

Original Article

The Effectiveness of Internal Family Systems Therapy (IFS) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Anxiety Sensitivity and Body Dysphoria in Women with Childhood Trauma Experiences

Maryam Nori Pargo¹, Elham Foroozandeh ^{*1}, Majied Baradaran ², Hassan Khoshakhlagh ¹

1. Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran

2. Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989133004695, E-mail: Elham_for@yahoo.com

Article info

Article history:

Received: Nov 15, 2024

Accepted: Jan 17, 2025

Keywords:

Internal Family Systems
Therapy
Mindfulness-Based
Cognitive Therapy
Anxiety Sensitivity
Body Dysphoria
Childhood Trauma

ABSTRACT

Background: Traumatic childhood experiences can have symptoms such as anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder. Recently, the internal family systems and mindfulness-based cognitive therapy have been used for a wide range of psychological problems in individuals with trauma experiences. The study aimed to compare the effectiveness of internal family systems therapy and mindfulness-based cognitive therapy on anxiety sensitivity and body dysphoria in women with childhood trauma experiences.

Methods: The study method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a 2-month follow-up with a control group. The study participants included 89 women with childhood trauma experience who visited counseling centers in Lahijan city in 2023. Using a purposive sampling method, 60 people were selected and randomly divided into three groups of 20 individuals each. Data collection tools included the Childhood Trauma Questionnaire by Bernstein et al. (2003), the Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R) by Taylor and Cox (1998), and the Rating Scale for Body Dysmorphic Disorder by Phillips et al. (1997). Data were gathered before, after, and two months after the completion of interventions. The first experimental group received Schwartz and Sweezy's internal family systems therapy package for ten 90-minute sessions and the second experimental group received Segal et al.'s mindfulness-based cognitive therapy package for nine 100-minute sessions, once a week for both groups. The control group did not receive any intervention. According to the dropout of the subjects, the data of 16 people in each group were finally analyzed using SPSS-24 software and repeated measures statistical analysis ANOVA.

Results: The results showed that both interventions were effective for anxiety sensitivity and body dysmorphia, and the treatment effect was stable during the follow-up period ($p < 0.001$). Similarly, the results showed that there was no difference between internal family systems therapy and mindfulness-based cognitive therapy for anxiety sensitivity and body dysphoria.

Conclusion: Considering the effectiveness of the internal family systems therapy and cognitive therapy based on mindfulness for anxiety sensitivity and body dysphoria, both interventions may be used as effective treatments to improve anxiety sensitivity and body dysphoria in people who have experienced trauma.

How to cite this article: Nori Pargo M, Foroozandeh E, Baradaran M, Khoshakhlagh H. The Effectiveness of Internal Family Systems Therapy (IFS) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Anxiety Sensitivity and Body Dysphoria in Women with Childhood Trauma Experiences. Journal of Health & Care. 2025;26(4): 379-393.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.
This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Journal web address: [https:// hcjournal.arums.ac.ir/](https://hcjournal.arums.ac.ir/)

مقایسه اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی در زنان دارای تجربه ترومای کودکی

مریم نوری پرگو^۱، الهام فروزنده^{۱*}، مجید برادران^۲، حسن خوش اخلاق^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد ناین، دانشگاه آزاد اسلامی، ناین، ایران

۲. گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۳۳۰۰۴۶۹۵. ایمیل: Elham_for@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: تجارب تروماتیک دوران کودکی می توانند نشانه هایی مانند اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه را به دنبال داشته باشند. اخیراً سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی افراد دارای تروما بکار برده شده است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی در زنان دارای تجربه ترومای کودکی بود. **روش کار:** روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه کنترل بود. تعداد ۸۹ نفر از زنان دارای تجربه ترومای کودکی در سال ۱۴۰۲ که به مراکز مشاوره شهر لاهیجان مراجعه کرده بودند، جامعه مطالعه را تشکیل دادند. از بین آنها تعداد ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه های ترومای دوران کودکی برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)، حساسیت اضطرابی (ASI-R) تیلور و کاکس (۱۹۹۸) و بدریخت انگاری بدنی فیلیپس و همکاران (۱۹۹۷) بود که در سه مرحله قبل، بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله تکمیل شدند. گروه آزمایش اول، بسته درمان سیستم خانواده درونی شوارتز و سوئیزی را در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و گروه آزمایش دوم، بسته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران را در ۹ جلسه ۱۰۰ دقیقه ای و به صورت یکبار در هفته دریافت کردند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. با توجه به افت آزمودنی ها در نهایت، داده های ۱۶ نفر در هر گروه با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله بر حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی، اثربخش و در مرحله پیگیری، اثر درمان پایدار بود ($p < 0/001$). با این حال، بین درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی تفاوتی دیده نشد.

نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی می توان از هر دو مداخله به عنوان درمانی موثر در بهبود حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی افراد دارای تروما استفاده نمود.

واژه های کلیدی: درمان سیستم خانواده درونی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، حساسیت اضطرابی، بدریخت انگاری بدنی، ترومای کودکی.

دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۲۵ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۸

مقدمه

روبرو شدن با رویدادهای آسیب‌زا یا تروماتیک، پدیده‌ای شایع است به طوری که شیوع این رویدادها بین ۲۶ تا ۹۲/۲ درصد برای مردان و ۱۷/۷ تا ۸۷/۱ برای زنان گزارش شده است. قرار گرفتن در معرض ضربه‌های پیچیده منجر به از دست دادن ظرفیت‌های اصلی خودتنظیمی و ارتباط بین فردی می‌شود (۱). ترومای دوران کودکی به عنوان سوءاستفاده عاطفی، فیزیکی و جنسی یا غفلت عاطفی و جسمی قبل از هجده سالگی تعریف می‌شود (۲). ترومای دوران کودکی علاوه بر این که تأثیرات زیانباری در حیطه رشدی، شناختی، هیجانی و رفتاری کودک دارد، سلامت روان او را در بزرگسالی نیز تهدید می‌کند و فرد را در معرض اختلالات روانپزشکی، بیماری پزشکی مزمن، مشکلات شغلی و خانوادگی قرار می‌دهد. این مشکلات ممکن است از کودکی تا دوران بلوغ و بزرگسالی گسترش یابد (۳). ارتباط بین تجارب ناخوشایند در دوران کودکی با شروع اختلالات اضطرابی و تقریباً سایر اختلالات روانی به صورت گسترده مطالعه شده است (۴). در این میان، حساسیت اضطرابی یک متغیر گرایشی با ثبات است که نشان دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روان شناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به عنوان امور آزارنده و خطرناک است (۵). بر اساس دیدگاه نظری، حساسیت اضطرابی از طریق ژنتیک و یادگیری کسب و منجر به سوگیری‌هایی در بازبانی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود که این خود، زمینه‌ی ابتلای فرد به اختلالات روانی به ویژه اختلالات اضطرابی و تروما را فراهم می‌سازد (۶). مطالعات نشان داده‌اند که غفلت هیجانی در کودکی، رابطه معناداری با افسردگی و اختلالات اضطرابی دارد (۷، ۸). پژوهش‌های نورویولوژیک حاکی از آن است که تجارب تروماتیک کودکی با تأثیر بر سیستم‌های استرس در سیستم اعصاب مرکزی، افراد را مستعد

ابتلا به اختلالات خلقی، اضطراب و افسردگی می‌کند (۷، ۹-۱۱).

از جمله اختلالات دیگر مرتبط با تروما، بدریخت‌انگاری بدنی است (۱۲، ۱۳). سنگ بنای تشخیص اختلال بدریخت‌انگاری بدن وجود مشغله ذهنی یا نگرانی بیمار راجع به یک نقص جزئی یا تصور شده در ظاهر است (۱۴). به طور خاص، مطرح شده است که ترومای دوران کودکی به ویژه سوءاستفاده عاطفی ممکن است به انتقاد از خود درونی در افرادی که درای بدریخت‌انگاری بدنی هستند کمک کند، در حالی که سوءاستفاده فیزیکی یا جنسی ممکن است به شرم متمرکز بر بدن مربوط باشد (۱۵). ترومای دوران کودکی ممکن است از طریق مکانیسم‌هایی که شامل پردازش اجتماعی و عاطفی تغییر یافته و تغییرات بیولوژیکی مرتبط با استرس است با بدریخت‌انگاری بدنی مرتبط باشد (۱۶). پژوهش مالکولم^۱ و همکاران نشان داد در افراد دارای تجربه ترومای کودکی، شیوع اختلال بدریخت‌انگاری بدن بیشتر است (۱۳).

در سال‌های اخیر درمان‌های متعددی در جهت کاهش علائم منفی در زنان دارای تجربه ترومای کودکی به کار گرفته شده است (۱۷). در همین راستا درمان سیستم خانواده درونی^۲ 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 بودن یا تحمل و پردازش تروما را افزایش دهد (۱۸). این مداخله یک روش درمانی شهودی و غیرمرضی در مورد اختلالات روانی است که توسط شوارتز^۳ ایجاد شده (۱۹) و به صورت فردی و گروهی برای استفاده در بزرگسالانی طراحی شده است که طیف

^۱ Malcolm

^۲ Internal Family Systems

^۳ Schwartz

وسیع‌تری از تظاهرات بالینی ثانویه مانند جداسازی جسمانی‌سازی و اختلال در تنظیم عاطفی پس از مواجهه با تروما را نشان می‌دهند (۱۸). درمان سیستم خانواده درونی بر اساس تئوری‌های ذهن آگاهی، شفقت به خود، پذیرش خود، نظریه سیستم‌ها و تئوری‌های تروما بوده (۲۰) و این نظریه را مطرح می‌کند که ذهن، یک موجودیت متکثر با زیرشخصیت‌های متعدد است که در قالب «بخش‌ها» ابداع شده و شامل یک سیستم درونی است که اغلب حول یک تجربه آسیب‌زا سازماندهی می‌شود. علاوه بر این، سیستم خانواده درونی به عنوان یکی از مفروضات اصلی خود، معتقد است که هر فرد دارای یک ظرفیت درونی ذاتی برای درمان است که به عنوان خود نامیده می‌شود و به عنوان مرکز شهودی، عاطفی و فکری ما عمل می‌کند (۱۹). در این زمینه پژوهش‌های انجام شده حاکی از اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی بر کاهش علایم اختلال پس از سانحه مانند آسیب در خودسازماندهی، اضطراب، خودکشی (۲۳-۲۰) و بهبود الگوهای روابط خانوادگی در افراد دارای تجربه ترومای جنسی کودکی است (۱۸). همچنین برای درمان اختلال‌ها و نشانه‌های فوبیا، پانیک، اضطراب منتشر، شرایط سلامت فیزیکی و نشانه‌های تروما، امیدبخش در نظر گرفته شده است (۲۴).

یکی دیگر از مداخلاتی که می‌تواند در کاهش نشانگان افراد دارای مشکلات روانشناختی موثر باشد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ است (۲۵). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی کابات^۲ زین^۲ ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است (۲۶). وی ذهن آگاهی را توجه ویژه و هدفمند و خالی از پیشداوری و قضاوت تعریف می‌کند. ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری،

شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از چرخه معیوب تشدید خلق منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده، رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود. در سال‌های اخیر، برنامه‌های درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اثرات امیدوارکننده‌ای را برای درمان طیف گسترده‌ای از علائم و اختلالات بالینی نشان داده (۲۷) که بسیاری از آنها معمولاً در افراد با سابقه ترومای دوران کودکی تجربه می‌شوند. پیشنهاد پژوهش نشان می‌دهد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، نشخوارفکری، ذهن آگاهی و خودشفقتی بیماران مبتلا به افسردگی اثربخشی دارد (۳۳-۲۵).

علیرغم پژوهش‌های انجام شده در رابطه با تاثیر درمان‌های مختلف بر وضعیت روانشناختی این افراد، مرور پژوهش‌ها در این زمینه از یک سو حکایت از آن دارد که کمتر پژوهشی تأثیر درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در این گروه از افراد بررسی نموده و این دو درمان در هیچ پژوهشی در جهت شناسایی درمان موثرتر، مورد مقایسه قرار نگرفته و از دیگر سو مشکلاتی همچون حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری در زنان دارای تجربه ترومای کودکی مورد آماج درمانی نبوده است. لذا انجام پژوهش حاضر می‌تواند خلأهای موجود را پر کرده و جنبه دانش‌افزایی برای افراد متخصص و درمانگران در این زمینه بدنال داشته، درمانگران را در دستیابی به یک درمان انتخابی در خصوص تروما کمک نماید. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری در زنان دارای تجربه ترومای کودکی انجام شد.

^۱ Mindfulness Based Cognitive Therapy

^۲ Kabat-Zinn

روش کار

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل در قالب سه گروه (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، سیستم خانواده درونی و کنترل) در نظر گرفته شد و دوره پیگیری آن دو ماه بعد انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۸۹ نفر از زنان دارای تجربه ترومای کودکی که در سال ۱۴۰۲ به مراکز مشاوره شهر لاهیجان مراجعه کرده اند، بود. برای تعیین حجم نمونه در این پژوهش با توجه به این که تعداد دقیق جامعه مشخص نبود از فرمول کوهن^۱ با استفاده از اندازه اثر $(d=0/5)$ ، توان آزمون $(\beta=0/85)$ و احتمال خطای $(\alpha=0/05)$ ، برای هر گروه ۲۰ نفر برآورد شد.

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{d} \right)^2$$

جهت انتخاب افراد دارای تجربه ترومای کودکی از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد؛ برای این منظور، فراخوانی به مراکز مشاوره شهر لاهیجان داده شد تا بدین وسیله زنان دارای تجربه آسیب زای کودکی (سوءاستفاده جسمی، عاطفی، جنسی و غفلت جسمی و عاطفی) که تمایل به مشارکت در تحقیق داشتند، ثبت نام نمایند. پس از اعلام فراخوان، تعداد ۸۹ نفر برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند که از بین آنها تعداد ۶۰ نفر که نمره بالاتر از خط برش (نمره ۷۰) در پرسشنامه ترومای دوران کودکی کسب نمودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (گروه درمان سیستم خانواده درونی و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و یک گروه کنترل، جایگزین شدند (هر گروه ۲۰ نفر). ملاک های ورود به پژوهش شامل رضایت برای مشارکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، نداشتن اختلال روانی حاد، عدم مصرف دارو و عدم اعتیاد به مواد بر اساس مصاحبه اولیه، دارا بودن

حداقل تحصیلات سیکل و ملاک های خروج از پژوهش شامل عدم همکاری در جریان پژوهش، غیبت در بیش از دو جلسه و شرکت در مداخله های روان شناختی دیگر به صورت همزمان بود.

جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه ترومای دوران کودکی^۲ (CTQ)، فهرست تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی^۳ (ASI-R) و مقیاس شدت درجه بندی برای اختلال بدشکلی بدن^۴ استفاده شد. پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) دارای ۲۸ سوال است که توسط برنستاین^۵ و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی و تنظیم شده و ۵ مؤلفه دارد (سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی) و براساس طیف لیکرت (از هرگز تا همیشه) نمره گذاری می شود. در این پرسشنامه ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه های اصلی پرسشنامه و ۳ سؤال آن جهت تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می کنند، به کار می رود. دامنه نمره در این پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است و نمره بالاتر از ۷۰ نشان دهنده وجود تروما در فرد است. در پژوهش برنستاین و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، 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 درجه بندی درمانگران گزارش شده است (۳۴). در ایران نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه های پنج گانه آن گزارش کرده اند (۳۵). در مطالعه حاضر، پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه های آن از ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ تأیید شد.

² Childhood Trauma Questionnaire

³ Anxiety Sensitivity Index- Revised

⁴ A Severity Rating Scale for Body Dysmorphic Disorder

⁵ Bernstein

¹ Cohen

فهرست تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی (ASI - R) توسط تیلور و کاکس^۱ در سال ۱۹۹۸ برای ارزیابی میزان ترس از علایم و پیامدهای اضطراب طراحی شده است. اگر چه نمرات این مقیاس با شاخص‌های اضطراب کلی دارای همبستگی است، اما این مقیاس برای ارزیابی خود اضطراب طراحی نشده است. این ابزار یک مقیاس ۳۶ ماده ای خودگزارشی است که برای اندازه گیری شش موضوع اختصاصی حساسیت اضطرابی شامل ترس از نشانه‌های قلبی عروقی (۶ ماده)، ترس از نشانه‌های تنفسی (۷ ماده)، ترس از نشانه‌های قابل مشاهده برای عموم (۸ ماده)، ترس از نشانه‌های گوارشی (۴ ماده)، ترس از نشانه‌های تجزیه ای و عصبی (۶ ماده) و ترس از نشانه‌های فقدان کنترل شناختی (۵ ماده) طراحی شده است. طراحی این آزمون بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای با نمراتی از صفر برای بسیار کم تا چهار برای بسیار زیاد صورت گرفته است. تیلور و کاکس در بررسی همسانی درونی این مقیاس، ضرایب آلفای بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ را گزارش کردند (۳۶). در ایران، پایایی درونی با آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های ترس از نشانه‌های قلبی عروقی ۰/۸۵، ترس از نشانه‌های تنفسی ۰/۸۸، ترس از نشانه‌های قابل مشاهده برای عموم ۰/۹۰، ترس از نشانه‌های گوارشی ۰/۸۸، ترس از نشانه‌های تجزیه ای و عصبی ۰/۸۶، ترس از نشانه‌های فقدان کنترل شناختی ۰/۸۷ و برای کل آزمون، ۰/۸۹ به دست آمد (۳۷). در مطالعه حاضر نیز، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ محاسبه شد.

مقیاس شدت درجه بندی برای اختلال بدشکلی بدن که توسط فیلیپس^۲ و همکاران در سال ۱۹۹۷ طراحی شده یک ابزار خودسنجی ۱۲ سؤالی است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را نشان می‌دهد و دارای یک ساختار مرتبه ای دو عاملی شامل دلمشغولی و

رفتارهای تکراری می‌باشد. همچنین، دو سؤال اضافی در مورد اجتناب و بینش دارد. مطالعات مربوط به پایایی و روایی مقیاس نشان می‌دهد که این ابزار برای سنجش علائم اختلال بدشکلی بدن مناسب می‌باشد. فیلیپس و همکاران، پایایی مناسبی را برای این پرسشنامه گزارش کردند. پایایی از نوع بازآزمایی در دوره یک هفته ای ($r=0/88$) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد که نشان‌دهنده هماهنگی درونی بالای این مقیاس می‌باشد. بعلاوه این ابزار می‌تواند بهبودی علائم بعد از درمان را نیز ارزیابی کند. اگرچه نقطه برشی برای تشخیص اختلال بدشکلی بدن وجود ندارد اما معمولاً نقطه برش برای تشخیص اختلال بدشکلی بدن در این مقیاس، کسب نمره ۲۰ یا بالاتر پیشنهاد شده است (۳۸). در پژوهشی در ایران، این پرسشنامه در یک نمونه سالم و بیمار ایرانی اجرا و ویژگی‌های روانسنجی آن بررسی شد که دامنه ضریب آلفای آن از ۰/۷۸ برای عامل نیروی کنترل فکر و ۰/۹۳ برای عامل رفتارها و افکار وسواسی به دست آمد. همچنین ضریب پایایی آن از نوع آلفای کرونباخ دونیمه سازی و ضریب گاتمن به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آمد (۳۹). در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۸۹ محاسبه شد.

روش کار در پژوهش حاضر بدین شکل بود که ابتدا با هماهنگی با مراکز مشاوره شهر لاهیجان، نمونه‌گیری بر اساس فراخوان اعلام شده در مراکز مشاوره در شش ماهه اول سال انجام گردید. با توجه به افت ۲ نفر از آزمودنی‌ها از دو گروه آزمایشی قبل از شروع جلسات درمان و غیبت بیش از دو جلسه ۲ نفر از شرکت کنندگان گروه درمان سیستم خانواده درونی، برای همسان‌سازی گروه‌ها جهت انجام تجزیه و تحلیل آماری، از گروه درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۲ نفر و از گروه کنترل ۴ نفر به تصادف حذف گردید. بدین ترتیب در هر گروه، داده‌های ۱۶ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

¹ Taylor & Cox

² Phillips

برای نمونه‌ها اهمیت و ضرورت پژوهش بیان و جهت رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن جلب رضایت شرکت‌کنندگان، اصل مهم محرمانه بودن اطلاعات و رازداری و آگاهی از روند اجرای کار رعایت گردید. قبل از مداخله تجربی در مورد گروه‌های آزمایش، ابتدا مرحله پیش‌آزمون با تکمیل پرسش‌نامه توسط هر سه گروه اجرا گردید. پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارشی تکمیل گردیدند. پس از آن برای آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش به تفکیک جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سگال^۱ و همکاران (۴۰) در ۹ جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای و درمان سیستم خانواده درونی شوارتز و سوئیزی^۲ (۲۴) تدوین شده توسط مهرداد صدر و همکاران (۴۱) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک‌بار در هفته برگزار گردید و برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. لازم به ذکر است قبل از اجرای مداخله، روایی این پروتکل‌ها توسط سازندگان آنها و همچنین نظر پنج نفر از اساتید دانشگاه تأیید شد. بسته‌های درمانی توسط متخصص آموزش دیده زیر نظر اساتید راهنما و مشاور اجرا گردید. در پایان دوره مداخله،

^۱ Segal^۲ Schwartz & Sweezy

هر سه گروه در پس‌آزمون شرکت و پس از گذشت دو ماه آزمودنی‌ها در دوره پیگیری مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین، برای رعایت ملاحظات اخلاقی پس از اتمام پس‌آزمون و جمع‌آوری اطلاعات، گروه کنترل نیز تحت مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. تحلیل آماری داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-27 انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بود. به منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلک^۳ و برای پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی^۴ و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین^۵ و جهت مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بونفرونی^۶ استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. خلاصه مداخلات انجام گرفت روی گروه‌های آزمایش در جداول ۱ و ۲ آورده شده است.

^۳ Shapiro-Wilk^۴ Mauchly^۵ Levene^۶ Bonferroni

جدول ۱. خلاصه روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوای جلسه
۱	خوش‌آمدگویی و آشنایی اعضای گروه، آموزش روانی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، آشناسازی با مفهوم هدایت خودکار و تمرین واریسی بدنی و تمرین تمرکز با مراقبه و تنفس و تکلیف خانگی
۲	آشنایی با نحوه ذهن‌آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم، آموزش تکنیک تماشای تنفس، مراقبه نشسته و تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی تنفس قبل از خواب
۳	تعریف و اهمیت ذهن‌آگاهی و تمرین نزدیکی به آگاهی‌های احساسی، حسی، هیجانی تمرین واریسی 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
۴	تمرین حضور در حال و مراقبه، واریسی بدن، ذهن‌آگاهی روی تنفس، حرکت به شیوه ذهن‌آگاهی، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی
۵	تعریف و اهمیت تمرکززدایی به همراه تمرین، بودن در زمان حال، پنج دقیقه ذهن‌آگاهی دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت ذهن‌آگاهی، تکلیف خانگی: مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس
۶	تعریف مفاهیم پذیرش شامل «تجربه رویدادها به طور کامل و عاری از دفاع همان‌گونه که هستند»، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر آگاهی از چگونگی پاسخ در برابر افکار، احساس‌ها و حس‌های جسمانی

۷	تعریف رهاسازی، آموزش توجه به ذهن و اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها
۸	بررسی مفاهیم حضور داشتن به جای دست به کار شدن، هدفمند نبودن و دنبال یک حالت خاصی نبودن (آرمیدگی، شادی، آرامش و...)، به همراه مراقبه و تنفس، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و احساس‌ها
۹	بررسی آگاهی از مشکلاتی که به صورت جسمانی تظاهر می‌کنند همزمان با جستجوی بیزاری‌ها، استرس‌ها به همراه مراقبه و تنفس، اختتام جلسه

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان سیستم خانواده درونی

جلسه	محتوای جلسه
۱	آشنایی و ایجاد رابطه اعتمادآمیز با آزمودنی‌ها، آموزش رویکرد سیستم‌های خانواده درونی به آزمودنی‌ها، توضیح فرآیند در رویکرد سیستم خانواده درونی بحث و گفتگوی گروهی در مورد تجربه فردی در قالب رویکرد سیستم‌های خانواده درونی یعنی صحبت کردن به جای بخش‌هایشان
۲	انجام مدیتیشن اولیه کوتاه، تمرکز بر ۸ ویژگی "خود" در رویکرد سیستم خانواده درونی، استفاده از مدیتیشن هدایت‌شده برای افزایش دسترسی به خود و آشنایی با بخش‌ها از طریق گفتگوی گروهی
۳	انجام مدیتیشن اولیه کوتاه، شناختن و آشنایی با بخش‌های محافظ (مدیر و آتش نشان) درگیر در چرخه تروما، دسترسی به آنها از طریق کانال‌های ارتباطی (صدا، تصویر، حس بدنی و هیجانات) و مدیتیشن هدایت‌شده، یادداشت‌برداری در مورد ویژگی‌های آنها، کشیدن نقشه بخش‌ها، بحث و گفتگوی ۳ نفره
۴	انجام مدیتیشن اولیه کوتاه، آشنایی و شناخت بخش‌های محافظ نگران، تکمیل نقشه بخش‌ها، رسیدگی به نگرانی بخش‌ها با مدیتیشن هدایت‌شده، بحث و گفتگوی ۲ نفره، جلسه مشاوره عملی با یک داوطلب
۵	انجام مدیتیشن اولیه کوتاه، ایجاد رابطه اعتمادآمیز بین خود با بخش‌های محافظ درگیر در چرخه تروما از طریق مدیتیشن هدایت‌شده، کشف نیت مثبت بخش‌ها، ایجاد گفتگو بین بخش‌های مذکور، اجازه برای کار با یکی از بخش‌ها به عنوان بخش هدف، بحث و گفتگوی گروهی، جلسه مشاوره عملی کوتاه با یک داوطلب
۶	انجام مدیتیشن اولیه کوتاه، اجازه گرفتن از بخش هدف برای کار با بخش تبعیدی، شناختن بخش تبعیدی (کودک درون)، توصیف و یادداشت‌برداری در مورد ویژگی‌های آن از طریق مدیتیشن هدایت‌شده، بحث و گفتگوی گروهی، جلسه مشاوره عملی کوتاه با یک داوطلب
۷	انجام مدیتیشن اولیه کوتاه، ایجاد رابطه اعتمادآمیز بین خود با بخش تبعیدی، ماندن با بخش تبعیدی و گفتگو با آن از طریق مدیتیشن هدایت‌شده، بحث و گفتگوی ۳ نفره، جلسه مشاوره عملی با یک داوطلب
۸	انجام مدیتیشن اولیه کوتاه، دسترسی و شاهد بودن خاطرات بخش تبعیدی، بازوالدگری بخش تبعیدی، نجات بخش تبعیدی (در صورت تمایل بخش تبعیدی)، باربرداری بخش تبعیدی از طریق مدیتیشن هدایت‌شده، بحث و گفتگوی ۲ نفره، جلسه مشاوره عملی با یک داوطلب
۹	انجام مدیتیشن اولیه کوتاه، کار با بخش‌های محافظ درگیر، دعوت برای شاهد بودن تغییر در بخش تبعیدی، باربرداری بخش‌های محافظ و بر عهده گرفتن نقش جدید در سیستم از طریق مدیتیشن هدایت‌شده، بحث و گفتگوی ۳ نفره، جلسه مشاوره عملی با یک داوطلب
۱۰	انجام مدیتیشن اولیه کوتاه، یکپارچگی تغییرات در سیستم، گفتگو در مورد نگرانی‌های بخش‌های دیگر، دعوت از آزمودنی‌ها برای مراقبت از بخش‌ها تا تثبیت تغییرات، ایجاد تعادل جدید در سیستم و آزمون فرد در موقعیت‌های برانگیزاننده برای اطمینان از تغییر از طریق مدیتیشن هدایت‌شده، بحث و گفتگوی گروهی، جلسه مشاوره عملی با یک داوطلب

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سن نمونه‌ها در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی $36/65 \pm 3/37$ ، گروه سیستم خانواده درونی $35/59 \pm 3/81$ و گروه کنترل $37/34 \pm 3/23$ سال بود. نتایج

تحلیل واریانس تفاوت معنی داری را بین سه گروه از نظر سن نشان نداد ($F=1/49$, $p=0/539$). میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های کنترل و آزمایش در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت وجود دارد. برای

بررسی این تفاوت و آزمون فرضیه‌های پژوهش در بخش بعدی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. میانگین نمرات متغیرهای حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی در گروه‌های آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه آزمون	کنترل		آزمایش ۱		آزمایش ۲	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حساسیت اضطرابی	پیش‌آزمون	۸۷/۸۱	۵/۶۱۲	۸۶/۵	۷/۶۵۹	۸۶/۵۶	۷/۱۳۶
	پس‌آزمون	۸۶/۴۸	۵/۵۷۳	۷۵/۸۱	۸/۲۵۶	۷۴/۶۲	۵/۸۴۰
	پیگیری	۸۵/۸۱	۵/۰۲۲	۷۵/۶۸	۷/۶۱۳	۷۴/۹۳	۴/۵۹۶
بدریخت‌انگاری بدنی	پیش‌آزمون	۲۶/۱۲	۲/۹۱۸	۲۶/۶۸	۳/۴۰۰	۲۵/۸۷	۲/۹۸۶
	پس‌آزمون	۲۵/۸۱	۳/۲۷۰	۲۰/۸۷	۴/۳۹۵	۱۹/۵۶	۱/۳۶۴
	پیگیری	۲۵/۵۰	۲/۹۸۸	۲۰/۸۱	۴/۶۵۰	۱۹/۴۳	۱/۲۶۳

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد و مقادیر این آزمون برای متغیرهای بدریخت انگاری بدنی و حساسیت اضطرابی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنی‌دار بود. آزمون لوین نیز نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است. به منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس خطا، از آزمون موجلی استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش‌فرض کرویت در داده‌ها برقرار نبود. لذا از آزمون گرین‌هاوس گیزر^۱ استفاده گردید.

بر اساس جدول ۴ در اثرات بین‌آزمودنی، اثر اصلی گروه در متغیرهای حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی معنی‌دار به دست آمده است

^۱ Greenhouse-Geisser

($p < ۰/۰۰۱$). در این رابطه نتایج نشان داد که ۲۶/۷ درصد از تفاوت‌های فردی در حساسیت اضطرابی و ۲۶/۹ درصد در بدریخت انگاری بدنی به تفاوت بین سه گروه مربوط است. نتایج اثرات درون آزمودنی نیز نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی به ترتیب برابر با ۸۱/۵ و 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 حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی‌داری دارند و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش در حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی به ترتیب برابر با ۵۸/۵ و ۵۶/۳ درصد به دست آمد.

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

متغیر	اثرات	منبع	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
حساسیت اضطرابی	درون آزمودنی	زمان	۲۰۸۰/۷۹۲	۱/۵۲۵	۱۳۶۴/۲۶۹	۱۹۷/۷۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۵	۱
	زمان × گروه		۶۶۶/۳۳۳	۳/۰۵۰	۲۱۸/۴۴۰	۳۱/۶۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۵	۱
	بین آزمودنی	گروه	۱۹۰۰/۵۰۰	۲	۹۵۰/۲۵۰	۸/۲۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۷	۱
بدریخت انگاری بدنی	درون آزمودنی	زمان	۵۷۳/۰۱۴	۱/۲۲۲	۴۶۸/۸۴۰	۱۴۵/۷۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۴	۱
	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

در جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد بین گروه‌های سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، در حالی که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در هر دو متغیر فوق معنی‌داری بود ($p < ۰/۰۰۱$).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه میانگین‌های حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی

مقیاس	سیستم خانواده درونی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P
حساسیت اضطرابی	سیستم خانواده درونی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۰/۶۲۵	۲/۱۹۶	۰/۹۱
	کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۷/۳۷۵	۲/۱۹۶	۰/۰۰۵
بدریخت انگاری بدن	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	-۸/۰۰۰	۲/۱۹۶	۰/۰۰۲
	سیستم خانواده درونی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۱/۱۶۷	۱/۰۶۲	۰/۸۳۴
	کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۳/۰۲۱	۱/۰۶۲	۰/۰۲۰
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	کنترل	-۴/۱۸۷	۱/۰۶۲	۰/۰۰۱

در ادامه برای بررسی تفاوت میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه بین سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. با توجه به نتایج جدول ۶، نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج نشان داد که برنامه‌های درمانی بر حساسیت

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه میانگین نمرات حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی به صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	P
حساسیت اضطرابی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۹۷۹	۰/۴۷۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۸/۱۴۶	۰/۵۶۹	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۱۷۰	۰/۳۳۵	۰/۹۶
بدریخت انگاری بدن	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۱۴۶	۰/۳۱۶	۰/۰۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۴/۳۱۲	۰/۳۵۷	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶۷	۰/۱۳۶	۰/۸۹۳

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی در زنان دارای تجربه ترومای کودکی بود. نتایج نشان داد بین دو روش درمانی فوق از نظر تاثیر بر حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی، تفاوت معنی داری وجود نداشت. در حالی که تفاوت نمرات متغیرهای حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل، معنی دار بود. همچنین، اثربخشی روش‌های درمانی فوق بر متغیرهای بررسی شده در طول زمان، پایدار بود. مروری بر متون، مطالعه مشابهی را در زمینه مقایسه اثربخشی دو روش درمان سیستم‌های خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی نشان نداد. در تبیین اثربخشی یکسان دو روش مداخله می‌توان تا حدی به مبانی مشترک دو روش مداخله که بر فرایندهایی همچون ذهن آگاهی، شفقت به خود، پذیرش (تجربه رویدادها به طور کامل و عاری از دفاع همان گونه که هستند) و آگاهی از چگونگی پاسخ در برابر افکار، احساس‌ها و حس‌های جسمانی تاکید می‌کنند، اشاره کرد.

نتایج این مطالعه در خصوص اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی با نتایج مطالعات خلیلی و همکاران (۴۲)، صدیقی و همکاران (۳۱)، لی^۱ و همکاران (۳۰)، رافعی و همکاران (۳۲)، طاهری (۴۳) و محبوب و همکاران (۴۴) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در روش برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، عنصر اصلی بالا بردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه اضطراب است (۳۰). برنامه آموزشی شناخت درمانی

مبتنی بر ذهن آگاهی شیوه متفاوتی از مواجهه با افکار ناکارآمد و هیجانات وابسته به آن نظیر اضطراب، درد، پریشانی و افسردگی را ارائه می‌کند. این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در کاهش استرس، حساسیت اضطرابی و تنظیم رفتاری ایفا کند (۴۲). در این مداخله بر بودن در زمان حال و هدایت ذهن به زمان، مکان و افکاری که فرد در نظر دارد، تاکید می‌شود (۲۵). این موضوع به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا کمتر از قبل به خاطرات گذشته رجوع کنند. تمرینات ذهن آگاهی این فرصت را برای افراد فراهم می‌کند که باورها و افکار ناکارآمد خود را در هر لحظه شناسایی کرده و افکار خود را بدون داوری بپذیرند (۲۷). لذا برخورداری مراجع از مجموع تکنیک‌های ذهن آگاهی مانند مراقبه، تمرکز روی تنفس، زندگی کردن در زمان حال و استفاده از آنها در شرایط زندگی و در مواجهه با خاطرات گذشته، افراد را کمک می‌کند تا با پیامدهای ترومای دوران کودکی بهتر مقابله نمایند و با کاهش استرس، پریشانی و حساسیت اضطرابی، رنج ناشی از آن را کاهش دهند.

در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر سیستم خانواده درونی بر حساسیت اضطرابی نیز، بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات کومائو^۲ و همکاران (۲۳)، ارلی وین^۳ و همکاران (۲۰)، هوگدان^۴ و همکاران (۲۲) و شوارتز و همکاران (۲۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در مدل سیستم‌های خانواده درونی، اضطراب و رفتارهای اضطرابی یک فرایند چرخشی مداوم است که نمود آن کشمکش قدرت بین تیم‌هایی از بخش‌های محافظ است که با نیت مثبت و روش‌های معمولاً متضاد تلاش می‌کنند تعادل را به سیستم

² Comeau³ Earleywine⁴ Hodgdon¹ Li

درونی مراجع بیاورند. ایجاد تعادل در سیستم و تمام فرایندی که منجر به آن می‌شود از طریق دسترسی به «خود» امکان‌پذیر است (۱۹). احساسات و هیجانات تبعید شده که در بخش تبعیدی وجود دارند و بخش مدیر از آمدن آن به آگاهی با مدیریت ذهن جلوگیری می‌کند و بخش آتش نشان وقتی به ذهن آمد حواس و توجه را از آن منحرف می‌کند، طی درمان وقتی باربرداری شوند و دیگر در آن بخش مدفون نباشند، افراد درمی‌یابند هیجانات و احساسات شان سیستم را در خود غرق نمی‌کند، بنابراین هیچ رفتار اجباری نیاز نیست که برای حفظ بقای سیستم، توسط بخش‌های محافظ انجام شود (۴۱). لذا درمان سیستم‌های خانواده درونی علاوه بر اینکه رفتارهای اجتنابی را تغییر می‌دهد، احساسات زیربنایی آن یعنی اضطراب و یا شرم را نیز از سیستم، رها می‌سازد.

در زمینه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بدریخت انگاری بدنی، یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات حسین‌پور محمدآبادی و خوش اخلاق (۴۵)، شریعتی و همکاران (۴۶) و سرتیپی یاراحمدی و همکاران (۴۷) همخوانی داشت. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به زنان دارای تجربه ترومای دوران کودکی کمک می‌کند تا نسبت به هر نوع احساس اضطراب و استرس ادراک شده که در بدن و ذهنشان وجود دارد، آگاه شوند. این بدان 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 (۴۵). طی این فرایند با کاهش اضطراب و خنثی سازی افکار منفی در رابطه با بدشکلی بدن، افراد از احساس پذیرش و عزت نفس بیشتری نسبت به خود برخوردار می‌شوند. همچنین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کمک می‌کند تا افراد با هیجان‌های منفی در رابطه با تصویر بدنی خود مواجه شوند و بدین طریق تحمل پریشانی را افزایش دهند (۲۶) و تجربه‌های حسی مستقیم خود را

بپذیرند و با حس کردن مستقیم بدن، میزان دریافت پیام‌های بدن را افزایش و میزان آشفته‌گی ذهنی در رابطه با تصویر بدنی را کاهش دهند (۴۶).

همچنین، نتایج مطالعه نشان داد درمان سیستم خانواده درونی بر بدریخت انگاری بدنی اثربخش بود. در مروری بر متون، نتیجه مشابهی یافت نشد. در این خصوص می‌توان گفت طی فرایند درمان سیستم خانواده درونی، فرد موفق به برقراری ارتباط با منتقد درونی می‌شود و درمانگر، آسیب‌های خودانتقادی را به او نشان می‌دهد و با رسیدگی به نگرانی بخش‌ها با مدیتیشن هدایت شده، شخص به آرامی به تبعیدی‌ها اجازه می‌دهد که خود را از بارهای عاطفی رها کنند (۴۱). پس از آن، مدیران دیگر نیازی به محافظت از فرد در برابر احساسات خطرناک قبلی مانند اضطراب و احساس شرم (احساسات غالب در بدریخت انگاری) نخواهند داشت، زیرا این احساسات بهبود یافته‌اند. هدف اصلی سیستم خانواده درونی، تقویت حالات روانی خاص است که از مشارکت خود دلسوز مراجع حمایت می‌کند، تا محیط داخلی امنی را برای پردازش خاطرات آسیب‌زا، تقویت کند. خودشفقتی با ایجاد مهربانی با خود (در مقابل قضاوت خود)، سبب می‌شود افراد به جای برخورد قضاوتی نسبت به بدنشان، برخورد مهربانانه‌ای کسب کنند (۲۳).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش و محدود بودن جامعه پژوهش به زنان دارای ترومای کودکی شهر لاهیجان اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، پژوهش‌های مشابه در بین جوامع مختلف و نیز سایر شهرها اجرا گردد.

نتیجه گیری

این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمان سیستم خانواده درونی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی در زنان دارای تجربه ترومای

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1402.244 می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از مسئولان مراکز مشاوره شهر لاهیجان و کلیه شرکت‌کنندگان که در تکمیل پرسشنامه‌ها دقت و وقت کافی مبذول داشتند، نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

کودکی شده و تفاوتی بین آنها از نظر میزان اثربخشی بر متغیرهای پژوهش، دیده نشد. لذا، پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران از این دو روش مداخله در بهبود حساسیت اضطرابی و بدریخت انگاری بدنی زنان دارای ترومای کودکی استفاده کنند تا ضمن ارتقاء سلامت روان به افزایش کیفیت زندگی آنان کمک نمایند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

- 1- Bauer A, Fairchild G, Hammerton G, Murray J, Santos IS, Rodrigues LT, et al. Associations between childhood trauma and childhood psychiatric disorders in Brazil: a population-based, prospective birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(12):969-77.
- 2- Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, et al. Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet*. 2022;400(10345):60-72.
- 3- Manfield J, Oakley K, Macey JA, Waugh MC. Understanding the five-year outcomes of abusive head trauma in children: a retrospective cohort study. *Developmental Neurorehabilitation*. 2021;24(6):361-67.
- 4- Harnett N, Dumornay N, Delity M, Sanchez L, Mohiuddin K, Musey P, et al. Prior differences in previous trauma exposure primarily drive the observed racial/ethnic differences in posttrauma depression and anxiety following a recent trauma. *Psychological Medicine*. 2023;53(6):2553-62.
- 5- Xie Q, Guan Y, Hofmann SG, Jiang T, Liu X. The potential mediating role of anxiety sensitivity in the impact of mindfulness training on anxiety and depression severity and impairment: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2023;64(1):21-29.
- 6- Kamandloo M. The relationship between childhood trauma experience with anxiety symptoms and body dysmorphic disorder in cosmetic surgery applicants with the mediation of rejection sensitivity. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2024;12(1):64-77. [Persian]
- 7- Kealy D, Laverdière O, Cox DW, Hewitt PL. Childhood emotional neglect and depressive and anxiety symptoms among mental health outpatients: the mediating roles of narcissistic vulnerability and shame. *Journal of Mental Health*. 2023;32(1):24-32.
- 8- Wang S, Cao H, Zhou N, Wu Q. Linking early emotional abuse/neglect with young adolescents' social (versus general) anxiety symptoms: a developmental cascade through emotion regulation. *Children and Youth Services Review*. 2024;166:107975.
- 9- Karaytuğ MO, Tamam L, Demirkol ME, Namlı Z, Gürbüz M, Yeşiloğlu C. Impact of childhood trauma and adult separation anxiety disorder on quality of life in individuals with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2023;6(3):181-96.
- 10- Watters ER, Aloe AM, Wojciak AS. Examining the associations between childhood trauma, resilience, and depression: a multivariate meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023;24(1):231-44.
- 11- Longobardi C, Badenes-Ribera L, Fabris MA. Adverse childhood experiences and body dysmorphic symptoms: a meta-analysis. *Body Image*. 2022;40(5):267-84.
- 12- Stechler N, Henton I. "If only he were blind": Shame, trauma, and dissociation among women with body dysmorphic disorder in physically intimate relationships. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2022;17(1):201-11.

- 13- Malcolm A, Pikoos TD, Grace SA, Castle DJ, Rossell SL. Childhood maltreatment and trauma is common and severe in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2021;109(6):152-56.
- 14- Jassi A, Krebs G. Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Clinics*. 2023;46(1):197-209.
- 15- Veale D, Neziroglu F. *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. John Wiley & Sons; 2010.
- 16- McLaughlin KA, Colich NL, Rodman AM, Weissman DG. Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Medicine*. 2020;18(7):1-11.
- 17- Bohus M, Kleindienst N, Hahn C, Müller-Engelmann M, Ludäscher P, Steil R, et al. 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*. 2020;77(12):1235-45.
- 18- Jones ER, Lauricella D, D'Aniello C, Smith M, Romney J. Integrating internal family systems and solutions focused brief therapy to treat survivors of sexual trauma. *Contemporary Family Therapy*. 2022;44(2):167-75.
- 19- Schwartz R, Sweezy M. *Internal Family Systems Therapy*. Guilford Press: New York; 2020.
- 20- Earleywine M, Oliva AB, De Leo JA, Banks R. An examination of internal family systems interventions for trauma with implications for ethical psychedelic-assisted treatment. *Journal of Psychedelic Studies*. 2024;4(6):34-57.
- 21- Haddock SA, Weiler LM, Trump LJ, Henry KL. The efficacy of internal family systems therapy in the treatment of depression among female college students: a pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2017;43(1):131-44.
- 22- Hodgdon HB, Anderson FG, Southwell E, Hrubec W, Schwartz R. Internal Family Systems (IFS) therapy for Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) among survivors of multiple childhood trauma: a pilot effectiveness study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2022;31(1):22-43.
- 23- Comeau A, Smith LJ, Smith L, Soumerai Rea H, Ward MC, Creedon TB, et al. Online group-based internal family systems treatment for posttraumatic stress disorder: feasibility and acceptability of the program for alleviating and resolving trauma and stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2024;16(S3):S636-S640.
- 24- Schwartz RC, Sweezy M. *Internal Family Systems Therapy*. Guilford Publications; 2019.
- 25- Sverre KT, Nissen ER, Farver-Vestergaard I, Johannsen M, Zachariae R. Comparing the efficacy of mindfulness-based therapy and cognitive-behavioral therapy for depression in head-to-head randomized controlled trials: a systematic review and meta-analysis of equivalence. *Clinical Psychology Review*. 2023;5(100):102-14.
- 26- Tseng HW, Chou FH, Chen CH, Chang YP. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on major depressive disorder with multiple episodes: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(2):1555.
- 27- Kabat-Zinn J. The invitation within the cultivation of mindfulness. *Mindfulness*. 2021;12(4):1034-37.
- 28- Lee SH, Cho SJ. Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorders. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2021;6(6):295-310.
- 29- McCartney M, Nevitt S, Lloyd A, Hill R, White R, Duarte R. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2021;143(1):6-21.
- 30- Li J, Cai Z, Li X, Du R, Shi Z, Hua Q, et al. Mindfulness-based therapy versus cognitive behavioral therapy for people with anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis of random controlled trials. *Annals of Palliative Medicine*. 2021;10(7):7596612-7612.
- 31- Sedighi K, Saffarian Toosi M, Khadivi G. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on anxiety and depression of divorce women. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2021;19(1):149-58. [Persian]

- 32- Rafee M, Sabahi P, Makvand Hosseini S. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depression, anxiety, stress and quality of life in elderly men living in nursing homes. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2020;62(5):23-36. [Persian]
- 33- Foroughi A, Sadeghi K, Parvizifard A, Parsa Moghadam A, Davarinejad O, Farnia V, et al. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2020;42(7):138-46. [Persian]
- 34- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*. 2003;27(2):169-90.
- 35- Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014;19(4):275-82. [Persian]
- 36- Taylor S, Cox BJ. An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*. 1998;12(5):463-83.
- 37- Birami M, Akbari I, Qasimpour A, Azimi Z. Investigating anxiety sensitivity, meta-anxiety and emotional regulation components in students with clinical and normal social anxiety symptoms. *Studies in Clinical Psychology*. 2011;2(8):40-69. [Persian]
- 38- Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*. 1997;33(1):17-25.
- 39- Rabiei M, Salahian A, Bahrami F, Palahang H. Construction and standardization of the body dysmorphic metacognition questionnaire. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2011;21(83):43-52. [Persian]
- 40- Segal DL, Coolidge FL, Cahill BS, O'Riley AA. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory—II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*. 2008;32(1):3-20.
- 41- Mehrad Sadr M, Borjali A, Eskandari H, Delavar A. Design and validation of a therapy program based on the internal family systems model and its efficacy on internet addiction. *Journal of Psychological Science*. 2023;22(121):19-35. [Persian]
- 42- Khalili MD, Hosseini SM, Sabahi P. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety sensitivity in patients with multiple sclerosis. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2023;12(1):34-45. [Persian]
- 43- Taheri E. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on anxiety sensitivity and emotion regulation. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2018;7(2):105-22. [Persian]
- 44- Mahjuob N, Teymouri S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing anxiety sensitivity and meta-worry in students with social anxiety. *Journal of Clinical Psychology*. 2015;7(2):39-48. [Persian]
- 45- Hosseinpour Mohammadabadi R, Khoshakhlagh H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on sense of coherence, emotional processing, death anxiety, and body image in breast cancer patients. *Sadra Medical Journal*. 2024;12(1):12-24. [Persian]
- 46- Shariati S, Abbasi G, Mirzaian B. The effectiveness of eating-based mindfulness training on alexithymia and self-differentiation of overweight women. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*. 2023;4(7):49-58. [Persian]
- 47- Sartipi Yarahmadi M, Kordestani D, Goodarzi K, Rozbahani M. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy on emotion regulation and life orientation in obese women. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2024;14(1):3-17. [Persian]