

Comparing the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation of Women with Body Dysmorphic Disorder Seeking Cosmetic Surgery

Hashemi Najafabadi SA¹, *Lali M², Sajjadian PS³, Dehghani A³

Author Address

1. PhD student in Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran;
2. PhD in Psychology, Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Farhangian University, Isfahan, Iran;
3. PhD in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
*Corresponding Author's E-mail: m.lali@cfu.ac.ir

Received: 2025 Nov 11; Accepted: 2025 Dec 21

Abstract

Background & Objectives: One of the common psychological problems among candidates for cosmetic surgery is body dysmorphic disorder. A prominent issue among these individuals is difficulty in emotion regulation. Mentalization-based therapy (MBT) appears to be a promising approach for improving emotion regulation. This therapeutic approach focuses primarily on an individual's current mental states and aims to develop representations of internal experiences. In addition, Acceptance and commitment therapy (ACT) has received considerable attention in this area. This therapeutic approach conceptualizes psychological difficulties as being largely rooted in psychological inflexibility. Given the role of emotion dysregulation in the decision to undergo cosmetic surgery, identifying effective interventions to enhance emotion regulation skills—with the ultimate goal of reducing the tendency toward cosmetic surgery among women with body dysmorphic disorder—is of considerable importance. Therefore, the present study was conducted to compare the effectiveness of mentalization-based therapy and acceptance and commitment therapy in improving emotion regulation among women with body dysmorphic disorder who were seeking cosmetic surgery.

Methods: The present study employed a quasi-experimental method with a pretest-posttest and a three-month follow-up design with a control group. The statistical population consisted of women with body dysmorphic disorder who were seeking cosmetic surgery and had attended specialized cosmetic surgery centers in Isfahan during the second half of 2023. Considering a minimum sample size of 15 participants per group and the possibility of attrition, 54 eligible individuals who were willing to participate were purposively recruited. Participants were then assigned to three groups: a mentalization-based therapy group (n=18), an acceptance and commitment therapy group (n=18), and a control group (n=18). The inclusion criteria were as follows: a diagnosis of body dysmorphic disorder confirmed by a clinical psychologist; a score above 20 on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS); age between 18 and 30 years; absence of acute or chronic psychiatric disorders as confirmed by a clinical psychologist; no concurrent participation in other psychological treatments; no use of psychiatric medications during the preceding three months, based on self-report; absence of physical illnesses that could interfere with participation in the study. The exclusion criteria included undergoing cosmetic surgery during the study period, lack of cooperation, failure to complete assigned session tasks, and absence from more than two treatment sessions. The research instruments were the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) (Gross & John, 2003) and the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS) (Phillips et al., 1997). Participants in the first experimental group received mentalization-based therapy, while those in the second experimental group received acceptance and commitment therapy. Both interventions were delivered in twenty 45-minute sessions held twice weekly. After data collection, descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to summarize the data. At the inferential level, analysis of variance (ANOVA) and chi-square tests were employed to examine participants' demographic characteristics. To test the study hypotheses, repeated-measures analysis of variance (repeated measures ANOVA) and Bonferroni post hoc tests were conducted. Data were analyzed using SPSS software, version 26, and the level of statistical significance was set at 0.05.

Results: The results indicated that in both the mentalization-based therapy group and the acceptance and commitment therapy group, significant differences were observed in reappraisal between the pretest and both the posttest and follow-up assessments ($p=0.001$). However, no significant difference was found between the posttest and follow-up assessments ($p>0.05$). In the acceptance and commitment therapy group, significant differences in suppression were observed between the pretest and both the posttest and follow-up assessments, as well as between the posttest and follow-up assessments ($p<0.05$). In addition, in the mentalization-based therapy group, a significant difference in suppression was found between the pretest and posttest assessments ($p=0.011$); however, no significant differences were observed between the pretest and follow-up assessments or between the posttest and follow-up assessments ($p>0.05$).

Conclusion: Based on the findings of the study, both mentalization-based therapy and acceptance and commitment therapy are effective interventions for enhancing emotion regulation in women with body dysmorphic disorder seeking cosmetic surgery. Nevertheless, acceptance and commitment therapy showed superior efficacy compared to mentalization-based therapy.

Keywords: Body dysmorphic disorder, Mentalization-based therapy, Acceptance and commitment therapy, Emotion regulation.

مقایسه اثربخشی درمان ذهنی سازی و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی زنان مبتلا به بدريخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی

سعیده السادات هاشمی نجف‌آبادی^۱، *محسن لعلی^۲، پریناز سادات سجادیان^۳، اکرم دهقانی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی، استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، اصفهان، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

*رأبایانامه نویسنده مسئول: m.lali@cfu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴ آبان ۱۴۰۴؛ تاریخ پذیرش: ۳۰ آذر ۱۴۰۴

چکیده

زمینه و هدف: تنظیم هیجان ضعیف از عوامل تشدیدکننده اختلال بدريخت‌انگاری در داوطلبان عمل‌های جراحی است؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی زنان مبتلا به بدريخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری را زنان متقاضی جراحی زیبایی مبتلا به بدريخت‌انگاری بدن مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی زیبایی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از این جامعه ۵۴ زن داوطلب واجد شرایط به‌شیوه هدفمند وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه هجده نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش اول، درمان ذهنی‌سازی و آزمودنی‌های گروه آزمایش دوم، درمان پذیرش و تعهد را در بیست جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳) و مقیاس اصلاح‌شده بیل-براون برای اختلال بدريخت‌انگاری بدن (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: در گروه درمان ذهنی‌سازی و گروه درمان پذیرش و تعهد، در متغیر ارزیابی مجدد بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0/001$)؛ اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p>0/05$). در گروه درمان پذیرش و تعهد در متغیر فرونشانی بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری و نیز بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/05$). در گروه درمان ذهنی‌سازی در متغیر فرونشانی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده شد ($p=0/011$)؛ اما بین پیش‌آزمون و پیگیری و بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دیده نشد ($p>0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد، هر دو به‌منظور بهبود تنظیم هیجانی زنان مبتلا به بدريخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی کارآمد است؛ اما درمان پذیرش و تعهد اثربخشی مطلوب‌تری دارد.

کلیدواژه‌ها: اختلال بدريخت‌انگاری بدن، درمان ذهنی‌سازی، درمان پذیرش و تعهد، تنظیم هیجانی.

نگرانی‌های بیمارگونه‌شان انجام می‌دهند (۱۴، ۱۵)؛ در این راستا عقیده و همکاران دریافته‌اند، افراد متقاضی جراحی زیبایی در مقایسه با افراد غیرمتقاضی، در جنبه‌های هیجانی مبتلا به اختلال هستند و هیجانات منفی بیشتری گزارش می‌کنند (۱۵).

با توجه به آنچه گفته شد، ارائه مداخلات روان‌شناختی به منظور افزایش توانایی تنظیم هیجانی از موضوعاتی است که توجه محققان را می‌طلبد. به نظر می‌رسد، درمان ذهنی‌سازی^۴ رویکردی مناسب برای بهبود تنظیم هیجانی است (۱۶، ۱۷). در این درمان صرفاً بر حالت‌های روانی کنونی فرد تمرکز می‌شود که هدف آن ساختن بازنمایی‌هایی از حالت‌های درونی است؛ به علاوه کانون اصلی آن کمک به درمان‌جو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشجاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل کند. هدف درمان ذهنی‌سازی، رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (۱۸). هدف این درمان ایجاد بینش نیست؛ بلکه بهبود ذهنی‌سازی و کسب بازنمایی منسجم و یکپارچگی در حالت‌های روانی است. درمان ذهنی‌سازی، فضایی انتقالی از رابطه‌مندی را خلق می‌کند که در آنجا می‌توان با افکار و هیجان‌ها بازی کرد (۱۹)؛ لذا انتظار می‌رود درمان ذهنی‌سازی، با اصلاح افکار و ترمیم هیجانات، قادر باشد به زنان با بدریخت‌انگاری بدن در تصمیم‌گیری برای جراحی زیبایی کمک کند. مروری بر تحقیقات نشان داد، درمان ذهنی‌سازی بر بهبود تنظیم هیجانی نوجوانان اثربخشی دارد (۲۰، ۲۱).

در این زمینه به درمان پذیرش و تعهد^۵ نیز توجه شده است (۲۲). درمان پذیرش و تعهد، مشکلات روان‌شناختی انسان را عمدتاً ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند (۲۳) و با ارتباطی درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرایندهای کلامی غیرمستقیم را به کار می‌برد تا به طور تجربی بتواند از طریق پذیرش و ناهمچوشی، حس فراتجربی از خود، ارتباط با لحظه اکنون، ارزش‌ها و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری را در فرد به وجود آورد (۲۴). درمان پذیرش و تعهد، فردنگر است و بیشتر به راه‌حل‌ها توجه دارد تا آسیب‌شناسی؛ به علاوه تأکید آن بر نقاط قوت و شایستگی‌ها است (۲۵). به نظر می‌رسد، درمان پذیرش و تعهد به وسیله افزایش توانایی فرد برای فعال ماندن و عمل کردن مطابق با ارزش‌های شخصی برای بهبود کارکرد (۲۴) و افزایش ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار) و ایجاد تعهد درباره درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به زندگی پرمعنا و اصیل باهدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بتواند به زنان کمک کند در شرایط تنش‌زا و فشارهای اجتماعی به شیوه‌ای کارآمد به مدیریت هیجانات بپردازند (۲۵). مطالعات نشان داد، این رویکرد درمانی بر تنظیم هیجان در بیماران با جراحی مستکتومی (۲۶)، تنظیم هیجان نوجوانان (۲۷) و نوجوانان دارای چالش بینایی (۲۸) و نیز کمک به بهزیستی روان‌شناختی متقاضیان جراحی زیبایی (۲۲) مؤثر است.

به این ترتیب با توجه به نقش بدتنظیمی هیجان در تصمیم‌گیری برای جراحی‌های زیبایی، لزوم شناسایی درمان‌های کارآمد به منظور ارتقای

با پیشرفت علم پزشکی، جراحی‌های زیبایی^۱ در عصر کنونی به عنوان یکی از مصادیق نفوذ به بدن برای زیباسازی مدنظر قرار گرفته است و سالانه افراد زیادی برای رسیدن به زیبایی مطلوب، این عمل‌ها را روی بدن خود انجام می‌دهند (۱). طبق آمار انجمن بین‌المللی جراحی‌های زیبایی، بازار جراحی زیبایی در سال‌های اخیر شاهد گسترش چشمگیری در سراسر جهان است؛ به طوری که تعداد جهانی عمل‌های زیبایی به میزان ۱۰/۹ میلیون نفر از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹ افزایش یافته است (۲). مشخص شد، این عمل‌های جراحی اغلب غیرضروری و ناشی از وجوه روان‌شناختی است؛ به علاوه از وجوه مهم و مرتبط با نیاز به زیبایی در داوطلبان جراحی‌های زیبایی، اختلال بدریخت‌انگاری بدن^۲ گزارش شده است (۳). افراد مبتلا به اختلال مذکور اگر حتی یک ناهنجاری کوچک داشته باشند، نگرانی درباره آن بیش از حد آزاردهنده خواهد بود (۴)؛ به همین علت جراحی‌های زیبایی بسیاری را طلب می‌کنند (۵)؛ درحالی که جراحی‌های بیان‌شده با خطرات بالقوه‌ای همچون عفونت، آسیب عصبی، آمبولی، مرگ و آسیب‌های روان‌شناختی همراه است (۶). نکته جالب توجه آن است که بعد از انجام عمل‌های جراحی، علائم در این افراد نه تنها بهبود نمی‌یابد، بلکه شدت نیز می‌گیرد و در مواقعی پس از آن، افسردگی و خودکشی را تجربه خواهند کرد (۷). این عواقب، توجه به سازوکارهای کاهش مشکلات روان‌شناختی مؤثر در گرایش به جراحی‌های زیبایی به‌ویژه در زنان با اختلال بدریخت‌انگاری را ضروری می‌کند.

از مسائل مطرح در این زمینه ناتوانی در تنظیم هیجانی^۳ است. ناتوانی در تنظیم هیجان، افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری را در برابر اثرات مضر استانداردهای زیبایی غیرواقعی ترویج‌شده توسط رسانه‌ها، آسیب‌پذیرتر می‌کند (۸). تنظیم هیجانی به منزله فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی و روانی و فیزیکی در به‌انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (۹). این راهبردها، فرایندهای بیرونی و درونی را در بر می‌گیرد که مسئول نظارت و ارزیابی و تغییر واکنش‌های هیجانی به‌ویژه هیجانات شدید و منفی، به منظور رسیدن به اهداف مدنظر است (۱۰). افرادی که در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی ناتوان هستند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی کمی دارند و فشارهای محیطی را بیش برآورد می‌کنند و در مهار هیجان‌های خود عملکرد ضعیفی دارند؛ در نتیجه در مقابله با وقایع ناخوشایند، مقاومت کمتری از خود نشان می‌دهند (۱۱)؛ لذا سطوح پایین تنظیم هیجان که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها است، در تصمیم‌گیری به جراحی زیبایی نقش دارد (۱۲، ۱۳). این مشکل در زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری بارزتر است؛ مطالعات نشان داد، افراد مبتلا به بدریخت‌انگاری در کنترل و مهار هیجان‌اتشان دچار اختلال هستند. آن‌ها به دلیل ناتوانی در تنظیم هیجانات خود، نوعی هیجان درونی دارند و مجموعه‌ای از رفتارهای اجباری برای کم‌کردن

۴. Mentalization-Based Therapy

۵. Acceptance and Commitment Therapy

۱. Cosmetic surgery

۲. Body dysmorphic disorder

۳. Emotion regulation

مهارت تنظیم هیجان باهدف نهایی کاهش گرایش به جراحی‌های زیبایی در زنان با اختلال بدریخت‌انگاری بدن مشخص می‌شود. با در نظر گرفتن ادبیات پژوهش مبنی بر کارآمدی درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد در بهبود تنظیم هیجانی و باتوجه به فقدان شواهد تجربی از اثربخشی دو رویکرد مذکور بر زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی، لازم است ضمن تعیین اثربخشی هریک از دو درمان در این زمینه، به منظور صرفه‌جویی در زمان و هزینه درمانگران و مراجعان، مناسب‌ترین درمان شناسایی شود؛ لذا پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی زنان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی جراحی زیبایی شهر اصفهان در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. با در نظر گرفتن حداقل حجم نمونه پانزده نفر برای هر گروه (۲۹) و احتمال ریزش، از جامعه مذکور ۵۴ نفر واجد شرایط و مایل به شرکت در طرح پژوهش، به‌طور هدفمند وارد مطالعه شدند. سپس در سه گروه (هجده نفر در گروه درمان ذهنی‌سازی، هجده نفر در گروه درمان پذیرش و تعهد، هجده نفر در گروه گواه) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به اختلال بدریخت‌انگاری (تأییدیه روان‌شناس بالینی)؛ نمره بیشتر از ۲۰ در مقیاس اصلاح‌شده ییل-براون برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن^۱ (۳۰)؛ دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال؛ مبتلانی بودن به اختلالات روانی حاد یا مزمن (تأییدیه روان‌شناس بالینی)؛ استفاده نکردن از درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان؛ مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی از سه ماه قبل (پرسش از مراجعان)؛ مبتلانی بودن به بیماری‌های جسمانی مانع از شرکت در طرح پژوهشی. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، انجام عمل زیبایی، همکاری نکردن، انجام‌دادن تکالیف محول‌شده در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه بود. زنان منتخب به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند و با توزیع پرسش‌نامه‌های پژوهش پیش‌آزمون اجرا شد. در ادامه آزمودنی‌های گروه آزمایش اول، درمان ذهنی‌سازی و آزمودنی‌های گروه آزمایش دوم، درمان پذیرش و تعهد را در قالب بیست جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و دو جلسه در هفته دریافت کردند؛ اما برای گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. بعد از اتمام جلسات و نیز سه ماه پس از اجرای مداخلات، در گروه‌های پژوهش مجدد ارزیابی صورت گرفت.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

– پرسش‌نامه تنظیم هیجان^۲: این پرسش‌نامه توسط گراس و جان در سال ۲۰۰۳ تهیه شد (۳۱). پرسش‌نامه دارای ده گویه است که دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰) و فرونشانی (سؤالات ۲، ۴، ۶، ۹) را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ سؤالات براساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۷ نمره‌گذاری می‌شود. پرسش‌نامه نمره کل ندارد و نمره بیشتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده استفاده بیشتر از آن راهبرد است (۳۱). در پژوهش گراس و جان، روایی سازه پرسش‌نامه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی به‌روش مؤلفه‌های اصلی مؤید دو عامل بود که روی هم‌رفته توانایی تبیین ۷۸ درصد از واریانس را داشت؛ ضمن اینکه روایی تشخیصی پرسش‌نامه از طریق برآورد همبستگی خرده‌مقیاس فرونشانی پرسش‌نامه با نشانگان افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به‌دست آمد و به‌تأیید رسید. پایایی بازآزمایی بعد از سه ماه برای خرده‌مقیاس‌های فرونشانی ۰/۷۳ و ارزیابی مجدد ۰/۷۹ گزارش شد (۳۱). در پژوهش کیانفر و همکاران ضمن تأیید روایی محتوایی پرسش‌نامه براساس نظر متخصصان، روایی سازه براساس تحلیل عاملی تأییدی (GFI=۰/۹۵۱، CFI=۰/۹۴۳)، روایی هم‌زمان با بررسی همبستگی مقیاس تحمل‌پیشانی^۳ (I=۰/۴۳)، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های فرونشانی ۰/۷۳۳ و ارزیابی مجدد ۰/۷۰۹ به‌دست آمد (۳۲).

– مقیاس اصلاح‌شده ییل-براون برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن: این مقیاس توسط فیلیپس و همکاران در سال ۱۹۹۷ طراحی شد (۳۰). مقیاس دوازده‌سؤال و سه عامل وسواس فکری (سؤالات ۱ تا ۵) و وسواس عملی (سؤالات ۶ تا ۱۰) و بیش و اجتناب/پرهیز (سؤالات ۱۱ و ۱۲) دارد که در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالف=صفر تا کاملاً موافق=۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل بیشتر از ۲۰ نشان‌دهنده تشخیص اختلال بدریخت‌انگاری بدن است. نمره کل از جمع نمرات به‌دست می‌آید (۳۰). مطالعه مربوط به پایایی و روایی مقیاس مشخص کرد، برای سنجش علائم اختلال بدریخت‌انگاری مناسب است (۳۰). فیلیپس و همکاران پایایی از نوع بازآزمایی را برای مقیاس در دوره یک‌هفته‌ای مناسب ارزیابی کردند (I=۰/۸۸)؛ به‌علاوه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ را به‌دست آوردند که هماهنگی درونی زیاد مقیاس را نشان داد. روایی تشخیصی در مقایسه با فرم درجه‌بندی‌شده کوتاه روان‌پزشکی نیز مناسب بود (I=۰/۱۹) (۳۰). در ایران این مقیاس توسط غلامی و همکاران هنجاریابی شد و نتایج تحلیل عاملی ساختار سه‌عاملی مقیاس به‌تأیید رسید. روایی هم‌زمان پرسش‌نامه، حاکی از همبستگی مثبت مقیاس اصلاح‌شده وسواس فکری عملی ییل-براون برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن با نگرانی از بدشکلی بدن (I=۰/۸۸)، نظارت بدن (I=۰/۴۶۱)، شرم بدن (I=۰/۵۳۲) و همبستگی منفی آن با عزت‌نفس (I=-۰/۴۸۴) بود. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۵ به‌دست آمد (۳۳).

– در پژوهش حاضر درمان ذهنی‌سازی براساس رویکرد بتمن و فوناگی

^۳. Distress Tolerance Scale

^۱. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS)

^۲. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

(۱۹) و درمان پذیرش و تعهد براساس رویکرد هایز^۱ و همکاران و همکاران (۱۷) و درمان پذیرش و تعهد در پژوهش پورفراهمی و (به نقل از ۲۸) بود. پیش از این درمان ذهنی سازی در پژوهش شمس و همکاران (۳۴) استفاده شد و اعتبار آن به تأیید رسید (جدول ۱).

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان های ارائه شده در پژوهش

جلسات	درمان ذهنی سازی	درمان پذیرش و تعهد
اول	بیان اهداف جلسات، تأکید بر حضور فعالانه اعضا، معرفی اعضای گروه، توضیح مزایای ذهنی سازی و تمایز آن با سوء تعبیرها، ارائه تکلیف.	خوشامدگویی، معرفی و ارائه دستورعمل مربوط به کار گروهی و تصریح نوع رابطه درمانی، سنجش کلی و صحبت درباره افکار و احساسات منفی و نگرانی های زنان.
دوم	بیان شاخص های ذهنی سازی ضعیف، مشکلات در ذهن خوانی خود و دیگران، مشکلات تنظیم هیجان، حساسیت بین فردی، شفاف سازی تفسیرهای شرکت کنندگان، ارائه تکلیف.	بیان خطرات جراحی های زیبایی، صحبت راجع به شیوع جراحی های زیبایی، تمرکز بر هدف درمان و تعهد، اجرای تمرین تمرکز و معرفی ذهن آگاهی.
سوم	بیان هیجانات اصلی و اجتماعی، هیجانات اولیه و ثانویه، توصیف انواع هیجانات و تفاوت های فردی در کنترل هیجانات، ارائه تکلیف.	بررسی کوشش های قبلی درمان جویان به منظور مقابله با فشارهای اجتماعی، استعاره بیر گرسنه، استعاره شخصی در گودال، ارائه تکلیف.
چهارم	بیان چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات، تفسیر علامت های هیجانی درونی در خود و دیگران، احساسات غیرذهنی سازی و مدیریت آن ها، آرمیدگی، ارائه تکلیف.	انجام یکی از فعالیت های روزانه با حضور ذهن، تأکید بر اهمیت برگرداندن واقعی فرد به لحظه موجود، حضور در زمان حال، ارائه تکلیف.
پنجم	بیان اهمیت روابط دلبستگی، بحث درباره دلبستگی، راهبردهای دلبستگی، ارائه تکلیف.	برنامه مراقبه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه ای در پنج حالت، ارائه تکلیف.
ششم	بیان دلبستگی و ذهنی سازی، بررسی تعارضات دلبستگی، ارائه تکلیف.	آموزش آگاهی درباره زمان حال، ارائه تکلیف.
هفتم	بیان نشانگان اضطرابی، ارائه جزوه آموزشی به منظور آشنایی با نشانگان اضطرابی، ارائه تکلیف.	آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام، ارائه تکلیف.
هشتم	بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان ذهنی سازی، آموزش و تمرین ذهنی سازی در گروه، ارائه تکلیف.	تمرین تمرکز با کشمش، مرور الگوهای اجتنابی، میزان کارآمدی و هزینه های این اجتناب ها، ادامه موضوع درماندگی خلاق، تمرین پذیرش، ارائه تکلیف.
نهم	بیان جنبه دلبستگی درمان ذهنی سازی، اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران، ایجاد روابط دلبستگی با درمانگر و اعضای گروه، ارائه تکلیف.	تمرین تمرکز، مرور واکنش درمان جویان به جلسات قبل، معرفی کنترل به عنوان یک مسئله، استعاره طناب کشی با هیولای ظاهر ایده آل، ارائه تکلیف.
دهم	بیان اضطراب و ذهنی سازی، آموزش درباره اضطراب و ترس، ارائه راهکارهای درمانی، توضیح مؤلفه کلیدی یاری شخص، ارائه تکلیف.	تلاش برای شناخت و بیرون راندن آنچه باعث حواس پرتی ذهن می شود، آموزش حفظ توجه، جایگزینی جملات، ارائه تکلیف.
یازدهم	بیان افسردگی و ذهنی سازی، ارائه آموزش درباره افسردگی و درمان های آن، بحث در زمینه تفکرات افسرده ساز، ارائه تکلیف.	تقویت خودگردانی با استفاده از یک واژه یا رنگ به نشانه بدن، ارائه تکلیف.
دوازدهم	خلاصه و جمع بندی.	تمرین مهارت مشاهده آگاهی، تمرین استفاده از زنگوله ذهن آگاهی، ارائه تکلیف.
سیزدهم	مروری بر بحث گروهی قبلی، پرسش از اعضای گروه درباره مشکلاتی که می خواهند مطرح کنند، تأیید همدلانه.	صحبت درباره رفتار ارزش مدار، ارائه تکلیف.
چهاردهم	شفاف سازی مباحث مطرح شده اعضا از سوی گروه، ترکیب مشکلات، کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن مشکلات.	اجرای استعاره دستگاه دروغ سنج جست و جوی ارزش ها و بیان تفاوت و ارتباط بین ارزش ها و اهداف، متعهد شدن و بیان مسیرهای ارزشمند، ارائه تکلیف.
پانزدهم	شفاف سازی مباحث مطرح شده اعضا از سوی گروه، ترکیب مشکلات، کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن مشکلات.	انتخاب مسیرهای ارزشمند، تمرین توجه، به خصوص سلامتی، استعاره نوشته روی سنگ قبر، ارائه تکلیف.
شانزدهم	شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی روی مباحث انجام شده از سوی اعضای گروه.	ادامه انتخاب مسیرهای ارزشمند، ارائه تکلیف.
هفدهم	آموزش در جهت ذهنی سازی مطالب برای تسهیل اعتماد.	فعال سازی رفتاری، قطب نمای زندگی، ایجاد سلسله مراتبی از فعالیت ها و تعهدها، مقابله با موانع و اجتناب ها، ارائه تکلیف.
هجدهم	ذهنی سازی ارتباط باتوجه به ردیاب های انتقال.	شناخت تله های ذهنی و زبانی، حذف رفتارها و نشانه های ایمنی جویی، تمرین سفر با استرس ها، مقابله با شکست، نظارت بر تجربیات مرتبط با فشارهای اجتماعی و رسانه، ارائه تکلیف.
نوزدهم	ذهنی سازی ارتباط باتوجه به ردیاب های انتقال.	بررسی نظر مراجعان درباره ذهن آگاهی و مهارت بنیادی ذهن آگاهی، ارائه تکلیف.
بیستم	آماده سازی برای پایان دادن به درمان، تمرکز بر احساسات فقدان	آماده سازی برای پایان دادن به درمان، تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه

¹. Hayes

به تفکیک عضویت گروهی آورده شده است. میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه درمان ذهنی سازی $23/76 \pm 2/70$ سال و در گروه درمان پذیرش و تعهد $24/58 \pm 3/29$ سال و در گروه گواه $24/68 \pm 3/23$ سال بود. مقایسه میانگین سنی سه گروه با آزمون تحلیل واریانس نشان داد، سه گروه به لحاظ سن همگن بودند ($p > 0/05$). همچنین براساس اطلاعات جمعیت شناختی اغلب زنان شرکت کننده در پژوهش دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و براساس نتایج آزمون خیدو تفاوت معناداری از نظر تحصیلات بین سه گروه وجود نداشت ($p > 0/05$).

بعد از جمع آوری داده ها، در سطح آمار توصیفی، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به کار رفت. در سطح آمار استنباطی از آزمون های شاپیرو-ویلک، لون، ام-بکس، کرویت ماچلی و گرین هاوس-گیسر به منظور بررسی پیش فرض های آماری، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی فرضیه های پژوهش و از تحلیل واریانس و آزمون خیدو به منظور بررسی اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ صورت گرفت و سطح معناداری آزمون های آماری ۰/۰۵ بود.

۳ یافته ها

در جدول ۲ فراوانی و درصد فراوانی سن شرکت کنندگان در پژوهش

جدول ۲. توزیع فراوانی سن و تحصیلات شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی

اطلاعات جمعیت شناختی	درمان ذهنی سازی		درمان پذیرش و تعهد		گواه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن						
۱۸ تا ۲۴ سال	۱۱	۶۴/۷	۸	۴۷/۰۵	۵	۳۱/۲۵
۲۵ تا ۳۰ سال	۶	۳۵/۳	۹	۵۲/۹۴	۱۱	۶۸/۷۵
تحصیلات						
دیپلم	۴	۲۳/۵	۵	۲۹/۴	۳	۱۸/۸
لیسانس	۹	۵۲/۹	۷	۴۱/۲	۹	۵۶/۳
فوق لیسانس	۴	۲۳/۵	۵	۲۹/۴	۴	۱۵

در جدول ۳، شاخص های توصیفی متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی به تفکیک گروه های پژوهش در سه مرحله ارائه شده است.

جدول ۳. یافته های توصیفی متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی به تفکیک گروه ها و مراحل پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
ارزیابی مجدد	درمان ذهنی سازی	۱۵/۸۸	۲/۳۹	۲۲/۰۵	۱/۹۸	۲۲/۱۱
	درمان پذیرش و تعهد	۱۵/۸۲	۲/۵۷	۲۱/۵۸	۱/۸۷	۲۱/۵۸
	گواه	۱۷/۰۶	۲/۲۹	۱۷/۵۰	۱/۸۹	۱۷/۵۰
فرونشانی	درمان ذهنی سازی	۱۵/۷۰	۲/۹۴	۱۳/۹۴	۱/۷۱	۱۳/۹۴
	درمان پذیرش و تعهد	۱۴/۴۱	۲/۲۶	۱۱/۸۲	۱/۵۹	۱۱/۷۰
	گواه	۱۴/۸۱	۲/۲۸	۱۴/۷۵	۲/۰۱	۱۴/۸۱

براساس نتایج جدول ۳، میانگین نمرات متغیر ارزیابی مجدد در گروه های آزمایش در مقایسه با گروه گواه افزایش بیشتر و میانگین نمرات متغیر فرونشانی کاهش بیشتری در پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون داشت. قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، پیش فرض های آن بررسی شد. ابتدا بررسی پیش فرض شاپیرو-ویلک صورت گرفت و نتایج نشان داد، برای متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی در گروه های آزمایش و گواه و در

سه مرحله پژوهش توزیع داده ها نرمال بود ($p > 0/05$)؛ به عبارت دیگر توزیع متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی نرمال بود. به منظور بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها، آزمون لون به کار رفت. مقادیر به دست آمده از این آزمون برای متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی در سه مرحله پژوهش معنادار نبود ($p > 0/05$)؛ به عبارت دیگر شرط واریانس های بین گروهی رعایت شد. آزمون ام-بکس برای متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی پژوهش معنادار نبود و در نتیجه برابری

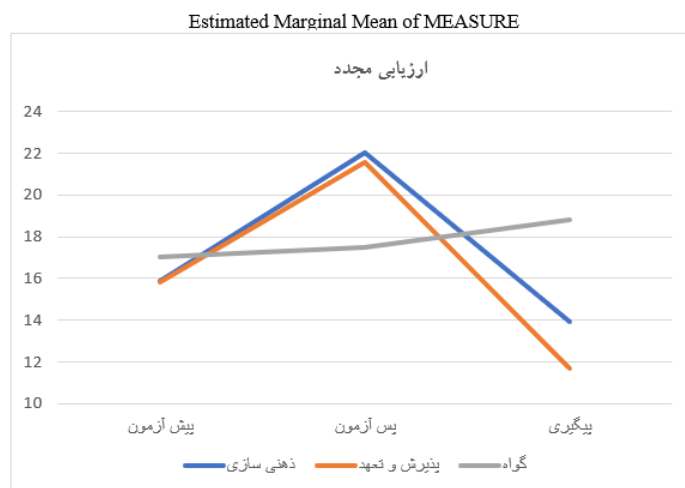
ماتریس واریانس کوواریانس رد نشد ($p > 0/05$)؛ اما پیش فرض کرویت با استفاده از آزمون کرویت ماچلی برای متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی رد شد ($p < 0/05$)؛ به همین دلیل آزمون گرین هاوس- گیسر به کار رفت. نتایج مقایسه درون گروهی و بین گروهی در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج اثرات درون گروهی (گرین هاوس- گیسر) و بین گروهی در متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی

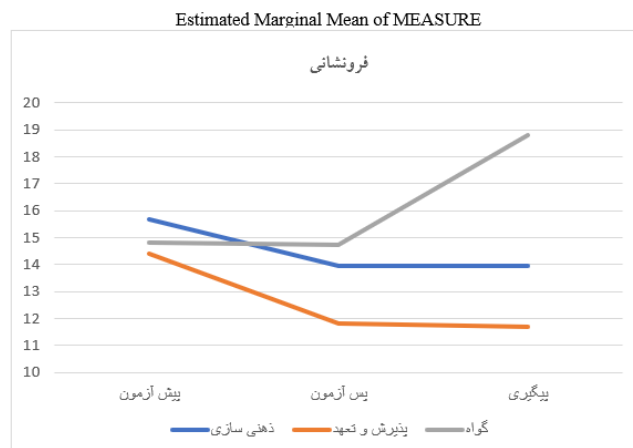
متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مقدار احتمال	ضریب اتا	توان آماری
درون گروهی	مرحله	۵۶۹/۷۶۹	۱/۱۹۳	۴۷۷/۵۳۳	۱۳۶/۵۲۱	$< 0/001$	۰/۷۴۴	۱/۰۰
بین گروهی	مرحله × گروه	۲۲۴/۳۶۶	۲/۳۸۶	۹۴/۰۲۲	۲۶/۸۸۰	$< 0/001$	۰/۵۳۴	۱/۰۰
درون گروهی	گروه	۲۰۵/۳۸۰	۲	۱۰۲/۶۹۰	۱۲/۱۲۸	$< 0/001$	۰/۳۴۰	۰/۹۹۳
درون گروهی	مرحله	۷۳/۰۶۱	۱/۲۲۹	۵۹/۴۳۷	۲۱/۲۲۳	$< 0/001$	۰/۳۱۱	۰/۹۹۸
بین گروهی	مرحله × گروه	۳۸/۸۵۲	۲/۴۵۸	۱۵/۸۰۳	۵/۶۴۳	۰/۰۰۳	۰/۱۹۴	۰/۸۹۲
بین گروهی	گروه	۱۳۷/۶۲۴	۲	۶۸/۸۱۲	۸/۸۴۶	$< 0/001$	۰/۲۷۳	۰/۹۶۳

طبق نتایج جدول ۴، بین میانگین نمرات متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری به طور کلی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی معنادار بود ($p < 0/05$)؛ به علاوه براساس نتایج این جدول، میانگین نمرات متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی در گروه های آزمایش و گروه گواه

تفاوت معناداری داشت ($p < 0/001$). براساس نتایج، ۳۴ درصد از تفاوت در نمرات متغیر ارزیابی مجدد و ۲۷/۳ درصد از تفاوت در نمرات متغیر فرونشانی ناشی از اعمال متغیرهای مستقل بود. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، برای مقایسه زوجی گروه ها در مراحل پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است.



شکل ۱. نمودار پروفایل پلات مربوط به اثرات گروه و زمان متغیر ارزیابی مجدد



شکل ۲. نمودار پروفایل پلات مربوط به اثرات گروه و زمان متغیر فرونشانی

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌های پژوهش در متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی در مراحل پژوهش

درمان	متغیر	مرحله مبنا	مرحله مقایسه شده	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
زیبایی	ارزیابی مجدد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۷۶۵	۰/۸۰۲	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۳/۷۰۶	۰/۷۵۶	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۵۹	۰/۲۶۴	۰/۸۲۶
	فرونشانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۸۲۴	۰/۲۸۷	۰/۰۱۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۸۸۲	۰/۴۷۷	۰/۰۸۳
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۵۹	۰/۳۰۳	۰/۸۴۸
زیبایی و فرونشانی	ارزیابی مجدد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۴۷۱	۰/۸۹۶	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۴/۴۷۱	۰/۹۲۸	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۱۹۲	۱/۰۰
	فرونشانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۷۵۶	۰/۳۱۵	۰/۰۲۸
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۶۴۷	۰/۳۹۲	۰/۰۱۹
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۱۸	۰/۱۴۶	۰/۰۳۱
زیبایی و فرونشانی و سلامت	ارزیابی مجدد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۰۶۳	۰/۳۴۷	۰/۸۶۰
		پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۰۶۳	۰/۳۴۷	۰/۸۶۰
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۳۰۳	۱/۰۰
	فرونشانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۱۸۸	۰/۲۲۸	۰/۴۲۳
		پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۲۵۰	۰/۲۸۱	۰/۳۸۸
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۶۳	۰/۲۳۲	۰/۷۹۱

چراتی و همکاران (۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر بهبود تنظیم هیجانی نوجوانان، مطالعات رجبی و همکاران (۲۶) و دوناس (۲۷) و ریاض و همکاران (۲۸) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تنظیم هیجان و تحقیق حامدی رستمی و همکاران (۲۲) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بدریختی بدن در زنان متقاضی جراحی زیبایی همسوست.

در تبیین اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر بهبود تنظیم هیجانی زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی می‌توان گفت، زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن، به‌ویژه آن‌ها که در مسیر تصمیم‌گیری برای جراحی زیبایی قرار دارند، معمولاً گرفتار چرخه‌ای از تفسیرهای ذهنی ناپایدار و ارزیابی‌های نادرست از خود و حساسیت شدید در برابر نشانه‌های اجتماعی هستند. درمان ذهنی‌سازی دقیقاً بر همین نقاط آسیب‌پذیر تمرکز می‌کند؛ یعنی کمک به فرد برای بازشناسی حالت‌های درونی، تمایز میان واقعیت و تفسیر، تعدیل واکنش‌های هیجانی. اهمیت این رویکرد توسط یوان و همکاران (۲۰) و غفاری-چراتی و همکاران (۲۱) به‌تأیید رسید. آن‌ها نشان دادند، درمان ذهنی‌سازی موجب بهبود چشمگیر تنظیم هیجان از طریق افزایش پردازش شناختی هیجان می‌شود (۲۰، ۲۱). یافته پژوهش حاضر مبنی بر افزایش معنادار ارزیابی مجدد، به‌طور مستقیم با سازوکار اصلی درمان ذهنی‌سازی همخوان است؛ زیرا ذهنی‌سازی، علت‌یابی هیجانات و تفسیر چندوجهی وقایع و توقف واکنش‌های تکانشی را تسهیل می‌کند. زمانی که زنان بدریخت‌انگار می‌آموزند ذهن خود را بنگرند، می‌توانند

همان‌طور که در جدول ۵ و شکل‌های ۱ و ۲ ملاحظه می‌شود، در گروه درمان ذهنی‌سازی و گروه درمان پذیرش و تعهد، در متغیر ارزیابی مجدد بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0/001$)؛ اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p>0/05$). در گروه درمان پذیرش و تعهد در متغیر فرونشانی بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری و نیز بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/05$). همچنین در گروه درمان ذهنی‌سازی در متغیر فرونشانی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده شد ($p=0/011$)؛ اما بین پیش‌آزمون و پیگیری و نیز بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دیده نشد ($p>0/05$)؛ این درحالی است که در گروه گواه در متغیرهای پژوهش بین مراحل آزمون، تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>0/05$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی بود. نتایج پژوهش نشان داد، دو درمان ذهنی‌سازی و پذیرش و تعهد بر ارزیابی مجدد زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی اثربخشی داشت؛ اما تنها درمان پذیرش و تعهد قادر به کاهش ماندگار فرونشانی زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی بود. یافته‌های این بخش به‌طور غیرمستقیم با پژوهش‌های یوان و همکاران (۲۰) و غفاری-

تجربه‌های ناگوار را از منظر تازه‌ای معنا کنند؛ این همان فرایند بازنگری شناختی است. شواهد نشان داد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی از طریق تثبیت «خود تأمل‌گر» و افزایش فاصله شناختی، سبب تقویت ظرفیت ارزیابی مجدد می‌شود (۲۱). برنامه ذهنی‌سازی با تمرکز بر بازشناسی هیجانات اولیه و ثانویه، تشخیص سوء تعبیرهای بین فردی و اصلاح داستان‌های درونی، زنان را یاری می‌دهد هیجانات پیچیده مانند شرم، خجالت یا احساس نقص را با وضوح بیشتری درک کنند. این مهارت، زمینه‌ای ضروری برای ارزیابی مجدد است؛ زیرا فرد تنها زمانی می‌تواند به بازسازی شناختی هیجانش بپردازد که بداند دقیقاً کدام هیجان را تجربه می‌کند و آن هیجان از کجا آمده است؛ درعین حال، تأثیر نداشتن درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش راهبرد فرونشانی در مرحله پیگیری، یافته‌ای انتظار داشته است. فرونشانی، راهبردی هیجانی عمیقاً تثبیت شده و اغلب ناهشیار است که در افراد بدریخت‌انگار به عنوان دفاعی در برابر طرد اجتماعی عمل می‌کند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اگرچه توانمند در توسعه آگاهی هیجانی و اصلاح شیوه تفسیر است، الزاماً راهبردهای اجتنابی دیرپا را فوراً تغییر نمی‌دهد. این موضوع با پژوهش حامدی رستمی و همکاران (۲۲) همخوان است؛ آن‌ها گزارش کردند، مداخلات مبتنی بر افزایش آگاهی هیجانی بیشتر بر راهبردهای شناختی مانند ارزیابی مجدد اثر می‌گذارد تا راهبردهای رفتاری اجتنابی مانند فرونشانی؛ با این حال، ذهنی‌سازی از طریق تکنیک‌هایی چون بازتابگری ذهنی، شفاف‌سازی تفسیرها، توجه مشترک، تمرکز بر حالت‌های درونی و تحلیل موقعیت‌های بین فردی به زنان کمک می‌کند احساسات سرکوب شده را تشخیص دهند، اما هنوز قادر به متوقف کردن فرونشانی نباشند؛ درواقع درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ابتدا آگاهی ایجاد می‌کند و سپس الگوی جدیدی از تفسیر هیجانی می‌سازد؛ اما کاهش فرونشانی مستلزم مداخلات تکمیلی یا جلسات طولانی‌تر است. در زمینه بدریخت‌انگاری بدن، فرونشانی اغلب به عنوان پاسخی محافظتی در برابر شرم اجتماعی یا ترس از قضاوت فعال می‌شود. ذهنی‌سازی می‌تواند ریشه‌های این هیجان‌ها از جمله سبک‌های دلبستگی و حساسیت بین فردی را روشن سازد؛ همان‌گونه که غفاری - چراتی و همکاران دریافته‌اند، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با اصلاح ذهن‌خوانی نادرست، بستر لازم برای کاهش حساسیت بین فردی را فراهم می‌آورد (۲۱).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان پذیرش و تعهد بر ارتقای مهارت تنظیم هیجان به سمت افزایش راهبرد ارزیابی مجدد و کاهش فرونشانی در زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی تأثیر ماندگاری دارد. در تبیین یافته کنونی می‌توان گفت، درمان پذیرش و تعهد به دلایل سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه بر اساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی، افراد را به باورها و رفتارها و ارزش‌هایی تجهیز می‌کند که در هنگام بروز هیجانات ناخوشایند تهدیدکننده بهزیستی هیجانی، بر هیجانات خود مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازنده هیجانات بپردازند (۲۳). در درمان مذکور، پذیرش ابزار اصلی مقابله با افکار مشکل‌زا به شمار می‌رود که به معنای ارزیابی رویداد یا موقعیتی، پذیرش فعالانه

آن و بدون اقدام برای کاهش علائم منفی است؛ لذا این درمان زنان را به ارزیابی مجدد موقعیت‌ها و استفاده نکردن از اجتناب، بازداري و فرونشانی ترغیب می‌کند. از طرف دیگر درمان پذیرش و تعهد با آموزش گسلش شناختی به مراجعان می‌آموزد به طور انعطاف‌ناپذیری تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نشوند و در عوض راه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیای موجود بیابند و آن‌ها را به طور مستقیم تجربه کنند (۲۵)؛ لذا درمان پذیرش و تعهد به زنان با بدریخت‌انگاری آموخت موقعیت‌های دردناک و ناراحت‌کننده را تنها یک خاطره ببینند و با ارزیابی مجدد این موقعیت‌ها و بررسی هیجانات مبتنی بر آن، برچسب آسیب‌زا و بدبودن را از آن‌ها بردارند و عناوین جایگزینی برای آن‌ها بیابند که هیجانات منفی به دنبال نداشته باشد؛ همین موضوع تقویت راهبرد بیان‌شده را در پی داشت. از طرفی درمان پذیرش و تعهد باعث شد زنان با بدریخت‌انگاری بدن تجارب درونی خویش نظیر افکار و امیال و هیجانات خود را بدون دفاع در برابر آن‌ها بپذیرند و با آموزش گسلش شناختی زنان را تشویق کرد رابطه‌شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آن‌ها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. فرایندهای گسلش شناختی و پذیرش، به فرد در شکستن الگوی اجتناب و بازداري هیجانی آن‌ها کمک کرد و موجب شد پذیرش نقاط ضعف و کاستی‌ها، تمرکز مثبت مجدد و ارزیابی مثبت از رویدادها توسط افراد صورت گیرد (۲۳). در فرایند درمان، خود مشاهده‌گر نوعی جایگاه مشاهده است که زنان روی آن قرار می‌گیرند تا از خویش جدا شوند و به گونه‌ای کارآمدتر به تجارب خود بنگرند (۲۵)؛ در نتیجه کمتر بر نواقص و عیوب متصور خود متمرکز می‌شوند و فرصت بیشتری برای تمرکز مجدد بر جوانب مثبت رویدادها و ارزیابی مجدد آنان به شیوه مثبت خواهند داشت؛ به این ترتیب کمتر از راهبردهایی چون اجتناب و بازداري هیجانی استفاده می‌کنند؛ بنابراین تماس با زمان حال و خود مشاهده‌گر در طول درمان پذیرش و تعهد سبب شد آگاهی زنان از هیجانات خویش افزایش یابد و افکار و احساسات آزاردهنده را فقط به منزله یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی برنامه‌های فعلی خود، آگاه شوند. آن‌ها با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، توانستند هیجانات درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از هیجانات و افکار ناخوشایند شوند؛ به علاوه، زنان آموختند چگونه رویدادهای درونی را به جای کنترل، بپذیرند و از افکار آزاردهنده و هیجانات منفی رهایی یابند. این درمان با ارائه متغیرهایی از قبیل افزایش آرامش و آگاهی درونی به واسطه فنون ذهن‌آگاهی، کاهش هیجانات منفی مربوط به تجربه افکار و هیجانات ناخوشایند، افزایش تحمل پریشانی، آموزش شناسایی و جایگزینی افکار و باورهای ناکارآمد و منفی و افزایش آگاهی افراد به اینجا و اکنون، به زنان با بدریخت‌انگاری کمک کرد فراتر از الگوهای نشخوار فکری خود گام بردارند. همچنین به زنان کمک کرد شناخت بیشتری درباره فرایندهای ذهنی و جسمی خود کسب کنند، نظام شناختی و پردازشی خود را تغییر دهند، مشکل بودن کنترل افکار و هیجاناتشان آن‌ها را آشفته نسازد، به علائم و نشانه‌های پیشایند افکار ناخوشایندشان آگاهی یابند و تنظیم هیجانات خود را به سمت استفاده بیشتر از راهبرد ارزیابی مجدد و بهره‌مندی کمتر از

راهبرد فرونشانی شکل دهند.

IR.IAU.KHSH.REC.1403.257 انجام شده است. برای رعایت

ملاحظات اخلاقی به همه شرکت‌کننده‌ها اطمینان خاطر داده شد تمامی اطلاعات حاصل از مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن‌ها تا آخر محرمانه باقی می‌ماند. همچنین، به آن‌ها یادآوری شد هر زمان که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، گروه گواه از مداخلات پژوهش پس از اتمام روند تحقیق بهره‌مند شد.

رضایت برای انتشار

این امر اجرایی نیست.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش در پیوست رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، دردسترس است.

تعارض منافع

هزینه‌های پژوهش کنونی توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

منابع مالی

هزینه‌های پژوهش کنونی توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

مشارکت نویسندگان در پژوهش حاضر به صورت زیر بود.

- طراحی ایده: سعیده‌السادات هاشمی نجف‌آبادی؛

- طراحی روش کار: سعیده‌السادات هاشمی نجف‌آبادی، محسن لعلی، پرینازسادات سجادیان، اکرم دهقانی؛

- جمع‌آوری داده‌ها: سعیده‌السادات هاشمی نجف‌آبادی؛

- تجزیه و تحلیل داده‌ها: سعیده‌السادات هاشمی نجف‌آبادی؛

- نظارت: محسن لعلی، پرینازسادات سجادیان، اکرم دهقانی؛

- مدیریت پروژه: سعیده‌السادات هاشمی نجف‌آبادی؛

- نگارش پیش‌نویس اصلی: سعیده‌السادات هاشمی نجف‌آبادی،

محسن لعلی، پرینازسادات سجادیان، اکرم دهقانی؛

- نگارش و بررسی و ویرایش: سعیده‌السادات هاشمی نجف‌آبادی،

محسن لعلی، پرینازسادات سجادیان، اکرم دهقانی.

براساس نتایج پژوهش حاضر، به روان‌شناسان و مشاوران بالینی و درمانگران پیشنهاد می‌شود، به منظور بهبود مهارت تنظیم هیجان در زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی و درراستای کاهش عمل‌های جراحی غیرضروری در این گروه، از مداخلات مبتنی بر درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بهره‌مند شوند. درباره محدودیت‌های مطالعه حاضر باید گفت، تمرکز تحقیق بر زنان ۱۸ تا ۳۰ سال مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی جراحی زیبایی شهر اصفهان بود؛ لذا در تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت شود. انجام پژوهشی مشابه بر سایر جوامع (برای مثال مردان، زنان در طیف سنی دیگر، افراد بدون اختلال بدریخت‌انگاری، زنان ساکن در سایر شهرها) می‌تواند در مستند کردن اثرات متمایز و درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بر مشکلات زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی جراحی زیبایی یاریرسان باشد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش کنونی، دو مداخله درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد به منظور بهبود تنظیم هیجانی زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی کارآمد است؛ اما در این زمینه درمان پذیرش و تعهد اثربخشی مطلوب‌تری دارد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی زنانی که در اجرای پژوهش ما را یاری کردند، تقدیر و تشکر می‌کنیم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر با کسب مجوز از کمیته اخلاق پژوهش با کد

References

1. Khabaz Sabet S, Keykhosrovani M, Poladi RiShahri A, Bahrani, MR. The relationship between tendency towards cosmetic surgery with attitude towards fashion and negative body image of women applying for cosmetic surgery depending on the type of surgery: the mediating role of adjustment cognitive emotion. Social Psychology Research. 2022;12(46):37-60. [Persian] doi: [10.22034/spr.2022.330883.1725](https://doi.org/10.22034/spr.2022.330883.1725)
2. General Medical Council. Guidance for Doctors Who Offer Cosmetic Interventions [Internet]; 2020 [cited 2026 March 21]. Available from: <https://www.gmc-uk.org/professional-standards/the-professional-standards/cosmetic-interventions>
3. Sarwer BS, Siminoff LA, Gardiner HM, Spitzer J. The psychosocial burden of visible disfigurement following traumatic injury. Front Psychol. 2022;30(13):979574. doi: [10.3389/fpsyg.2022.979574](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.979574)
4. Ganji M. Psychopathology based on DSM-5. Vol 1. Tehran: Savalan Public; 2025. [Persian]
5. Lee AD, Hale EW, Mundra L, Le E, Kaoutzanis K, Mathes DW. The heart of it all: body dysmorphic disorder in cosmetic surgery. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2023;87:442-8. doi: [10.1016/j.bjps.2023.10.068](https://doi.org/10.1016/j.bjps.2023.10.068)
6. Wu Y, Mulken S, Alleva JM. Body image and acceptance of cosmetic surgery in China and the Netherlands: a qualitative study on cultural differences and similarities. Body Image. 2022;40:30-49. doi: [10.1016/j.bodyim.2021.10.007](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.10.007)

7. Wang C, Sun T, Zhu L, Zhang Y, Wang X. Emotional disorder syndrome after cosmetic facial injection. *J Cosmet Dermatol*. 2020;19(9):2273–6. doi: [10.1111/jocd.13283](https://doi.org/10.1111/jocd.13283)
8. Öry F, Láng A, Meskó N. Acceptance of cosmetic surgery in adolescents: The effects of caregiver eating messages and objectified body consciousness. *Current Psychology*. 2023;43(18):15838–46. doi: [10.1007/s12144-022-02863-z](https://doi.org/10.1007/s12144-022-02863-z)
9. Rot G, Vansteenkiste M, Ryan RM. Integrative emotion regulation: process and development from a self-determination theory perspective. *Dev Psychopathol*. 2019;31(3):945–56. doi: [10.1017/s0954579419000403](https://doi.org/10.1017/s0954579419000403)
10. Gross JJ. Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry*. 2015; 26(1):1–26. doi: [10.1080/1047840X.2014.940781](https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781)
11. Weissman DG, Bitran D, Miller AB, Schaefer JD, Sheridan MA, McLaughlin KA. Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Dev Psychopathol*. 2019;31(3):899–915. doi: [10.1017/S0954579419000348](https://doi.org/10.1017/S0954579419000348)
12. Rashidi S, Gholami M, Ranjbari T. Predicting the tendency to cosmetic surgery based on the characteristics of the histrionic personality disorder and cognitive emotion regulation among university-educated women. *Journal of Psychology New Ideas*. 2022;12(16):1–13. [Persian] <http://jnip.ir/article-1-694-fa.html>
13. Vahid Harandi S, Ansari Shahidi M, Haqayeq SA, Raisi Z. Relationship between interpersonal emotion regulation and social support with tendency to cosmetic surgery. *Razi J Med Sci*. 2023;30(7):1–12. [Persian] doi: [10.47176/rjms.30.114](https://doi.org/10.47176/rjms.30.114)
14. Khoshini F, Akbari M, Mohammadkhani Sh. Structural relationship between body dysmorphic disorder with early maladaptive schemas and perceived emotional invalidation: The mediating role of metacognition, body image and distress tolerance. *Clinical Psychology and Personality*. 2021;19(2):101–19. [Persian] doi: [10.22070/cpap.2021.14109.1067](https://doi.org/10.22070/cpap.2021.14109.1067)
15. Aghighi A, Mohammadi N, Rahimi Ch, Imani M. The effectiveness of emotion regulation groups on improving symptoms and quality of life in patients with illness anxiety disorder. *Journal of Modern Psychological Research*. 2020;15(58):59–79. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_11077.html
16. Haj Mohamad Hoseini T, Mirzahosseini H, Zargham Hajebi M. Comparing the effectiveness of mentalization and agoraphobia therapy on reducing symptoms of borderline personality disorder and depression in women. *Journal of the Faculty of Medicine*. 2021;64(1):2631–41. [Persian] doi: [10.22038/mjms.2021.19026](https://doi.org/10.22038/mjms.2021.19026)
17. Shams S, Ghelichkhan N, Yousefi N, Alijani S. Comparison of the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and mentalization-based therapy on emotional dysregulation, defense mechanisms and insecure attachment styles in women who have experienced the trauma of marital infidelity. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2022;10(1):106–21. [Persian] doi: [10.22034/IJPN.10.1.106](https://doi.org/10.22034/IJPN.10.1.106)
18. De Oliveira C, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Mentalization based treatment and borderline personality disorder. *L'encephale*. 2016;43(4):340–5. doi: [10.1016/j.encep.2016.02.020](https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.020)
19. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide. Oxford University Press; 2016. doi: [10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001](https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001)
20. Yuan J, Zheng M, Liu D, Wang L. Effect of acceptance and commitment therapy on emotion regulation in adolescent patients with nonsuicidal self-injury. *Alpha Psychiatry*. 2024;25(1):47–53. doi: [10.5152/alphapsychiatry.2024.231324](https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231324)
21. Ghafari Cherati M, Mohammadi Pour M, Azizi A. The effectiveness of mentalization-based therapy on emotional regulation difficulties and aggression in depressed adolescent girls. *Journal of Modern Psychological Research*. 2023;18(71):169–78. [Persian] doi: [10.22034/jmpr.2023.54765.5349](https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.54765.5349)
22. Hamed Rostami FZ, Mohammadian Akerdi E, Dehrouyeh S, Andalib Sahnesaraee M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on body deformity and psychological well-being in women seeking cosmetic surgery: a quasi-experimental study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2022;20(12):1323–38. [Persian] doi: [10.52547/jrums.20.12.1323](https://doi.org/10.52547/jrums.20.12.1323)
23. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1–25. doi: [10.1016/j.brat.2005.06.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006)
24. Soleimanpour Moghadam H, Saeedi A, Mahdian, H. Comparing the effectiveness of compassion and education based on acceptance and commitment (ACT) on academic self-efficacy and motivation to progress. *Islamic Lifestyle Based on Health*. 2022;5(4):234–44. [Persian]
25. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: state of the evidence. University of Toronto; 2016.
26. Rajabi F, Etemadi Mehr H, Roohi F, Alinia M, Alimahdi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image and emotion regulation in patients with mastectomy surgery. *Rooyesh*. 2024;13(3):225–34. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-4919-fa.html>
27. Duenas JA. Acceptance and commitment therapy for adolescent difficulties with emotion regulation: an open trial. Western Michigan University; 2016.
28. Riaz N, Iram H, Hassan A, Iqba, N, Fatima L. Improving emotional dysregulation and well-being among visually challenged adolescents: efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT). *ASEAN Journal of Psychiatry*. 2022;23(1):1–15.

29. Delavar A. Research method in psychology and educational sciences. Tehran: Virayesh Public; 2025. [Persian]
30. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33(1):17-22. PMID: [9133747](#)
31. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(2):348–62. doi: [10.1037/0022-3514.85.2.348](#)
32. Kianfar F, Bahonar F, Saniee M. Investigating the psychometric properties of the Emotion Regulation Strategies Questionnaire and the Distress Tolerance Questionnaire in high school students. *Applied Research in Counseling.* 2023;6(20):33-53. [Persian] https://www.jarci.ir/article_708235.html?lang=en
33. Gholami S, Omid Moghadam E, Ghadampour E, Bayat Mazlaghani M. Psychometric properties of the Revised Yale-Brown Obsessive Compulsive Disorder Scale for body dysmorphic disorder in transgenders. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing.* 2025;13(1):799-92. [Persian] doi: [10.22034/IJPN.13.1.79](#)
34. Pourfrahani M, Share H, Haji-Arbabi F. Comparison of the effect of acceptance and commitment therapy and acceptance and commitment schema therapy on body image and sexual self-esteem of dialysis women. *Research in Clinical and Counseling Psychology.* 2023;13(1):102-22. [Persian] doi: [10.22067/tpccp.2023.79716.1404](#)