MEJDS. 2025; 15:17.
Published online 2025 May. **Original Article**

# Comparing the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Self-esteem of Women Aged 18 to 30 with Body Dysmorphic Disorder Seeking Cosmetic Surgery

Hashemi Najafabadi S[1],*Lali M[2], Sajjadian PS[3], Dehghani A[3]

**Author Address**
1. PhD student in Psychology, Na.C., 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, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** m.lali@cfu.ac.ir

**Received:** 2025 March 13; **Accepted:** 2025 May 5

## Abstract

**Background & Objectives:** One of the main needs of women in the modern era is to look beautiful. Therefore, cosmetic surgeries are among the most common surgeries today. One of these aspects is body dysmorphic disorder. This disorder is a mental preoccupation with an imaginary defect in a person's appearance, which causes significant problems in functioning. For this reason, these people are the main applicants for these surgeries. Also, due to the psychological origin of this disorder, after cosmetic surgeries, the symptoms intensify and can lead to depression and suicide. Therefore, reducing effective psychological problems in this field is an important issue. One of the common problems of women with body dysmorphic disorder is a lack of self–esteem. In this context, two interventions, mentalization therapy and acceptance and commitment therapy, seem to be applicable. Therefore, the purpose of this study was to compare the effectiveness of mentalization therapy and acceptance and commitment therapy on the self–esteem of women aged 18 to 30 with body dysmorphic disorder who are candidates for cosmetic surgery.
**Methods:** The research was quasi–experimental with a pretest–posttest and a three–month follow–up design with a control group. The research population was women with dysmorphic disorder who were applying for cosmetic surgery and referred to specialized centers in Isfahan City, Iran, in 2023. From the population mentioned above, 54 people were selected purposively and randomly divided into two experimental groups and a control group, and a pretest was administered. The inclusion criteria for the subjects in the study were as follows: having body dysmorphic (confirmed by a clinical psychologist), a score of more than 20 on the Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale Modified for BDD (BDD–YBOCS) (Phillips et al., 1997), an age range of 18 to 30 years, lacking acute or chronic mental disorders (confirmed by a clinical psychologist), not using concurrent psychological treatments, not taking psychiatric medications for the previous three months (asked by the patients), and not having physical illnesses that prevented participation in the research project. The exclusion criteria for the subjects from the study were having cosmetic surgery, not cooperating, not completing assigned tasks in the sessions, and missing more than two sessions. The research instruments were the Rosenberg Self–Esteem Scale (Rosenberg, 1965) and the Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale Modified for BDD (BDD–YBOCS) (Phillips et al., 1997). The first experimental group underwent mentalization therapy, and the second experimental group underwent acceptance and commitment therapy in the form of twenty 45–minute sessions twice a week. The control group did not receive any intervention during this period. The research groups were re–evaluated after completing the sessions and three months after implementing the interventions. Analysis of variance and Chi–square test were used to examine the homogeneity of the studied groups, and analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test were used in SPSS software version 26. The significance level of statistical tests was 0.05.
**Results:** The results of the research showed that the effect of the time factor ($F$=41.196), the effect of the group ($F$=9.748), and the effect of the interaction of time and group ($F$=14.358) on the self–esteem variable were significant ($p$<0.001). Also, in the posttest and follow–up, there was no significant difference in the mean of the self–esteem variable between the two treatment groups ($p$=0.926). However, a significant difference was observed between mentalization–based therapy and acceptance and commitment therapy in the control group ($p$<0.001).
**Conclusion:** Based on the findings, mentalization–based therapy and acceptance and commitment therapy are effective interventions in increasing the self–esteem of women with body dysmorphic disorder who are seeking cosmetic surgery. Therefore, it is suggested that psychologists, clinical counselors, and therapists use these two treatments to increase the self–esteem of these women and to reduce unnecessary surgeries in this group.
**Keywords:** Body dysmorphic disorder, Mentalization–based therapy, Acceptance and commitment therapy, Self–esteem.

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

Copyright © 2025, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۴؛ (۱۵):۱۷.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۴ مقاله پژوهشی اصیل

# مقایسهٔ اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس زنان ۱۸ تا ۳۰ سال مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی

سعیده‌السادات هاشمی نجف‌آبادی[۱]، *محسن لعلی[۲]، پریناز‌سادات سجادیان[۳]، اکرم دهقانی[۳]

**توضیحات نویسندگان**

۱. دانشجوی دکترای 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 نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** m.lali@cfu.ac.ir

**تاریخ دریافت:** ۲۳اسفند۱۴۰۳؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۵اردیبهشت۱۴۰۴

**چکیده**

**زمینه و هدف:** یکی از وجوه روان‌شناختی مرتبط با نیاز به زیبایی در داوطلبان عمل‌های جراحی، اختلال بدریخت‌انگاری است و کمبود عزت‌نفس از عوامل تشدیدکنندهٔ این اختلال به‌شمار می‌رود؛ به‌این‌ترتیب پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس زنان ۱۸ تا ۳۰ سال مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی انجام شد.

**روش‌بررسی:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دورهٔ پیگیری سه‌ماهه بود. جامعهٔ پژوهش را زنان ۱۸ تا ۳۰ سال مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی شهر اصفهان در نیمهٔ دوم سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از جامعهٔ مذکور به‌روش هدفمند ۵۴ نفر داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (روزنبرگ، ۱۹۶۵) و مقیاس اصلاح‌شده برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷) بود. آزمودنی‌های گروه آزمایش اول، درمان ذهنی‌سازی و آزمودنی‌های گروه آزمایش دوم، درمان پذیرش و تعهد را در قالب بیست جلسهٔ ۴۵دقیقه‌ای دریافت کردند. برای تحلیل داده‌ها، تحلیل واریانس و آزمون خی‌دو به‌منظور بررسی همگنی گروه‌های مطالعه‌شده و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

**یافته‌ها:** اثر عامل زمان (F=۴۱/۱۹۶) و اثر عامل گروه (F=۹/۷۴۸) و اثر متقابل زمان و گروه (F=۱۴/۳۵۸) بر متغیر عزت‌نفس معنادار بود (p<۰/۰۰۱). همچنین در پس‌آزمون و پیگیری در میانگین متغیر عزت‌نفس، بین دو گروه درمانی با یکدیگر تفاوت معنادار وجود نداشت (p=۰/۹۲۶)؛ اما بین گروه‌های درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه تفاوت معنادار مشاهده شد (p<۰/۰۰۱).

**نتیجه‌گیری:** بین اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد در بهبود عزت‌نفس زنان با بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی تفاوت معنادار وجود ندارد و هردو مداخله کارآمد است.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال بدریخت‌انگاری بدن، درمان ذهنی‌سازی، درمان پذیرش و تعهد، عزت‌نفس.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۴، مجله مطالعات ناتوانی**. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

## ۱ مقدمه

یکی از نیازهای اصلی زنان در دوران مدرن، زیبا به‌نظر رسیدن است و در همین زمینه جوامع، استانداردهای رقابتی سطح بالایی مشخص کرده‌اند؛ لذا امروزه جراحی‌های زیبایی[1] از شایع‌ترین اعمال جراحی در سطح جهان است (۱). موضوع جالب توجه، شیوع هفت‌برابری این عمل‌ها در ایران درمقایسه با اروپا است (۲). طی دههٔ گذشته در جهان میزان این عمل‌ها افزایش ۱۱ میلیون‌نفری داشته است (۳). در ایران گزارش شد، از اواخر دههٔ شصت، جراحی‌های زیبایی افزایش بسیاری پیدا کرده است و اصفهان جزو پنج شهر اول ایران ازنظر شیوع این نوع از جراحی‌ها به‌شمار می‌رود (۴). این درحالی است که تمام جراحی‌های بیان‌شده ضروری نیست و بیشتر به‌دلیل وجوه روان‌شناختی است (۵). یکی از این وجوه اختلال بدریخت‌انگاری بدن[2] است (۶). این اختلال با مشغلهٔ ذهنی به نقص خیالی در ظاهر فرد شناخته می‌شود که مشکلات درخورتوجهی را در عملکرد به‌دنبال دارد (۷). به‌همین‌دلیل باآنکه جراحی‌های زیبایی با خطرات جدی سلامتی و روان‌شناختی و حتی مرگ همراه است (۸)، این افراد، همچنان متقاضیان اصلی این جراحی‌ها هستند (۹). همچنین به‌دلیل منشأ روان‌شناختی این اختلال، بعد از انجام جراحی‌های زیبایی، علائم شدت می‌گیرد (۱۰) و می‌تواند به افسردگی[3] و خودکشی[4] بینجامد (۱۱)؛ لذا کاهش مشکلات روان‌شناختی مؤثر در این زمینه مسئله‌ای مهم است.

از مشکلات رایج زنان با اختلال بدریخت‌انگاری، کمبود عزت‌نفس[5] است (۱۲). عزت‌نفس، صفتی پویا و نوعی نگرش است که به فرد فرصت می‌دهد دیدگاه واقعی و مثبتی دربارهٔ خود داشته باشد (۱۳)؛ اما متأسفانه تحت‌تأثیر تهدیدات روان‌شناختی قرار می‌گیرد (۱۴). از تهدیدهای خطرناک‌تر، برنامه‌هایی است که با تعیین معیارهای غیرواقعی از ظاهر ایده‌آل، دختران را از کودکی تشویق به جراحی زیبایی می‌کند (۱۵). در این زمینه تحقیقات نشان داد، در اغلب مواقع افراد برای آنکه خود را با معیارهای تعیین‌شدهٔ جامعهٔ جهانی برای زیبایی هماهنگ کنند و عزت‌نفس خود را بهبود بخشند، به‌دنبال جراحی‌های زیبایی هستند (۱۶). زارع و همکاران دریافتند، ضعیف‌بودن عزت‌نفس از دلایل گرایش به جراحی‌های زیبایی به‌خصوص در دختران و زنان است (۱۳)؛ لذا به‌نظر می‌رسد بتوان با بهبود عزت‌نفس، از گرایش به جراحی‌های زیبایی در زنان مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن کاست.

به‌این‌ترتیب باتوجه‌به آنچه گفته شد، ارائهٔ مداخلات روان‌شناختی به‌منظور بهبود ارتقای عزت‌نفس زنان ازجمله مسائلی است که توجه محققان را می‌طلبد. به‌نظر می‌رسد درمان ذهنی‌سازی[6] رویکردی مناسب برای بهبود وضعیت روان‌شناختی و هیجانی زنان است (۱۷). هدف این درمان تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی ازطریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (۱۸) و باعث کسب بازنمایی منسجم و یکپارچگی در حالت‌های روانی و ترمیم هیجانات می‌شود (۱۹)؛ لذا انتظار می‌رود این درمان با اصلاح افکار و ترمیم هیجانات، بتواند به زنان با بدریخت‌انگاری در اصلاح نگرش دربارهٔ خود و تصمیم‌گیری برای جراحی زیبایی و بازسازی عزت‌نفس کمک کند. مروری بر پژوهش‌های پیشین مشخص کرد، درمان ذهنی‌سازی بر اصلاح خودانگارهٔ افراد با اختلال شخصیت مرزی (۲۰) تأثیر مثبت دارد. در طیف گسترده‌ای از مطالعات خارجی از کارآمدی این رویکرد درمانی به‌منظور بهبود وضعیت روان‌شناختی گروه‌های سنی مختلف سخن گفته شده است (۲۱،۲۲)؛ اما شواهد تجربی از اثربخشی این درمان بر عزت‌نفس دردسترس نیست.

رویکرد مهم دیگر در این زمینه، درمان پذیرش و تعهد[7] است (۲۳،۲۴) که مشکلات روان‌شناختی را به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ضعیف نسبت می‌دهد (۲۵). به‌نظر می‌رسد این درمان با تقویت توانایی فرد برای فعال‌ماندن و عمل‌کردن مطابق با ارزش‌های شخصی، افزایش ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی و ایجاد تعهد درقبال درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به زندگی پرمعنا بتواند به زنان کمک کند با شرایط تنش‌زا و فشارهای اجتماعی به‌شیوه‌ای کارآمد مقابله کنند (۲۶). این درمان فردنگر است و بیشتر راه‌حل‌ها را مدنظر دارد تا آسیب‌شناسی؛ همچنین تأکید آن بر نقاط قوت و شایستگی‌ها است (۲۷،۲۸). مروری بر مطالعات نشان داد، این رویکرد درمانی بر عزت‌نفس زنان دیالیزی (۲۳)، احساس حقارت و احساس ارزشمندی در متقاضیان جراحی زیبایی (۲۴)، عزت‌نفس زنان مطلقه (۲۹)، عزت‌نفس دختران نوجوان با اضطراب اجتماعی (۳۰)، عزت‌نفس زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی (۳۱) و عزت‌نفس زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی (۳۲) مؤثر است.

به‌این‌ترتیب باتوجه‌به عزت‌نفس ضعیف در زنان با بدریخت‌انگاری بدن و نقش آن در تصمیم‌گیری برای جراحی‌های زیبایی، لزوم شناسایی درمان‌های کارآمد در این زمینه مشخص می‌شود. با درنظرگرفتن ادبیات پژوهش مبنی‌بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس در گروه‌های مختلف و متقاضیان جراحی زیبایی و باتوجه‌به فقدان شواهد تجربی از اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر عزت‌نفس زنان با اختلال بدریخت‌انگاری بدن، روشن است باید ضمن تعیین اثربخشی هریک از دو درمان در این زمینه، به‌منظور صرفه‌جویی در زمان و هزینهٔ درمانگران و مُراجعان، مناسب‌ترین درمان شناسایی شود؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ اثرات درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس زنان ۱۸تا۳۰ سال 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 دورهٔ پیگیری سه‌ماهه بود. جامعهٔ پژوهش را زنان ۱۸تا۳۰ سال مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی

[1]. Cosmetic surgeries
[2]. Body Dysmorphic Disorder
[3]. Depression
[4]. Suicide
[5]. Self-esteem
[6]. Mentalization-Based Therapy
[7]. Acceptance and Commitment Therapy



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی جراحی زیبایی شهر اصفهان در نیمهٔ دوم سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. با درنظرگرفتن حداقل حجم نمونهٔ پانزده نفر برای هر گروه (۳۳) و احتمال ریزش، از جامعهٔ مذکور ۵۴ نفر (برای هر گروه هیجده نفر) واجد شرایط و مایل به شرکت در طرح پژوهش، به‌طور هدفمند وارد مطالعه شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به اختلال بدریخت‌انگاری (تأییدیهٔ روان‌شناس بالینی)؛ نمرهٔ بیشتر از ۲۰ در مقیاس اصلاح‌شده برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن[1] (۳۴)؛ دامنهٔ سنی ۱۸ تا ۳۰ سال؛ مبتلانبودن به اختلالات روانی حاد یا مزمن (تأییدیهٔ روان‌شناس بالینی)؛ استفاده‌نکردن از درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان؛ مصرف‌نکردن داروهای روان‌پزشکی از سه ماه قبل (پرسش از مُراجعان)؛ مبتلانبودن به بیماری‌های جسمانیِ مانع از شرکت در طرح پژوهشی. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، انجام عمل زیبایی، همکاری‌نکردن، انجام‌ندادن 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 مرحلهٔ بعد آزمودنی‌های گروه آزمایش اول، درمان ذهنی‌سازی و آزمودنی‌های گروه آزمایش دوم، درمان پذیرش و تعهد را در قالب بیست جلسهٔ ۴۵ دقیقه‌ای به‌صورت دو جلسه در هفته دریافت کردند. برای گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. پس از اتمام جلسات و نیز سه ماه پس از اجرای مداخلات در گروه‌های پژوهش مجدد ارزیابی صورت گرفت.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ[2]: این مقیاس توسط روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ در قالب ده عبارت ارائه شد که براساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (از کاملاً موافق=۱ تا کاملاً مخالف=۴) نمره‌گذاری می‌شود (۳۵). دامنهٔ نمرات مقیاس بین ۱۰ تا ۴۰ است. نمرهٔ بیشتر به‌معنای عزت‌نفس بیشتر است. سازندهٔ این مقیاس ضرایب آلفای ۰/۸۷ را برای مردان و ۰/۸۶ را برای زنان گزارش کرد (۳۵). همبستگی آزمون مجدد مقیاس در دامنهٔ ۰/۸۲ تا ۰/۸۸ و ضریب همسانی درونی آن در دامنهٔ ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ به‌دست آمد (۳۵). مایوردومو و همکاران نتایج تحلیل روایی محتوایی (CVI=۰/۷۹) این مقیاس را مناسب ارزیابی کردند و پایایی ابزار را ۰/۷۳ گزارش دادند (۳۶). در پژوهش رجبی و بهلول ضریب روایی واگرا بین مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ و مقیاس وسواس مرگ[3] در کل نمونه و به‌تفکیک جنس در حد متوسط (۰/۴۴) بود و می‌توان گفت، مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ از روایی مناسبی برخوردار است. پایایی این پرسش‌نامه ازطریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ محاسبه شد (۳۷).

ـ مقیاس اصلاح‌شده برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن: این مقیاس توسط فیلیپس و همکاران در سال ۱۹۹۷ طراحی شد (۳۴). این مقیاس دوازده‌سؤالی با طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از کاملاً مخالفم=صفر تا کاملاً موافقم=۴) نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ کل بیشتر از ۲۰ نشان‌دهندهٔ تشخیص اختلال بدریخت‌انگاری بدن است. نمرهٔ کل از جمع نمرات به‌دست می‌آید. مطالعات مربوط به پایایی و روایی این مقیاس نشان داد، برای سنجش علائم اختلال بدریخت‌انگاری مناسب است (۳۴). فیلیپس و همکاران پایایی از نوع بازآزمایی را برای این پرسش‌نامه در دورهٔ یک‌هفته‌ای مناسب ارزیابی کردند ($r$=۰/۸۸) و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۰ به‌دست آوردند که بیانگر هماهنگی درونی زیاد این مقیاس است (۳۴). روایی تشخیصی درمقایسه با فرم درجه‌بندی‌شدهٔ کوتاه روان‌پزشکی نیز مناسب بود ($r$=۰/۱۹). در ایران این مقیاس توسط غلامی و همکاران هنجاریابی شد و نتایج تحلیل عاملی ساختار سه‌عاملی مقیاس را تأیید کرد. روایی هم‌زمان پرسش‌نامه نیز حاکی‌از همبستگی مثبت مقیاس اصلاح‌شدهٔ وسواس فکری‌عملی ییل‌ـ براون برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن با نگرانی از بدشکلی بدن ($r$=۰/۸۸۸)، نظارت بدن ($r$=۰/۴۶۱) و شرم بدن ($r$=۰/۵۳۲) و همبستگی منفی آن با عزت‌نفس ($r$=-۰/۴۸۴) بود. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۵ به‌دست آمد (۳۸).

ـ در این پژوهش درمان ذهنی‌سازی براساس رویکرد بتمن و فوناگی (۱۹) و درمان پذیرش و تعهد براساس رویکرد هایز و همکاران (۲۸) بود. پیش از این درمان ذهنی‌سازی در پژوهش شمس و همکاران (۱۷) و درمان پذیرش و تعهد در پژوهش پورفراهانی و همکاران (۲۳) استفاده شد و اعتبار آن به‌تأیید رسید (جدول ۱).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان‌های ارائه‌شده در پژوهش

| جلسه | درمان ذهنی‌سازی | درمان پذیرش و تعهد |
|---|---|---|
| اول | بیان اهداف جلسات، تأکید بر حضور فعالانهٔ اعضا، معرفی اعضای گروه، توضیح مزایای ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوءتعبیرها، ارائهٔ تکلیف | خوشامدگویی، معرفی و ارائهٔ دستورعمل مربوط به کار گروهی و تصریح نوع رابطهٔ درمانی، سنجش کلی و صحبت دربارهٔ افکار و احساسات منفی و نگرانی‌های زنان |
| دوم | بیان شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف، مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران، مشکلات تنظیم هیجان، حساسیت بین‌فردی، شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان، ارائهٔ تکلیف | بیان خطرات جراحی‌های زیبایی، صحبت راجع به شیوع جراحی‌های زیبایی، تمرکز بر هدف درمان و تعهد، اجرای تمرین تمرکز و معرفی ذهن‌آگاهی |
| سوم | بیان هیجانات اصلی و اجتماعی، هیجانات اولیه و ثانویه، توصیف انواع هیجانات و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجانات، ارائهٔ تکلیف | بررسی کوشش‌های قبلی درمان‌جویان برای مقابله با فشارهای اجتماعی، استعارهٔ ببر گرسنه، استعارهٔ شخصی در گودال، ارائهٔ تکلیف |
| چهارم | بیان چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات، تفسیر علامت‌های | انجام یکی از فعالیت‌های روزانه با حضور ذهن، تأکید بر اهمیت |

[1]. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for BDD (BDD-YBOCS)

[2]. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)

[3]. Death Obsession Scale



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

| | | |
|---|---|---|
| | هیجانی درونی در خود و دیگران، احساسات غیرذهنی‌سازی و مدیریت آن‌ها، آرمیدگی، ارائهٔ تکلیف | برگرداندن واقعی فرد به لحظهٔ موجود، حضور درزمان حال، ارائهٔ تکلیف |
| پنجم | بیان اهمیت روابط دلبستگی، بحث درزمینهٔ دلبستگی، راهبردهای دلبستگی، ارائهٔ تکلیف | برنامهٔ مراقبهٔ ۱۰ تا۱۵ دقیقه‌ای در پنج حالت، ارائهٔ تکلیف |
| ششم | بیان دلبستگی و ذهنی‌سازی، بررسی تعارضات دلبستگی، ارائهٔ تکلیف | آموزش آگاهی دربارهٔ زمان حال، ارائهٔ تکلیف |
| هفتم | بیان نشانگان اضطرابی، ارائهٔ جزوهٔ آموزشی به‌منظور آشنایی با نشانگان اضطرابی، ارائهٔ تکلیف | آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته دربرابر ذهن آرام، ارائهٔ تکلیف |
| هشتم | بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان ذهنی‌سازی، آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه، ارائهٔ تکلیف | تمرین تمرکز با کشمش، مرور الگوهای اجتنابی، میزان کارآمدی و هزینه‌های این اجتناب‌ها، ادامهٔ موضوع درماندگی خلاق، تمرین پذیرش، ارائهٔ تکلیف |
| نهم | بیان جنبهٔ دلبستگی درمان ذهنی‌سازی، اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران، ایجاد روابط دلبستگی با درمانگر و اعضای گروه، ارائهٔ تکلیف | تمرین تمرکز، مرور واکنش درمان‌جویان به جلسات قبل، معرفی کنترل به‌عنوان یک مسئله، استعارهٔ طناب‌کشی با هیولای ظاهر ایده‌آل، ارائهٔ تکلیف |
| دهم | بیان اضطراب و ذهنی‌سازی، آموزش دربارهٔ اضطراب و ترس، ارائهٔ راهکارهای درمانی، توضیح مؤلفهٔ کلیدی یاری شخص، ارائهٔ تکلیف | تلاش برای شناخت و بیرون‌راندن عوامل حواس‌پرتی ذهن، آموزش حفظ توجه، جایگزینی جملات، ارائهٔ تکلیف |
| یازدهم | بیان افسردگی و ذهنی‌سازی، ارائهٔ آموزش دربارهٔ افسردگی و درمان‌های آن، بحث درزمینهٔ تفکرات افسرده‌ساز، ارائهٔ تکلیف | تقویت خودگردانی بااستفاده از یک واژه یا رنگ به نشانهٔ بدن، ارائهٔ تکلیف |
| دوازدهم | خلاصه و جمع‌بندی | تمرین مهارت مشاهدهٔ آگاهی، تمرین استفاده از زنگولهٔ ذهن‌آگاهی، ارائهٔ تکلیف |
| سیزدهم | مروری بر بحث گروهی قبلی، پرسش از اعضای گروه دربارهٔ مشکلات مدنظرشان برای مطرح‌کردن، تأیید همدلانه | صحبت دربارهٔ رفتار ارزش‌مدار، ارائهٔ تکلیف |
| چهاردهم | شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شدهٔ اعضا ازسوی گروه، ترکیب مشکلات، کاوش مشکلات و درصورت لزوم به‌چالش‌کشیدن مشکلات | اجرای استعارهٔ دستگاه دروغ‌سنج جست‌وجوی ارزش‌ها و بیان تفاوت و ارتباط بین ارزش‌ها و اهداف، متعهدشدن و بیان مسیرهای ارزشمند، ارائهٔ تکلیف |
| پانزدهم | شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شدهٔ اعضا ازسوی گروه، ترکیب مشکلات، کاوش مشکلات و درصورت لزوم به‌چالش‌کشیدن مشکلات | انتخاب مسیرهای ارزشمند، تمرین توجه، به‌خصوص سلامتی، استعارهٔ نوشتهٔ روی سنگ قبر، ارائهٔ تکلیف |
| شانزدهم | شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر مباحث انجام‌شده ازسوی اعضای گروه | ادامهٔ انتخاب مسیرهای ارزشمند، ارائهٔ تکلیف |
| هفدهم | آموزش درجهت ذهنی‌سازی مطالب برای تسهیل اعتماد | فعال‌سازی رفتاری، قطب‌نمای زندگی، ایجاد سلسله‌مراتبی از فعالیت‌ها و تعهدها، مقابله با موانع و اجتناب‌ها، ارائهٔ تکلیف |
| هیجدهم | ذهنی‌سازی ارتباط باتوجه‌به ردیاب‌های انتقال | شناخت تله‌های ذهنی و زبانی، حذف رفتارها و نشانه‌های ایمنی‌جویی، تمرین سفر با استرس‌ها، مقابله با شکست، نظارت بر تجربیات مرتبط با فشارهای اجتماعی و رسانه، ارائهٔ تکلیف |
| نوزدهم | ذهنی‌سازی ارتباط باتوجه‌به ردیاب‌های انتقال | بررسی نظر مُراجعان دربارهٔ ذهن‌آگاهی و مهارت بنیادی ذهن‌آگاهی، ارائهٔ تکلیف |
| بیستم | آماده‌سازی برای پایان‌دادن به درمان، تمرکز بر احساسات فقدان درزمینهٔ پایان درمان، پایان‌دادن به درمان | آماده‌سازی برای پایان‌دادن به درمان، تمرکز بر احساسات فقدان درزمینهٔ پایان درمان، پایان‌دادن به درمان |

بعد از جمع‌آوری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس و آزمون خی‌دو به‌منظور بررسی همگنی گروه‌های مطالعه‌شده و از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. تحلیل داده‌ها ازطریق نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ صورت گرفت. سطح معناداری در پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## ۳ یافته‌ها

در جدول ۲ فراوانی و درصد فراوانی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش به‌تفکیک عضویت گروهی آورده شده است. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه درمان ذهنی‌سازی ۲/۷۰±۲۳/۷۶ و در گروه درمان پذیرش و تعهد ۳/۲۹±۲۴/۵۸ و در گروه گواه ۳/۲۳±۲۴/۶۸ سال بود. مقایسهٔ میانگین سنی سه گروه با آزمون تحلیل واریانس نشان داد، سه گروه به‌لحاظ سن همگن بودند ($p$>۰/۰۵). باتوجه‌به اطلاعات جمعیت‌شناختی اغلب زنان شرکت‌کننده در پژوهش دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و براساس نتایج آزمون خی‌دو، تفاوت معنادار ازنظر تحصیلات بین سه گروه وجود نداشت ($p$>۰/۰۵).



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

جدول ۲. توزیع فراوانی سن و تحصیلات شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی

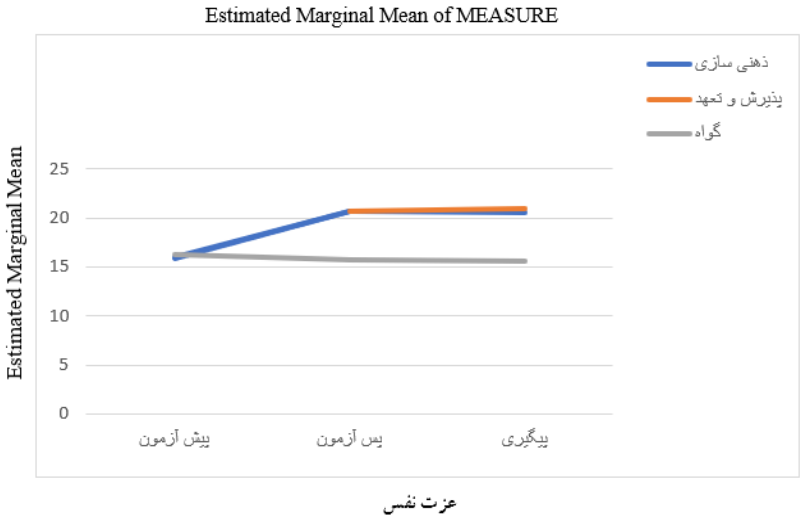
| اطلاعات جمعیت‌شناختی | درمان ذهنی‌سازی | | درمان پذیرش و تعهد | | گواه | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| سن | | | | | | |
| ۱۸تا۲۴ سال | ۱۱ | ۶۴/۷ | ۸ | ۴۷/۰۵ | ۵ | ۳۱/۲۵ |
| ۲۵تا۳۰ سال | ۶ | ۳۵/۳ | ۹ | ۵۲/۹۴ | ۱۱ | ۶۸/۷۵ |
| تحصیلات | | | | | | |
| دیپلم | ۴ | ۲۳/۵ | ۵ | ۲۹/۴ | ۳ | ۱۸/۸ |
| لیسانس | ۹ | ۵۲/۹ | ۷ | ۴۱/۲ | ۹ | ۵۶/۳ |
| فوق‌لیسانس | ۴ | ۲۳/۵ | ۵ | ۲۹/۴ | ۴ | ۱۵ |

در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی متغیر عزت‌نفس به‌تفکیک گروه‌های پژوهش و در سه مرحله ارائه شده است. طبق نتایج این جدول در پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات متغیر عزت‌نفس در گروه‌های آزمایش درمقایسه با گروه گواه درقیاس با پیش‌آزمون افزایش یافت.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی متغیر عزت‌نفس به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل پژوهش

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| عزت‌نفس | درمان ذهنی‌سازی | ۱۶/۰۵ | ۱/۹۸ | ۲۰/۷۰ | ۳/۴۷ | ۲۰/۵۸ | ۳/۲۰ |
| | درمان پذیرش و تعهد | ۱۵/۸۸ | ۱/۴۰ | ۲۰/۷۰ | ۴/۵۱ | ۲۱/۰۰ | ۴/۵۰ |
| | گواه | ۱۶/۲۵ | ۱/۲۹ | ۱۵/۷۵ | ۱/۲۹ | ۱۵/۶۲ | ۱/۵۸ |

پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا پیش‌فرض آزمون شاپیرو_ویلک بررسی شد و نتایج نشان داد، نمرات متغیر عزت‌نفس در گروه‌های آزمایش و گواه و در سه مرحلهٔ پژوهش دارای توزیع نرمال بود ($p$>۰/۰۵). به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. مقادیر به‌دست‌آمده از این آزمون برای عزت‌نفس آن در سه مرحلهٔ پژوهش غیرمعنادار بود؛ به‌عبارت‌دیگر شرط واریانس‌های بین‌گروهی رد نشد ($p$>۰/۰۵). نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیر عزت‌نفس غیرمعنادار بود و درنتیجه برابری ماتریس واریانس‌کوواریانس رد نشد ($p$>۰/۰۵)؛ اما پیش‌فرض کرویت بااستفاده از آزمون ماچلی برای این متغیر رد شد ($p$<۰/۰۵) و به‌همین‌دلیل آزمون گرین‌هاوس_گیسر به‌کار رفت.




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



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

جدول ۴. خلاصهٔ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

| متغیر | منبع اثر | مجموع مجذورات | درجهٔ آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | مقدار احتمال | مجذور سهمی اتا | توان آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| عزت‌نفس | زمان | ۲۹۹/۵۱۸ | ۱/۲۷۱ | ۲۳۵/۶۱۱ | ۴۱/۱۹۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۶۷ | ۱/۰۰ |
| | گروه | ۳۵۱/۷۱۰ | ۲ | ۱۷۵/۸۵۵ | ۹/۷۴۸ | <۰/۰۰۱ | ۰/۲۹۳ | ۰/۹۷۶ |
| | زمان× گروه | ۲۰۸/۷۷۸ | ۲/۵۴۲ | ۸۲/۱۱۶ | ۱۴/۳۵۸ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۷۹ | ۱/۰۰ |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر عامل زمان (F=۴۱/۱۹۶) و اثر عامل گروه (F=۹/۷۴۸) و اثر متقابل زمان و گروه (F=۱۴/۳۵۸) بر متغیر عزت‌نفس معنادار بود ($p$<۰/۰۰۱). معناداری اثر متقابل در کنار معناداری عامل گروه، بیانگر آن بود که بین سه گروه پژوهش در متغیر عزت‌نفس تفاوت معناداری وجود داشت.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی گروه‌های پژوهش در متغیر عزت‌نفس در مراحل پژوهش

| مرحلهٔ پژوهش | گروه مبنا | گروه مقایسه‌شده | تفاوت میانگین‌ها | خطای معیار | مقدار احتمال |
|---|---|---|---|---|---|
| پس‌آزمون | درمان ذهنی‌سازی | درمان پذیرش و تعهد | ۰/۰۷۸- | ۰/۸۴۱ | ۰/۹۲۶ |
| | درمان ذهنی‌سازی | گواه | ۳/۲۴۳ | ۰/۸۵۴ | <۰/۰۰۱ |
| | درمان پذیرش و تعهد | گواه | ۳/۳۲۱ | ۰/۸۵۴ | <۰/۰۰۱ |
| پیگیری | درمان ذهنی‌سازی | درمان پذیرش و تعهد | ۰/۰۷۸- | ۰/۸۴۱ | ۰/۹۲۶ |
| | درمان ذهنی‌سازی | گواه | ۳/۲۴۲ | ۰/۸۵۴ | <۰/۰۰۱ |
| | درمان پذیرش و تعهد | گواه | ۳/۳۲۱ | ۰/۸۵۴ | <۰/۰۰۱ |

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، در پس‌آزمون و پیگیری در میانگین متغیر عزت‌نفس، بین دو گروه درمانی با یکدیگر تفاوت معنادار وجود نداشت ($p$=۰/۹۲۶)؛ اما بین گروه‌های درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه تفاوت معنادار مشاهده شد ($p$<۰/۰۰۱).

## ۴ بحث

هدف این پژوهش، مقایسهٔ اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس زنان ۱۸تا۳۰ سال مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد، هردو درمان موجب افزایش پایدار عزت‌نفس این زنان شد. این بخش از یافته‌های پژوهش به‌صورت غیرمستقیم با پژوهش لوف و همکاران مبنی‌بر اثر مثبت درمان ذهنی‌سازی بر اصلاح خودانگارهٔ افراد با اختلال شخصیت مرزی (۲۰) و مطالعات پورفراهانی و همکاران (۲۳)، محمودفاخه و همکاران (۲۴)، قربانی و همکاران (۲۹)، مرادی بیدهندی (۳۰)، حسین‌زاده اسکویی و همکاران (۳۱) و فرح‌زادی و همکاران (۳۲) مبنی‌بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس در گروه‌های مختلف، همسوست.

در تبیین اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر افزایش عزت‌نفس زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی می‌توان گفت، درمانگر طی این درمان به زنان کمک می‌کند تجربیات ناخوشایند خود را به سطح هشیاری بیاورند و افکار و احساسات خود را در این تجربه‌ها بازشناسی کنند و احساسی منسجم و کاملی از هر موقعیت به‌دست آورند. اصلاح ادراک موقعیت‌های ناخوشایند و جایگزین‌کردن توصیفی خوشایند از موقعیت، مقدمه‌ای در اصلاح افکار و باورهای زنان دربارهٔ خود و دیگران بود. در همین زمینه درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی به زنان کمک کرد تجربیات گذشته و فعلی خود را تأملی‌تر و صریح و نه به‌صورت خودکار و ضمنی بیان کنند (۱۸). جلسات این درمان با ثبت هیجانات زنان در رابطه با خود و دیگران، تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خود و دیگران را اصلاح کرد (۲۰)؛ همچنین با تأیید همدلانه (درک از احساسات دیگران) و ایجاد وجهی عاطفی مشترک بین شرکت‌کنندگان و درمانگر (۳۹)، به زنان آموخت در تجربهٔ تفاوت‌های تفکر و احساسات خود و دیگران، از باورهای پیشین سخت‌گیرانهٔ خود و معیارهای غیرواقعی از ظاهر ایده‌آل نمایش داده‌شده توسط برنامه‌های جراحی‌های زیبایی اجتناب کنند و درنتیجه درک بهتری از موقعیت‌های اجتماعی و روابط بین‌فردی داشته باشند (۱۹). این فرایند سبب درک بهتر موقعیت و افراد مهم در زندگی زنان شد که به‌نوبهٔ خود قابلیتی را برای افراد شرکت‌کننده در درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی به‌وجود آورد تا به پاسخ‌های منفی که به آن‌ها حساس شدند کمتر توجه کنند؛ به‌موجب این تغییرات زنان توانستند دربارهٔ دیدگاه دیگران به‌گونه‌ای متفاوت بیندیشند و خاطرات تروماتیک را دوباره بدون‌حضور برانگیختگی عاطفی پردازش کنند؛ درنهایت دیدگاه واقعی و مثبتی دربارهٔ خود داشته باشند (۴۰) و عزت‌نفس بیشتری گزارش کنند.

ازطرف‌دیگر دربارهٔ سازوکار اثر درمان پذیرش و تعهد در این زمینه می‌توان گفت، زنان با بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی، تمایل دارند در دید دیگران که با آن‌ها در ارتباط‌اند، بدون‌نقص و عالی به‌نظر بیایند (۳۲). در این زمینه محمودفاخه و همکاران معتقد بودند، برخی از افرادی که برای جراحی زیبایی اقدام می‌کنند، تصویر بدنی منفی از خود دارند و درنتیجه احساس حقارت در آن‌ها افزایش می‌یابد؛ به‌علاوه



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

دارای احساس ارزشمندی ضعیفی هستند که باعث می‌شود آن‌ها به این مفهوم‌سازی‌های منفی از خود بچسبند (خودپنداره‌سازی) که بسیار مضر است (۲۴)؛ بنابراین در طول درمان پذیرش و تعهد بر تغییر دیدگاه از خودپندارهٔ منفی (مثلاً خود ناقص یا معیوب) به خود ناظر خنثی تأکید صورت گرفت و به آنان آموزش داده شد به‌جای مبارزه با مفهوم منفی از خود و تلاش برای حذف آن، به‌سادگی آن را مشاهده کنند. با جایگزینی خود به‌عنوان زمینه، زنان یاد گرفتند خود را از افکار و باورهای منفی و ناخوشایند جدا سازند و به‌سادگی آن‌ها را در لحظهٔ حال تجربه کنند (۴۱). براساس استعارهٔ شطرنج از زنان خواسته شد خود را به‌عنوان صفحهٔ شطرنج و افکار و عقاید منفی و مثبت خود را مهره‌های سفید و سیاهی در نظر بگیرند که همیشه درحال حرکت هستند (۲۷)؛ از این طریق زنان متوجه شدند احساساتی مانند زیبانبودن و احساس حقارت بیشتر زاییدهٔ ذهن آنان است و پاسخ‌گویی به این باورها و افکار باید مبتنی‌بر سودمندی و کاربرد باشد. این سازوکار اثربخشی در مطالعهٔ حسین‌زاده اسکویی و همکاران نیز به‌تأیید رسید و آن‌ها متذکر شدند دستیابی به مهارت گسلش شناختی نقش مؤثری درزمینهٔ بهبود عزت‌نفس زنان دارد (۳۱). زنان مطلع شدند برای اینکه احساسات و افکاری مانند زیبانبودن، احساس حقارت و خودارزشی ضعیف و پیامدهای منفی آن را تجربه نکنند، از آن‌ها دوری می‌کنند که این امر می‌تواند منجربه تشدید آن موضوعات شود؛ بنابراین باتوجه‌به درمان پذیرش و تعهد و مؤلفهٔ پذیرش، به آنان آموزش داده شد برای جلوگیری از این مشکلات، از اجتناب و مبارزهٔ بی‌اثر با آن‌ها دست بردارند. زن‌ها با معرفی رنج‌های انسانی آموختند، افکار و باورهای منفی را تنها به‌صورت افکار تجربه کنند و نه باورها و به‌جای پاسخ‌گویی ناکارآمد به ارزش‌ها، درراستای ارزش‌های آن‌ها عمل کنند (۴۱). پورفراهانی و همکاران در این زمینه معتقد بودند، افزایش اقدامات ارزش‌محور ناشی‌از گذراندن درمان پذیرش و تعهد، از دلایل اثربخشی این درمان بر عزت‌نفس است (۲۳). همچنین زنان یاد گرفتند رابطهٔ بین افکار و احساسات ناخوشایند را تغییر دهند و افکار و احساسات منفی و ناخوشایند را عوامل بی‌ضرری بدانند که زندگی را معنادار می‌سازند (۴۲)؛ به‌این‌ترتیب درمان پذیرش و تعهد با اصلاح افکار و کاهش احساسات منفی و ناخوشایند دربارهٔ خود در زنان، تغییر دیدگاه آنان از خودپندارهٔ منفی به خود ناظر خنثی و جداکردن خود از افکار و باورهای منفی و ناخوشایند، توانست عزت‌نفس را در زنان با بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی بهبود بخشد.

براساس نتایج به‌دست‌آمده، به روان‌شناسان و مشاوران بالینی و درمانگران پیشنهاد می‌شود به‌منظور افزایش عزت‌نفس زنان با بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی و درراستای کاهش عمل‌های جراحی غیرضروری در این گروه، از درمان‌های مبتنی‌بر ذهنی‌سازی و پذیرش و تعهد بهره برند؛ لذا می‌توان از این دو رویکرد درمانی در مراکز روان‌شناختی و کلینیک‌های زیبایی به‌عنوان رویکردهای مؤثر برای بهبود وضعیت روان‌شناختی زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن استفاده کرد.

در تفسیر نتایج مطالعهٔ حاضر لازم است گفته شود، تمرکز این 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 ازجمله به مردان، زنان در طیف سنی دیگر، افراد بدون‌اختلال بدریخت‌انگاری و زنان ساکن در سایر شهرها باید جانب احتیاط رعایت شود؛ بنابراین انجام پژوهشی مشابه در سایر جوامع می‌تواند در مستندکردن اثرات متمایز درمان مبتنی‌بر 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، بین اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد در بهبود عزت‌نفس زنان با بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی تفاوت معنادار وجود ندارد و هردو مداخله کارآمد است.

## ۶ تشکر و قدردانی

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

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر با کسب مجوز از کمیتهٔ اخلاق پژوهش دانشگاه دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد انجام شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی به همهٔ شرکت‌کننده‌ها اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به‌منظور ارائهٔ نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن‌ها تا آخر محرمانه باقی می‌ماند. همچنین، به آن‌ها یادآوری شد هرزمان که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. به‌لحاظ رعایت اصول اخلاقی، گروه گواه از مداخلات پژوهش پس از اتمام روند تحقیق بهره‌مند شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش در پیوست رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، دردسترس است.

تعارض منافع

منابع مالی پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

منابع مالی

هزینه‌های پژوهش حاضر توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول ارائهٔ ایدهٔ پژوهشی و جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل و تفسیر داده‌ها را انجام داد. نویسندگان دوم و سوم به‌عنوان اساتید راهنما و مشاور در طراحی پژوهش مشارکت داشتند.



[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

## References


1. Wu Y, Mulkens 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. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.10.007
2. Rounagh Sheshkelani M, Panah Ali A, Lofti A, Ghavimi MA, Ahmadpour Pournaki F. Comparison of body image and life satisfaction in applicants cosmetic and those surgical operated of oral and maxillofacial and cosmetic surgery part at the education and health care of Imam Reza hospital in Tabriz. Razi Journal of Medical Sciences. 2018;25(8):12–23. [Persian] https://rjms.iums.ac.ir/article-1-5067-en.pdf
3. General Medical Council. Cosmetic interventions [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 26]; Available from: https://www.gmc-uk.org/professional-standards/the-professional-standards/cosmetic-interventions
4. Hajiabllo K, Hallajzadeh H, Masoudnia E. Comparison of social capital among the two groups of women with a history of cosmetic surgery and without performing cosmetic surgeries in Rasht. Journal of Applied Sociology. 2018;29(4):167–82. [Persian] https://doi.org/10.22108/jas.2018.103670.1088
5. Khabbaz Sabet S, Keykhosrovani M, Poladi Rishehri A, Bahrani MR. Relationship between tendency to cosmetic surgery with attitudes to fashion and negative body image of women applying for cosmetic surgery based on the type of surgery: the mediating role of cognitive emotion regulation. Social Psychology Research. 2022;12(46):37–60. [Persian] https://doi.org/10.22034/spr.2022.330883.1725
6. Sarwer DB, Siminoff LA, Gardiner HM, Spitzer JC. The psychosocial burden of visible disfigurement following traumatic injury. Front Psychol. 2022;30(13):979574. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.979574
7. Ganji M. Psychopathology based on DSM–5. Tehran: Savalan Pub; 2024. [Persian]
8. Sansone RA, Sansone LA. Cosmetic surgery and psychological issues. Psychiatry. 2007;4(12):65-8. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2861519/
9. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Rezaei F. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2022.
10. Griffiths C, Williamson H, Zucchelli F, Paraskeva N, Moss T. A systematic review of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self–stigma in adults. J Contemp Psychother. 2018;48(4):189–204. https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0
11. 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. https://doi.org/10.1111/jocd.13283
12. Azam Rajabian A, Asghari Ebrahimabad MJ, Aghamohammadian Sharbaf H, Rasoolzadeh Tabatabaei SK. Investigating the causes of body dysmorphic disorder in women: content analysis. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2022;25(3):484–99. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/jams.25.3.7092.1
13. Zare H, Hasani Estalkhi F, Dosti R. Comparison of explicit and implicit self–esteem in applicants for nose surgery and normal women. Health Psychology. 2019;8(30):133–44. [Persian] https://doi.org/10.30473/hpj.2019.41382.4074
14. Bassak Nejad S, Aarefi N, Arshadi N. Testing a model of emotional eating, emotional dysregulation, self–esteem, and impulsivity in food addiction among students. Health Psychology. 2018;7(26):132–45. [Persian] https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4975_548e41fb10e35da1f246d2ef4e534e7d.pdf
15. Khunger N, Pant H. Cosmetic procedures in adolescents: what's safe and what can wait. Indian Journal of Paediatric Dermatology. 2021;22(1):12–20.
16. Walker CE, Krumhuber EG, Dayan S, Furnham A. Effects of social media use on desire for cosmetic surgery among young women. Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues. 2021;40(7):3355–64. https://doi.org/10.1007/s12144-019-00282-1
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] http://dx.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. Encephale. 2017;43(4):340–5. https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.020
19. Bateman A, Fonagy P. Mentalization–based treatment for personality disorders: a practical guide. New York, NY, US: Oxford University Press; 2016. https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001
20. Löf J, Clinton D, Kaldo V, Rydén G. Symptom, alexithymia and self–image outcomes of Mentalisation–based treatment for borderline personality disorder: a naturalistic study. BMC Psychiatry. 2018;18(1):185. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1699-6
21. Griffiths H, Duffy F, Duffy L, Brown S, Hockaday H, Eliasson E, et al. Efficacy of mentalization–based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. BMC Psychiatry. 2019;19(1):167. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2158-8


[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]

22. Hauschild S, Kasper L, Volkert J, Sobanski E, Taubner S. Mentalization–based treatment for adolescents with conduct disorder (MBT–CD): a feasibility study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2023;32(12):2611–22. https://doi.org/10.1007/s00787-022-02113-4
23. Pourfarahani M, Shareh H, Haji Arbabi F. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema therapy based on acceptance and commitment on body image and sexual self–esteem in dialysis women. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2023;13(1):102–22. [Persian] https://doi.org/10.22067/tpccp.2023.79716.1404
24. Mahmoudfakhe H, Hasanzadeh N, Shiri H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on feelings of inferiority, fear of body image, and feeling of self–worth in cosmetic surgery applicants. Journal of Research in Psychopathology. 2023;4(12):31–8. [Persian] https://doi.org/10.22098/jrp.2023.11868.1148
25. 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. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006
26. Soleimanpour Moghaddam H, Saeedi A, Mehdian H. Comparison of the effectiveness of compassion and acceptance and commitment–based education (ACT) on academic self-efficacy and achievement motivation. Islamic Lifestyle Based on Health. 2022;5(4):234–44. [Persian]
27. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: state of the evidence. Colloquium presented to the University of Toronto. Toronto, Ontario; 2016.
28. Hayes S. C, Strosahl K. D & Wilson K. G. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York, NY, US: Guilford Press 1999.
29. Ghorbani E, Barati H, Zakerfard M. The effect of acceptance and commitment therapy on depression, self–efficacy and self–esteem of divorced women. In: Iran's 2nd National Psychotherapy Conference [Internet]. Ardabil, Iran: Civilica; 2023. [Persian] https://civilica.com/doc/1751931/
30. Moradi Bidhandi D. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the self–esteem of adolescent girls with symptoms of social anxiety. In: The 7th National Conference on New Researches in the Field of Educational Sciences and Psychology of Iran [Internet]. Tehran, Iran: Civilica; 2022. [Persian] https://civilica.com/doc/1554401/
31. Hosseinzadeh Oskooei A, Samadi Kashan S, Zamani Zarchi MS, Asadi Asadabad R, Bakhtiari M. The efficacy of group–based acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility and self–esteem in women who have experienced the trauma of infidelity. Journal of Applied Psychological Research. 2022;13(4):203–16. [Persian] https://doi.org/10.22059/japr.2023.329770.643974
32. Farahzadi M, Maddahi ME, Khalatbari J. Comparison the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and cognitive–behavioral group therapy on the body image dissatisfaction and interpersonal sensitivity in women with the body image dissatisfaction. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2018;7(2):69–89. [Persian] https://doi.org/10.22067/ijap.v7i2.65791
33. Delavar A. Research method in psychology and educational sciences. Tehran: Virayesh Pub; 2022. [Persian]
34. 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.
35. Rosenberg M. Society and the adolescent self–image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
36. Mayordomo T, Gutierrez M, Sales A. Adapting and validating the Rosenberg self–esteem scale for elderly Spanish population. Int Psychogeriatr. 2020;32(2):183–90. https://doi.org/10.1017/s1041610219001170
37. Rajabi G, Bahloul N. Assessing the reliability and validity of the Rosenberg self–esteem scale among first–year students of Shahid Chamran University. Educational and Psychological Research. 2007;3(2):33–48. [Persian]
38. Gholami S, Omidi 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):79–92. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-2514-en.pdf
39. Basharpoor S, Einy S. The effectiveness of mentalization–based therapy on emotional dysregulation and impulsivity in veterans with post–traumatic stress disorder. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2020;8(3):10–9. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/shefa.8.3.10
40. Fonagy P, Target M. The mentalization–focused approach to self pathology. J Pers Disord. 2006;20(6):544–76. https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544
41. McCracken LM, Gutiérrez–Martínez O. Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group–based treatment for chronic pain based on acceptance and commitment therapy. Behav Res Ther. 2011;49(4):267–74. https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.004
42. Flaxman PE, Bond FW. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. Behav Res Ther. 2010;48(8):816–20. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.004

[ Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30 ]