۰/۰۵ است ($P > 0.05$) و لذا این دو پیش‌فرض تأیید شد. برای بررسی پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که مقدار آن برای نشانه‌های افسردگی برابر با ۴۵۱/۱۵ ($Sig = 0.500$) و برای بدریخت انگاری بدنی ۳۴۹/۳۷ ($Sig = 0.500$) بود که نتایج نشان داد مقدار

سطح معناداری آن‌ها بیشتر از ۰/۰۵ است ($P > 0.05$) و در نتیجه این پیش‌فرض نیز تأیید می‌شود. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مختلط از طریق آزمون لامبدای ویلکز برای بدریخت انگاری بدنی و نشانه‌های افسردگی ($F = 1313.24, P < 0.001$)، معنادار است و درصد چشمگیری از واریانس آن توسط آزمون چندمتغیره تبیین می‌شود. معنادار بودن آزمون چندمتغیره، بدین معنا است حداقل یکی از آزمون‌های بین گروهی یا درون گروهی معنادار است.

جهت اطلاع از یکسانی کواریانس‌های مراحل سه گانه اندازه‌گیری‌های انجام شده (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری) در متغیر نشانه‌های افسردگی و بدریخت انگاری بدنی از آزمون کرویت موخلی استفاده شد که نتایج نشان داد مقدار موخلی برای بدریخت انگاری بدنی برابر با ۰/۷۷۳ ($X^2 = 0.8150, Sig = 0.601$) و نشانه‌های افسردگی برابر با ۰/۸۷۱ ($X^2 = 0.886, Sig = 0.219$) است که مفروضه یکسانی کواریانس بین مشاهدات معنی‌دار نمی‌باشد و در نتیجه این مفروضه تأیید می‌گردد. نتایج مربوط به تحلیل‌ها در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در خصوص نشانه‌های افسردگی و بدریخت انگاری بدنی

متغیر	اثرات	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آماری
نشانه‌های افسردگی	درون آزمودنی	زمان	۱۱۸/۲۶۴	۱/۱۴۲	۱۰۰۵/۴۴۳	۱۷۰/۰۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۱	۱
	بین آزمودنی	زمان × گروه	۷۸۳/۹۰۳	۲/۲۸۴	۳۴۳/۲۰۰	۵۸/۰۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۱	۱
	بین آزمودنی	گروه	۱۴۱۱/۳۴۷	۲	۷۰۵/۶۷۴	۲۱/۸۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۲	۱
بدریخت انگاری بدنی	درون آزمودنی	زمان	۵۷۳/۰۱۴	۱/۲۲۲	۴۶۸/۸۴۰	۱۴۵/۷۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۴	۱
	بین آزمودنی	زمان × گروه	۲۲۸/۰۲۸	۲/۴۴۴	۹۳/۲۸۷	۲۸/۹۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۳	۱
	بین آزمودنی	گروه	۴۴۸/۳۴۷	۲	۲۲۴/۱۷۴	۲/۲۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۹	۰/۹۵۰

بدنی به تفاوت بین سه گروه مربوط است. نتایج اثرات درون آزمودنی نیز نشان داده است که تفاوت بین میانگین نمرات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش در بدریخت‌انگاری بدنی $۷۶/۴$ درصد بوده و معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$) که نشان می‌دهد روند تغییرات میانگین بدریخت‌انگاری بدنی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی‌داری دارند.

تفاوت بین میانگین نمرات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش در نشانه‌های افسردگی برابر با $۷۹/۱$ درصد بوده و معنی‌دار است. همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنی‌دار به دست آمده است ($P < ۰/۰۰۱$) که نشان می‌دهد روند تغییرات میانگین نشانه‌های افسردگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین در اثرات بین آزمودنی، اثر اصلی گروه در متغیر بدریخت‌انگاری بدنی معنی‌دار به دست آمده است ($P < ۰/۰۰۱$). در این رابطه نتایج نشان داده است که $۲۶/۹$ درصد در بدریخت‌انگاری

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه میانگین‌های نشانه‌های افسردگی و بدریخت‌انگاری بدنی

مقیاس	سیستم خانواده درونی (IFS)	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P
حساسیت اضطرابی	IFS	MBCT	۰/۶۲۵	۲/۱۹۶	۱
	IFS	گواه	-۷/۳۷۵	۲/۱۹۶	۰/۰۰۵
	MBCT	گواه	-۸/۰۰۰	۲/۱۹۶	۰/۰۰۲
	MBCT	MBCT	۱/۱۶۷	۱/۰۶۲	۰/۸۳۴
بدریخت‌انگاری بدن	IFS	گواه	-۳/۰۲۱	۱/۰۶۲	۰/۰۲۰
	MBCT	گواه	-۴/۱۸۷	۱/۰۶۲	۰/۰۰۱

تجربه ترومای کودکی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد درمان سیستم‌های خانواده درونی توانسته است اثر بخشی بیشتری را نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشته باشد. این یافته با نتایج مطالعات هاجدون و همکاران (۲۰۲۲)، عسگری و صالحی (۱۴۰۰)، جونز و همکاران (۲۰۲۲) و هادوک و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. هاجدون و همکاران (۲۰۲۲) نشان داده‌اند که درمان IFS در بازسازی تعادل روانی و کاهش علائم افسردگی در افرادی با آسیب‌های گذشته بسیار موفق عمل می‌کند. عسگری و صالحی (۱۴۰۰) بر این نکته تأکید کرده‌اند که مداخلاتی که به بازسازی الگوهای عمیق روانشناختی می‌پردازند، در درمان اختلالات مرتبط با ترومای کودکی مؤثرتر هستند. جونز و همکاران (۲۰۲۲) نیز بیان کرده‌اند که MBCT گرچه در بهبود علائم افسردگی مؤثر است، اما ممکن است در افراد با آسیب‌های عمیق دوران کودکی به مداخلات عمیق‌تر نیاز باشد. هادوک و همکاران (۲۰۱۷) اشاره کرده‌اند که تمرکز IFS بر تعامل بین بخش‌های شخصیتی و بازسازی امنیت روانی، اثربخشی بیشتری نسبت به رویکردهای کلی‌تر دارد.

با توجه به نتایج جدول ۵ بین گروه آزمایشی سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در نشانه‌های افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایشی و گروه گواه در نشانه‌های افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$) که حاکی از اثربخشی دو روش درمان بر نشانه‌های افسردگی بود. همچنین تفاوتی معنی‌دار بین اثربخشی درمان سیستم‌های خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بدریخت‌انگاری بدنی وجود ندارد. همچنین نتایج نشان داد هر کدام از این درمان‌ها توانسته‌اند بر بدریخت‌انگاری بدنی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه اثربخشی معنی‌داری را داشته باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و بدریخت‌انگاری بدنی در زنان دارای تجربه ترومای کودکی بود. یکی از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بین اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی در زنان دارای

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان سیستم خانواده درونی (IFS) به دلیل تمرکز بر بازشناسی و تعامل با بخش‌های مختلف شخصیت (به‌ویژه بخش‌های آسیب‌دیده یا سرکوب‌شده) در زنان دارای تجربه ترومای کودکی، اثربخشی بیشتری بر کاهش نشانه‌های افسردگی داشته است (اسپینازولا و همکاران، ۲۰۲۱). زنان دارای تجربه ترومای کودکی اغلب با بخش‌های متعارض درونی مواجه‌اند که شامل احساسات سرکوب‌شده، محافظ‌های درونی و آسیب‌های روانی حل‌نشده است. درمان IFS با هدف شناسایی این بخش‌ها و ایجاد هماهنگی و پذیرش درونی، فرصتی برای رهایی از سرزنش‌های خود، بازسازی امنیت روانی و بهبود خودآگاهی فراهم می‌کند. این فرایند منجر به بازسازی روابط درونی و کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود (راس و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) گرچه با ارتقای آگاهی لحظه‌ای و پذیرش بی‌قضاوت احساسات و افکار به کاهش افسردگی کمک می‌کند، اما ممکن است برای افرادی که تجربه ترومای کودکی دارند، به اندازه IFS مؤثر نباشد. این امر می‌تواند به این دلیل باشد که ذهن آگاهی بیشتر بر مدیریت افکار و احساسات جاری متمرکز است و کمتر به ریشه‌های عمیق‌تر ترومای درونی و تعارض‌های شخصیتی توجه دارد (اسپینازولا و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، برای زنانی که با ترومای کودکی مواجه بوده‌اند، درمان IFS ممکن است به دلیل پرداختن به ساختارهای درونی پیچیده‌تر و عمیق‌تر، اثربخشی بیشتری داشته باشد.

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه آن بود که میانگین نمرات بدریخت انگاری بدنی در دو گروه آزمایش (درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و گواه تفاوت معنی‌داری داشت. با توجه به نتایج تفاوتی معنی‌دار بین اثربخشی درمان سیستم‌های خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بدریخت انگاری بدنی وجود ندارد. همچنین نتایج نشان داد هر کدام از این درمان‌ها توانسته‌اند بر بدریخت انگاری بدنی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه اثربخشی معنی‌داری را داشته باشند. نتایج این پژوهش در خصوص اثربخشی درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدنی با یافته‌های رابل و همکاران (۲۰۲۳) راس و همکاران (۲۰۲۳) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به زنان دارای تجربه ترومای دوران کودکی کمک کرد تا نسبت به هر نوع

احساس اضطراب و استرس ادراک شده که در بدن و ذهنشان وجود دارد، آگاه شوند و به آنها اجازه بدهند که باشند (رابل و همکاران، ۲۰۲۳). این به این معنی است که بدون تحلیل کردن، سرکوب کردن، و یا تحریک کردن، با این افکار، احساسات و استرس ادراک شده در خصوص تصویر بدنی خود همراه باشند. اگرچه به نظر می‌رسد این کار به خودی خود ترسناک باشد، ولی بعداً متوجه می‌شوند زمانی که به خودشان اجازه می‌دهند که این نگرانی‌ها، ناراحتی‌ها، خاطرات دردناک و دیگر افکار و هیجانات سخت را بشناسند و احساس کنند، به خود کمک می‌کنند تا با این مسائل کنار بیایند (هرمن و همکاران، ۲۰۲۲). به جای صرف انرژی برای جنگ یا فرار از این احساسات و افکار، همراه بودن با "آنچه اتفاق می‌افتد"، این فرصت را فراهم می‌کند تا نسبت به آن چیزی که نگرانی‌های افراد را هدایت می‌کند، آگاه شوند. وقتی علت اصلی اضطراب و نگرانی کشف می‌شود، حس آزادی به وجود می‌آید (اسپینازولا و همکاران، ۲۰۲۱). در اصل، این، فرآیند یادگیری اعتماد کردن و همراه بودن با هیجانات ناراحت‌کننده و پذیرش آنها به جای فرار کردن و یا تحلیل کردن آنها است. همچنین تکنیک‌های درمان ذهن آگاهی، به شرکت‌کنندگان آموزش می‌دهد تا نسبت به مشکلات استرس‌زا رویکردی آگاهانه، بدون قضاوت و توأم با پذیرش بیشتری داشته باشند (راس و همکاران، ۲۰۲۳). طی جلسه درمان افراد یاد گرفتند که محتوای درونی ذهن آن‌طور که تصور می‌کردند خطرناک نیستند لذا ضمن مرحله پذیرش و گسلش و تکنیک‌های مربوطه افراد یاد گرفتند که از کنترل و مقابله با افکار و احساسات دست بردارند و تمایل بیشتری نسبت به پذیرش افکار و احساسات و محتوای درونی ذهن داشته باشند (رابل و همکاران، ۲۰۲۳). در طی جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمانگر بر غیر واقعی بودن افکار تأکید می‌کند. لینهان (۱۹۹۳) خاطر نشان می‌سازد که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برجسب‌های توصیفی برای آن‌ها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آن‌ها همیشه واقعی نیستند. از این‌رو در جلسات درمانی غیر واقعی بودن افکار مربوط به اضطراب‌های آزمودنی‌ها مورد آزمایش و بحث قرار گرفت. آزمودنی‌ها با تهیه لیستی از افکار اضطرابی، به واقعی و غیر واقعی بودن آن‌ها نمره دادند (لانگوباردی و همکاران، ۲۰۲۲). این موضوع واقعیت افکار را برای آزمودنی‌ها روشن کرد و آن‌ها با یاد گرفتن چرخه فکر - احساس - رفتار نحوه برخورد با

گیرد، زیرا هر دو روش تأثیرات معناداری در بهبود این نشانه‌ها نشان داده‌اند.

از نظر پژوهشی، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده به بررسی عوامل میانجی و تعدیل‌کننده‌ای بپردازند که ممکن است بر اثربخشی درمان‌ها تأثیرگذار باشند، از جمله نوع و شدت ترومای کودکی، سطح انعطاف‌پذیری روانشناختی و ویژگی‌های شخصیتی. همچنین، بررسی اثربخشی این درمان‌ها در جوامع مختلف و در گروه‌های سنی یا جنسیتی دیگر می‌تواند به تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج کمک کند. انجام مطالعات طولی نیز می‌تواند به بررسی پایداری اثرات درمان‌ها در دوره‌های زمانی طولانی‌تر کمک کند. علاوه بر این، مقایسه درمان سیستم خانواده درونی با سایر روش‌های درمانی نوین، مانند طرحواره‌درمانی یا رویکردهای مبتنی بر شفقت، می‌تواند دیدگاه‌های بیشتری را در مورد اثربخشی نسبی این درمان فراهم کند. به طور کلی، توسعه مطالعات کیفی برای درک عمیق‌تر از تجربه مراجعان در فرایند درمان، نیز می‌تواند به بهبود کیفیت مداخلات درمانی کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی مشارکت کنندگانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

افکار وسواسی و اضطرابی در خصوص تصویر بدنی را یاد گرفتند. از طرف دیگر افکار وسواسی و اضطرابی و علائم اضطراب منجر به بروز اجتناب‌های متعددی در زندگی آزمودنی‌ها در روابط بین فردی شده بود که در جلسات درمانی با مشاهده افکار و هیجانات فعلی، آزمودنی‌ها تلاش کردند از موقعیت‌های مختلف زندگی خود فرار نکرده و اجتناب نکنند که این موضوع به نوبه خود باعث خاموشی پاسخ‌های ترس و رفتارهای اجتنابی شد (جسی و کربز، ۲۰۲۳). طی این فرایند با کاهش اضطراب و افکار منفی مربوط به تصویر بدنی از خود، افراد از احساس پذیرش و عزت نفس بیشتری نسبت به خود جسمانی خود برخوردار می‌شوند لذا با خنثی سازی افکار وسواس گونه در رابطه با بدشکلی بدن احساس بهتری از خود پیدا می‌کنند. یکی از محدودیت‌های خارج از کنترل پژوهشگر در این مطالعه، ویژگی‌های فردی و روانشناختی شرکت کنندگان بود که می‌توانست بر اثربخشی درمان‌ها تأثیر بگذارد. تفاوت در شدت و نوع تجربه‌های ترومای کودکی، میزان حمایت اجتماعی و سطح خودآگاهی شرکت کنندگان از عوامل مهمی هستند که کنترل کامل بر آن‌ها در یک پژوهش نیمه‌آزمایشی امکان‌پذیر نیست. همچنین، تأثیرات محیطی، از جمله فرهنگ و انتظارات اجتماعی مرتبط با نقش‌های جنسیتی، می‌توانست بر نگرش شرکت کنندگان نسبت به درمان و نتایج آن تأثیرگذار باشد. از سوی دیگر، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن جامعه آماری به زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در یک شهر خاص، ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌ها یا جوامع فرهنگی مختلف را محدود کند.

براساس یافته‌های این مطالعه، پیشنهاد می‌شود در مداخلات درمانی برای زنانی که تجربه ترومای کودکی دارند، از درمان سیستم خانواده درونی به‌عنوان یک رویکرد اولویت‌دار استفاده شود، به‌ویژه برای کاهش نشانه‌های افسردگی. این درمان می‌تواند در محیط‌های مشاوره فردی و گروهی به کار گرفته شود و با توجه به اثربخشی بالای آن، آموزش این رویکرد به متخصصان سلامت روان مورد توجه قرار گیرد. همچنین، می‌توان این درمان را به‌عنوان بخشی از پروتکل‌های روان‌درمانی برای مراجعانی که با ترومای عمیق گذشته مواجه‌اند، توسعه داد. برای کاهش بدریخت‌انگاری بدنی نیز، استفاده از هر دو رویکرد درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند مورد توجه قرار

منابع

بابایی، شهره؛ ناصری منش، مانیا؛ ابوذری، فاطمه؛ کرمی، صابر (۱۴۰۲). نقش تجارب آسیب زای دوران کودکی، ذهنی سازی و ناگویی هیجانی در پیش بینی افسردگی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به تروما خیانت زنانشویی، نشریه روان پرستاری، ۱۰(۶)، ۱۱۰-۱۲۲.

<http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.10.6.110>

میرزایی، فرشته؛ بریمانی، صاحبه؛ زارع، فاطمه؛ فراهانی، سمانه (۱۴۰۲). الگوی ساختاری رابطه آسیب های دوران کودکی و صمیمیت جنسی با نقش میانجی شفقت به خود در زنان متاهل. نشریه پژوهش های کاربردی در علوم رفتاری، ۱۴(۵۴)، ۵۰-۶۹.

<https://doi.org/10.30495/sbq.2023.705375>

References

- Beurel, E., Toups, M., & Nemeroff, C. B. (2020). The Bidirectional Relationship of Depression and Inflammation: Double Trouble. *Neuron*, 107(2), 234–256. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2020.06.002>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., ... & Priebe, K. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77(12), 1235–1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Chen, M., Wang, G., Sun, X., Meng, M., Jiang, Y., Sun, W., ... & Jiang, F. (2023). The effects of maternal prenatal depression on child mental health: The moderating role of maternal childhood trauma. *Journal of Affective Disorders*, 324, 403–409. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.04.059>
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current psychiatry reports*, 21(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- Dong, N., Nezgovorova, V., Hong, K., & Hollander, E. (2019). Pharmacotherapy in body dysmorphic disorder: relapse prevention and novel treatments. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 20(10), 1211–1219. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1610385>
- Feingold, D., & Weinstein, A. (2021). Cannabis and Depression. *Advances in experimental medicine*

- and biology, 1264, 67–80. https://doi.org/10.1007/978-3-030-57369-0_5
- Fried, E. I., Flake, J. K., & Robinaugh, D. J. (2022). Revisiting the theoretical and methodological foundations of depression measurement. *Nature Reviews Psychology*, 1(6), 358–368. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00044-0>
- Hao, Y., Ge, H., Sun, M., & Gao, Y. (2019). Selecting an Appropriate Animal Model of Depression. *International journal of molecular sciences*, 20(19), 4827. <https://doi.org/10.3390/ijms20194827>
- Hardardottir, H., Hauksdottir, A., & Bjornsson, A. S. (2019). *Laeknabladid*, 105(3), 125–131. <https://doi.org/10.17992/ibl.2019.03.222>
- Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., Berk, M., Buchweitz, C., Cuijpers, P., ... & Wolpert, M. (2022). Time for united action on depression: A Lancet–World Psychiatric Association Commission. *The Lancet*, 399(10328), 957–1022. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02246-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02246-3)
- Hong, K., Nezgovorova, V., Uzunova, G., Schlusel, D., & Hollander, E. (2019). Pharmacological Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Current neuropsychopharmacology*, 17(8), 697–702. <https://doi.org/10.2174/1570159X16666180426153940>
- Janes, E. E., Trevino, Z. R., Koehl, H., & Hung, Y. H. (2022). Internal family systems and spirituality: Implications for supervision. *Contemporary Family Therapy*, 44(3), 215–225. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09622-6>
- Jassi, A., & Krebs, G. (2023). Body Dysmorphic Disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 46(1), 197–209. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.005>
- Laughter, M. R., Anderson, J. B., Maymone, M. B. C., & Kroumpouzos, G. (2023). Psychology of aesthetics: Beauty, social media, and body dysmorphic disorder. *Clinics in dermatology*, 41(1), 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2023.03.002>
- McGrath, L. R., Oey, L., McDonald, S., Berle, D., & Wootton, B. M. (2023). Prevalence of body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Body image*, 46, 202–211. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.06.008>
- Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2022). Major Depression and Its Recurrences: Life Course Matters. *Annual review of clinical psychology*, 18, 329–357. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-021440>
- Nicewicz, H. R., Torrico, T. J., & Boutrouille, J. F. (2024). Body Dysmorphic Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

- Park, L. T., & Zarate, C. A., Jr (2019). Depression in the Primary Care Setting. *The New England journal of medicine*, 380(6), 559–568. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>
- Phillips, K. A., & Susser, L. C. (2023). Body Dysmorphic Disorder in Women. *The Psychiatric clinics of North America*, 46(3), 505–525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2023.04.007>
- Rossell, S. L., Castle, D. J., Pikoos, T., & Malcolm, A. (2023). Body dysmorphic disorder and the ugly truth of Australian healthcare. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 57(11), 1407–1409. <https://doi.org/10.1177/00048674231169441>
- Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. J. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The British journal of clinical psychology*, 61(2), 287–305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>
- Singh, A. R., & Veale, D. (2019). Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 1), S131–S135. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_528_18
- Swetlitz N. (2021). Depression's Problem with Men. *AMA journal of ethics*, 23(7), E586–E589. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2021.586>
- Zhang, Y., Chen, Y., & Ma, L. (2018). Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, 47, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.09.022>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی