

# 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<sup>1</sup>, \*Lali M<sup>2</sup>, Sajjadian PS<sup>3</sup>, Dehghani A<sup>3</sup>

## 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](mailto: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.

## مقایسه 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<sup>۱</sup>، \*محسن لعلی<sup>۲</sup>، پرینازسادات سجادیان<sup>۳</sup>، اکرم دهقانی<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

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

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

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

\*رایانامه نویسنده مسئول: [m.lali@cfu.ac.ir](mailto:m.lali@cfu.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۲۳ اسفند ۱۴۰۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۵ اردیبهشت ۱۴۰۴

### 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 تشدیدکننده این اختلال به‌شمار می‌رود؛ به‌این‌ترتیب پژوهش حاضر باهدف مقایسه 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 دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه پژوهش را زنان ۱۸ تا ۳۰ سال مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی شهر اصفهان در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از جامعه 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 جلسه ۴۵ دقیقه‌ای 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 نسخه ۲۶ به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

**یافته‌ها:** اثر عامل زمان ( $F=41/196$ ) و اثر عامل گروه ( $F=9/748$ ) و اثر متقابل زمان و گروه ( $F=14/358$ ) بر متغیر عزت‌نفس معنادار بود ( $p<0/001$ ). همچنین در پس‌آزمون و پیگیری در میانگین متغیر عزت‌نفس، بین دو گروه درمانی با یکدیگر تفاوت معنادار وجود نداشت ( $p=0/926$ )؛ اما بین گروه‌های درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه تفاوت معنادار مشاهده شد ( $p<0/001$ ).

**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 هر دو مداخله کارآمد است.

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

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 درباره خود و تصمیم‌گیری برای جراحی زیبایی و بازسازی عزت‌نفس کمک کند. مروری بر پژوهش‌های پیشین مشخص کرد، درمان ذهنی‌سازی بر اصلاح خودانگاره 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 در دسترس نیست.

رویکرد مهم دیگر در این زمینه، درمان پذیرش و تعهد<sup>۵</sup> است (۲۳، ۲۴) که مشکلات روان‌شناختی را به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ضعیف نسبت می‌دهد (۲۵). به‌نظر می‌رسد این درمان با تقویت توانایی فرد برای فعال ماندن 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 راه‌ها 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 ناراضیاتی 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 مبنی بر 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 هر یک از دو درمان در این زمینه، به‌منظور صرفه‌جویی در زمان و هزینه درمانگران و مراجعان، مناسب‌ترین درمان شناسایی شود؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثرات درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بر عزت‌نفس زنان ۱۸ تا ۳۰ سال مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی انجام شد.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه پژوهش را زنان ۱۸ تا ۳۰ سال مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی

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<sup>۱</sup> از شایع‌ترین اعمال جراحی در سطح جهان است (۱). موضوع جالب توجه، شیوع هفت‌برابری این عمل‌ها در ایران درمقایسه با اروپا است (۲). طی دهه گذشته در جهان میزان این عمل‌ها افزایش ۱۱ میلیون‌نفری داشته است (۳). در ایران گزارش شد، از اواخر دهه شصت، جراحی‌های زیبایی افزایش بسیاری پیدا کرده است و اصفهان جزو پنج شهر اول ایران از نظر 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<sup>۲</sup> است (۶). این اختلال با مشغله ذهنی به نقص خیالی در ظاهر فرد شناخته می‌شود که مشکلات درخور توجهی 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<sup>۳</sup> و خودکشی<sup>۴</sup> بینجامد (۱۱)؛ لذا کاهش مشکلات روان‌شناختی مؤثر در این زمینه مسئله‌ای مهم است.

از مشکلات رایج زنان با اختلال بدریخت‌انگاری، کمبود عزت‌نفس<sup>۵</sup> است (۱۲). عزت‌نفس، صفتی پویا و نوعی نگرش است که به فرد فرصت می‌دهد دیدگاه واقعی و مثبتی درباره 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 تعیین‌شده جامعه جهانی برای زیبایی هماهنگ کنند و عزت‌نفس خود را بهبود بخشند، به‌دنبال جراحی‌های زیبایی هستند (۱۶). زارع و همکاران دریافته‌اند، ضعیف بودن 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، ارائه مداخلات روان‌شناختی به‌منظور بهبود ارتقای عزت‌نفس زنان ازجمله مسائلی است که توجه محققان را می‌طلبد. به‌نظر می‌رسد درمان ذهنی‌سازی<sup>۶</sup> رویکردی مناسب برای بهبود وضعیت روان‌شناختی و هیجانی زنان است (۱۷). هدف این درمان تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (۱۸) و باعث کسب بازنمایی منسجم و یکپارچگی در

5. Self-esteem

6. Mentalization-Based Therapy

7. Acceptance and Commitment Therapy

1. Cosmetic surgeries

2. Body Dysmorphic Disorder

3. Depression

4. Suicide

نتایج تحلیل روایی محتوایی ( $CVI=0.79$ ) این مقیاس را مناسب ارزیابی کردند و پایایی ابزار را  $0.73$  گزارش دادند (۳۶). در پژوهش رجبی و بهلول ضریب روایی و اگر بین مقیاس عزت نفس روزنبرگ و مقیاس وسواس مرگ<sup>۳</sup> در کل نمونه و به تفکیک جنس در حد متوسط (۰/۴۴) بود و می‌توان گفت، مقیاس عزت نفس روزنبرگ از روایی مناسبی برخوردار است. پایایی این پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با  $0.93$  محاسبه شد (۳۷).

مقیاس اصلاح شده برای اختلال بد ریخت‌انگاری بدن: این مقیاس توسط فیلیپس و همکاران در سال ۱۹۹۷ طراحی شد (۳۴). این مقیاس دوازده سؤالی با طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از کاملاً مخالفم= صفر تا کاملاً موافقم= ۴) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل بیشتر از ۲۰ نشان‌دهنده تشخیص اختلال بد ریخت‌انگاری بدن است. نمره کل از جمع نمرات به دست می‌آید. مطالعات مربوط به پایایی و روایی این مقیاس نشان داد، برای سنجش علائم اختلال بد ریخت‌انگاری مناسب است (۳۴). فیلیپس و همکاران پایایی از نوع بازآزمایی را برای این پرسش‌نامه در دوره یک‌هفته‌ای مناسب ارزیابی کردند ( $r=0.88$ ) و ضریب آلفای کرونباخ را  $0.80$  به دست آوردند که بیانگر هماهنگی درونی زیاد این مقیاس است (۳۴). روایی تشخیصی در مقایسه با فرم درجه‌بندی شده کوتاه روان‌پزشکی نیز مناسب بود ( $r=0.19$ ). در ایران این مقیاس توسط غلامی و همکاران هنجاریابی شد و نتایج تحلیل عاملی ساختار سه‌عاملی مقیاس را تأیید کرد. روایی هم‌زمان پرسش‌نامه نیز حاکی از همبستگی مثبت مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی-بیل-براون برای اختلال بد ریخت‌انگاری بدن با نگرانی از بدشکلی بدن ( $r=0.888$ )، نظارت بدن ( $r=0.461$ ) و شرم بدن ( $r=0.532$ ) و همبستگی منفی آن با عزت نفس ( $r=-0.484$ ) بود. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر با  $0.95$  به دست آمد (۳۸).

در این پژوهش درمان ذهنی‌سازی براساس رویکرد بتمن و فونانگی (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 پورفرهانی و همکاران (۲۳) استفاده شد و اعتبار آن به تأیید رسید (جدول ۱).

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 (۳۳) و احتمال ریزش، از جامعه 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 بد ریخت‌انگاری (تأییدیه روان‌شناس بالینی)؛ نمره بیشتر از ۲۰ در مقیاس اصلاح شده برای اختلال بد ریخت‌انگاری بدن<sup>۱</sup> (۳۴)؛ 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، انجام ندادن تکالیف محول شده 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 مرحله بعد آزمودنی‌های گروه آزمایش اول، درمان ذهنی‌سازی و آزمودنی‌های گروه آزمایش دوم، درمان پذیرش و تعهد را در قالب بیست جلسه 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.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ<sup>۲</sup>: 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). دامنه نمرات مقیاس بین ۱۰ تا ۴۰ است. نمره بیشتر به معنای عزت نفس بیشتر است. سازنده این مقیاس ضرایب آلفای  $0.87$  را برای مردان و  $0.86$  را برای زنان گزارش کرد (۳۵). همبستگی آزمون مجدد مقیاس در دامنه  $0.82$  تا  $0.88$  و ضریب همسانی درونی آن در دامنه  $0.77$  تا  $0.88$  به دست آمد (۳۵). مایوردومو و همکاران

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان‌های ارائه شده در پژوهش

جلسه	درمان ذهنی‌سازی	درمان پذیرش و تعهد
اول	بیان اهداف جلسات، تأکید بر حضور فعالانه اعضا، معرفی اعضای گروه، توضیح مزایای ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوءتعبیرها، 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 نگرانی‌های زنان
دوم	بیان شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف، مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران، مشکلات تنظیم هیجان، حساسیت بین فردی، شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان، ارائه 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، ارائه تکلیف	بررسی کوشش‌های قبلی درمان‌جویان برای مقابله با فشارهای اجتماعی، استعاره ببر گرسنه، استعاره شخصی در گودال، ارائه تکلیف
چهارم	بیان چگونگی برخورد با هیجان‌ات و احساسات، تفسیر علامت‌های	انجام یکی از فعالیت‌های روزانه با حضور ذهن، تأکید بر اهمیت

<sup>۲</sup>. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)

<sup>۳</sup>. Death Obsession Scale

<sup>۱</sup>. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for BDD (BDD-YBOCS)

هیجانی درونی در خود و دیگران، احساسات غیرذهنی سازی و مدیریت آن‌ها، آرمیدگی، ارائه تکلیف	برگرداندن واقعی فرد به لحظه موجود، حضور در زمان حال، ارائه تکلیف
پنجم	بیان اهمیت روابط دل‌بستگی، بحث در زمینه دل‌بستگی، راهبردهای دل‌بستگی، ارائه تکلیف
ششم	بیان دل‌بستگی و ذهنی سازی، بررسی تعارضات دل‌بستگی، ارائه تکلیف
هفتم	بیان نشانگان اضطرابی، ارائه جزوه آموزشی به منظور آشنایی با نشانگان اضطرابی، ارائه تکلیف
هشتم	بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان ذهنی سازی، آموزش و تمرین ذهنی سازی در گروه، ارائه تکلیف
نهم	بیان جنبه دل‌بستگی درمان ذهنی سازی، اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران، ایجاد روابط دل‌بستگی با درمانگر و اعضای گروه، ارائه تکلیف
دهم	بیان اضطراب و ذهنی سازی، آموزش درباره اضطراب و ترس، ارائه راهکارهای درمانی، توضیح مؤلفه کلیدی یاری شخص، ارائه تکلیف
یازدهم	بیان افسردگی و ذهنی سازی، ارائه آموزش درباره افسردگی و درمان‌های آن، بحث در زمینه تفکرات افسرده ساز، ارائه تکلیف
دوازدهم	خلاصه و جمع بندی
سیزدهم	مروری بر بحث گروهی قبلی، پرسش از اعضای گروه درباره مشکلات مدنظرشان برای مطرح کردن، تأیید همدلانه
چهاردهم	شفاف سازی مباحث مطرح شده اعضا از سوی گروه، ترکیب مشکلات، کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن مشکلات
پانزدهم	شفاف سازی مباحث مطرح شده اعضا از سوی گروه، ترکیب مشکلات، کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن مشکلات
شانزدهم	شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر مباحث انجام شده از سوی اعضای گروه
هفدهم	آموزش در جهت ذهنی سازی مطالب برای تسهیل اعتماد
هیجدهم	ذهنی سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال
نوزدهم	ذهنی سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال
بیستم	آماده سازی برای پایان دادن به درمان، تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان درمان، پایان دادن به درمان

بعد از جمع آوری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد و در سطح استنباطی از تحلیل واریانس و آزمون خی دو به منظور بررسی همگنی گروه‌های مطالعه شده و از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. تحلیل داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ صورت گرفت. سطح معناداری در پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### ۳ یافته‌ها

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

به تفکیک عضویت گروهی آورده شده است. میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه درمان ذهنی سازی  $27.0 \pm 23/76$  و در گروه درمان پذیرش و تعهد  $29.3 \pm 24/58$  و در گروه گواه  $23.3 \pm 24/68$  سال بود. مقایسه میانگین سنی سه گروه با آزمون تحلیل واریانس نشان داد، سه گروه به لحاظ سن همگن بودند ( $p > 0.05$ ). با توجه به اطلاعات جمعیت شناختی اغلب زنان شرکت کننده در پژوهش دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و براساس نتایج آزمون خی دو، تفاوت معنادار از نظر تحصیلات بین سه گروه وجود نداشت ( $p > 0.05$ ).

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

اطلاعات جمعیت‌شناختی	درمان ذهنی‌سازی		درمان پذیرش و تعهد		گواه
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سن					
سال ۲۴ تا ۱۸	۱۱	۶۴/۷	۸	۴۷/۰۵	۵
سال ۲۵ تا ۳۰	۶	۳۵/۳	۹	۵۲/۹۴	۱۱
تحصیلات					
دیپلم	۴	۲۳/۵	۵	۲۹/۴	۳
لیسانس	۹	۵۲/۹	۷	۴۱/۲	۹
فوق‌لیسانس	۴	۲۳/۵	۵	۲۹/۴	۴

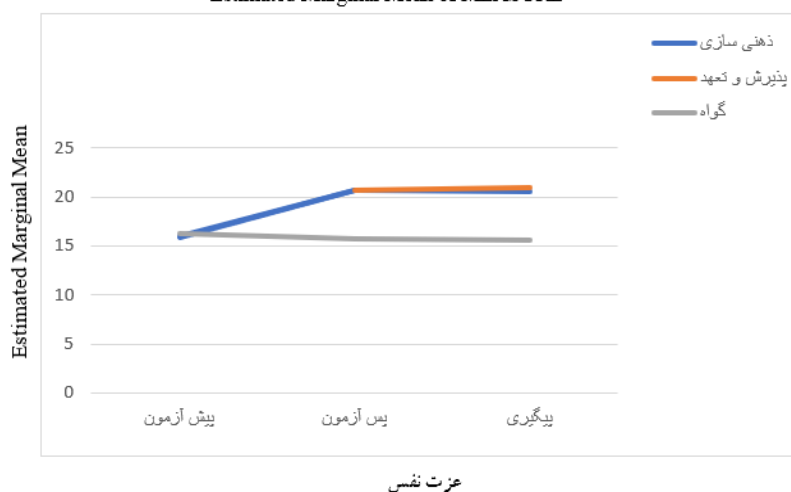
در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی متغیر عزت‌نفس به تفکیک گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه در قیاس با پیش‌آزمون افزایش گروه‌های پژوهش و در سه مرحله ارائه شده است. طبق نتایج این یافت. جدول در پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات متغیر عزت‌نفس در

جدول ۳. یافته‌های توصیفی متغیر عزت‌نفس به تفکیک گروه‌ها و مراحل پژوهش

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

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 مرحله پژوهش دارای توزیع نرمال بود ( $p > 0/05$ ). به منظور بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. مقادیر به دست آمده از این آزمون برای عزت‌نفس آن در سه مرحله پژوهش غیرمعنادار بود؛ به عبارت دیگر شرط واریانس‌های بین‌گروهی رد نشد ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیر عزت‌نفس غیرمعنادار بود و در نتیجه برابری ماتریس واریانس‌کواریانس رد نشد ( $p > 0/05$ ); اما پیش‌فرض کرویت با استفاده از آزمون ماچلی برای این متغیر رد شد ( $p < 0/05$ ) و به همین دلیل آزمون گرین-هاوس-گیسر به کار رفت.

Estimated Marginal Mean of MEASURE



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

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	مجدور سهمی اتا	توان آزمون
	زمان	۲۹۹/۵۱۸	۱/۲۷۱	۲۳۵/۶۱۱	۴۱/۱۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۶۷	۱/۰۰
عزت نفس	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 ( $F=41/196$ ) و اثر عامل گروه ( $F=9/748$ ) و اثر متقابل زمان و گروه ( $F=14/358$ ) بر متغیر عزت نفس معنادار بود ( $p<0/001$ ). معناداری اثر متقابل در کنار

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌های پژوهش در متغیر عزت نفس در مراحل پژوهش

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

دیگران بود. در همین زمینه درمان مبتنی بر 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 هیجان‌ها 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 تجربه تفاوت‌های تفکر و احساسات خود و دیگران، از باورهای پیشین سخت‌گیرانه خود و معیارهای غیرواقعی از ظاهر ایده‌آل نمایش داده‌شده توسط برنامه‌های جراحی‌های زیبایی اجتناب کنند و در نتیجه 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 به‌نوبه خود قابلیت را برای افراد شرکت‌کننده در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌وجود آورد تا به پاسخ‌های منفی که به آن‌ها حساس شدند کمتر توجه کنند؛ به‌موجب این تغییرات زنان توانستند درباره دیدگاه دیگران به‌گونه‌ای متفاوت بیندیشند و خاطرات تروماتیک را دوباره بدون حضور برانگیختگی عاطفی پردازش کنند؛ در نهایت دیدگاه واقعی و مثبتی درباره خود داشته باشند (۴۰) و عزت نفس بیشتری گزارش کنند.

از طرف دیگر درباره 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، بدون نقص 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 در نتیجه احساس حقارت در آن‌ها افزایش می‌یابد؛ به‌علاوه

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، در پس آزمون و پیگیری در میانگین متغیر عزت نفس، بین دو گروه درمانی با یکدیگر تفاوت معنادار وجود نداشت ( $p=0/926$ )؛ اما بین گروه‌های درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد با گروه گواه تفاوت معنادار مشاهده شد ( $p<0/001$ ).

#### ۴ بحث

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

در تبیین اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر افزایش عزت نفس 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 جایگزین کردن توصیفی خوشایند از موقعیت، مقدمه‌ای در اصلاح افکار و باورهای زنان درباره خود و

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 خودپنداره 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 لحظه حال تجربه کنند (۴۱). براساس استعاره شطرنج از زنان خواسته شد خود را به‌عنوان صفحه شطرنج و افکار و عقاید منفی و مثبت خود را مهره‌های سفید و سیاهی در نظر بگیرند که همیشه در حال حرکت هستند (۲۷)؛ از این طریق زنان متوجه شدند احساساتی مانند زیانبودن و احساس حقارت بیشتر زاینده ذهن آنان است و پاسخ‌گویی به این باورها و افکار باید مبتنی بر سودمندی و کاربرد باشد. این سازوکار اثربخشی در مطالعه حسین‌زاده اسکویی و همکاران نیز به‌تأیید رسید و آن‌ها متذکر شدند دستیابی به مهارت گسلش شناختی نقش مؤثری در زمینه بهبود عزت‌نفس زنان دارد (۳۱). زنان مطلع شدند برای اینکه احساسات و افکاری مانند زیانبودن، احساس حقارت و خودارزشی ضعیف و پیامدهای منفی آن را تجربه نکنند، از آن‌ها دوری می‌کنند که این امر می‌تواند منجر به تشدید آن موضوعات شود؛ بنابراین با توجه به درمان پذیرش و تعهد و مؤلفه پذیرش، به آنان آموزش داده شد برای جلوگیری از این مشکلات، از اجتناب و مبارزه بی‌اثر با آن‌ها دست بردارند. زن‌ها با معرفی رنج‌های انسانی آموختند، افکار و باورهای منفی را تنها به‌صورت افکار تجربه‌کنند و نه باورها و به‌جای پاسخ‌گویی ناکارآمد به ارزش‌ها، در راستای ارزش‌های آن‌ها عمل کنند (۴۱). پورفرهانی و همکاران در این زمینه معتقد بودند، افزایش اقدامات ارزش‌محور ناشی از گذراندن درمان پذیرش و تعهد، از دلایل اثربخشی این درمان بر عزت‌نفس است (۲۳). همچنین زنان یاد گرفتند رابطه 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)؛ به‌این ترتیب درمان پذیرش و تعهد با اصلاح افکار و کاهش احساسات منفی و ناخوشایند درباره خود در زنان، تغییر دیدگاه آنان از خودپنداره منفی به خود ناظر خنثی و جدا کردن 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 در راستای کاهش عمل‌های جراحی غیرضروری در این گروه، از درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی و پذیرش و تعهد بهره‌برند؛ 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 مطالعه 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 از جمله به مردان، زنان در طیف سنی دیگر، افراد بدون اختلال بدریخت‌انگاری و زنان ساکن در سایر شهرها باید جانب احتیاط رعایت شود؛ بنابراین انجام پژوهشی مشابه در سایر جوامع می‌تواند در مستند کردن اثرات متمایز درمان مبتنی بر 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 هر دو 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

### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر با کسب مجوز از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد انجام شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی به همه شرکت‌کننده‌ها اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به‌منظور 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. به‌لحاظ رعایت اصول اخلاقی، گروه گواه از مداخلات پژوهش پس از اتمام روند تحقیق بهره‌مند شد.

### رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

### دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش در پیوست رساله دکتری نویسنده 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

نویسنده اول ارائه ایده 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.

## 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.iuums.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. Hajiablo 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://pubmed.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 Sharbat 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](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>

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 2<sup>nd</sup> 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 7<sup>th</sup> 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 Oskoei 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. Basharpour 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>