MEJDS. Vol 16 (2026-2027), Article 10

Published online 2026 Mar. **Original Article**

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 SA[1],*Lali M[2], Sajjadian PS[3], Dehghani A[4]

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;
4. PhD in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Na.C., 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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

Copyright © 2026, 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.

انتشار برخط فروردین ۱۴۰۵ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی زنان 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. گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

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

تاریخ دریافت: ۱۴آبان۱۴۰۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۰آذر۱۴۰۴

چکیده

زمینه و هدف: تنظیم هیجان ضعیف از عوامل تشدیدکنندهٔ اختلال بدریخت‌انگاری در داوطلبان عمل‌های جراحی است؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ اثربخشی درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی زنان 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 آماری را زنان متقاضی جراحی زیبایی مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی زیبایی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از این جامعه ۵۴ زن داوطلب واجد شرایط به‌شیوهٔ 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 جلسهٔ ۴۵دقیقه‌ای دریافت کردند. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامهٔ تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳) و مقیاس اصلاح‌شدهٔ ییل–براون برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۷) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ 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=۰/۰۰۱)؛ اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد (p>۰/۰۵). 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<۰/۰۵). در گروه درمان ذهنی‌سازی در متغیر فرونشانی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده شد (p=۰/۰۱۱)؛ اما بین پیش‌آزمون و پیگیری و بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دیده نشد (p>۰/۰۵).

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

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

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۵، 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 2026-10-31]

۱ مقدمه

با پیشرفت علم پزشکی، جراحی‌های زیبایی[1] در عصر کنونی به‌عنوان 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؛ به‌طوری‌که تعداد جهانی عمل‌های زیبایی به‌میزان ۱۰/۹میلیون نفر از سال ۲۰۱۰تا۲۰۱۹ افزایش یافته است (۲). مشخص شد، این عمل‌های جراحی اغلب غیرضروری و ناشی‌از وجوه روان‌شناختی است؛ به‌علاوه از وجوه مهم و مرتبط با نیاز به زیبایی در داوطلبان جراحی‌های زیبایی، اختلال بدریخت‌انگاری بدن[2] گزارش شده است (۳). افراد مبتلا به اختلال مذکور اگر حتی یک ناهنجاری کوچک داشته باشند، نگرانی دربارهٔ آن بیش‌ازحد آزاردهنده خواهد بود (۴)؛ به‌همین علت جراحی‌های زیبایی بسیاری را طلب می‌کنند (۵)؛ درحالی‌که جراحی‌های بیان‌شده با خطرات بالقوه‌ای همچون عفونت، آسیب عصبی، آمبولی، مرگ و آسیب‌های روان‌شناختی همراه است (۶). نکتهٔ جالب توجه آن است که بعد از انجام عمل‌های جراحی، علائم در این افراد نه‌تنها 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[3] است. ناتوانی در تنظیم هیجان، افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری را دربرابر اثرات مضر استانداردهای زیبایی غیرواقعی ترویج‌شده توسط رسانه‌ها، آسیب‌پذیرتر می‌کند (۸). تنظیم هیجانی به‌منزلهٔ 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، به‌منظور 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؛ درنتیجه در مقابله با وقایع ناخوشایند، مقاومت کمتری از خود نشان می‌دهند (۱۱)؛ لذا سطوح پایین تنظیم هیجان که ناشی‌از ناتوانی در مقابلهٔ 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 به‌دلیل ناتوانی در تنظیم هیجانات خود، نوعی هیجان درونی دارند و مجموعه‌ای از رفتارهای اجباری برای کم‌کردن نگرانی‌های بیمارگونه‌شان انجام می‌دهند (۱۴،۱۵)؛ دراین‌راستا عقیقی و همکاران دریافتند، افراد متقاضی جراحی زیبایی درمقایسه با افراد غیرمتقاضی، در جنبه‌های هیجانی مبتلا به اختلال هستند و هیجانات منفی بیشتری گزارش می‌کنند (۱۵).

باتوجه‌به آنچه گفته شد، ارائهٔ مداخلات روان‌شناختی به‌منظور افزایش توانایی تنظیم هیجانی از موضوعاتی است که توجه محققان را می‌طلبد. به‌نظر می‌رسد، درمان ذهنی‌سازی[4] 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؛ به‌علاوه کانون اصلی آن کمک به درمان‌جو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل کند. هدف درمان ذهنی‌سازی، رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی ازطریق 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[5] نیز توجه شده است (۲۲). درمان پذیرش و تعهد، مشکلات روان‌شناختی انسان را عمدتاً ناشی‌از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند (۲۳) و با ارتباطی درمانی، وابستگی‌های مستقیم و فرایندهای کلامی غیرمستقیم را به‌کار می‌برد تا به‌طور تجربی بتواند ازطریق پذیرش و ناهمجوشی، حس فراتجربی از خود، ارتباط با لحظهٔ اکنون، ارزش‌ها و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری را در فرد به‌وجود آورد (۲۴). درمان پذیرش و تعهد، فردنگر است و بیشتر به راه‌حل‌ها توجه دارد تا آسیب‌شناسی؛ به‌علاوه تأکید آن بر نقاط قوت و شایستگی‌ها است (۲۵). به‌نظر می‌رسد، درمان پذیرش و تعهد به‌وسیلهٔ افزایش توانایی فرد برای فعال‌ماندن و عمل‌کردن مطابق با ارزش‌های شخصی برای بهبود کارکرد (۲۴) و افزایش ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهدهٔ افکار) و ایجاد تعهد دربارهٔ 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 به‌شیوه‌ای 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.

به‌این‌ترتیب باتوجه‌به نقش بدتنظیمی هیجان در تصمیم‌گیری برای جراحی‌های زیبایی، لزوم شناسایی درمان‌های کارآمد به‌منظور ارتقای

[1]. Cosmetic surgery
[2]. Body dysmorphic disorder
[3]. Emotion regulation
[4]. Mentalization-Based Therapy
[5]. Acceptance and Commitment Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

مهارت تنظیم هیجان باهدف نهایی کاهش گرایش به جراحی‌های زیبایی در زنان با اختلال بدریخت‌انگاری بدن مشخص می‌شود. با درنظرگرفتن ادبیات پژوهش مبنی‌بر کارآمدی درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد در بهبود تنظیم هیجانی و باتوجه‌به 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، به‌منظور صرفه‌جویی در زمان و هزینهٔ درمانگران و مُراجعان، مناسب‌ترین درمان شناسایی شود؛ لذا پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ 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 دورهٔ پیگیری سه‌ماهه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی 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 (۲۹) و احتمال ریزش، از جامعهٔ 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 (تأییدیهٔ روان‌شناس بالینی)؛ نمرهٔ بیشتر از ۲۰ در مقیاس اصلاح‌شدهٔ ییل‌ـ براون برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن[1] (۳۰)؛ 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 ادامه آزمودنی‌های گروه آزمایش اول، درمان ذهنی‌سازی و آزمودنی‌های گروه آزمایش دوم، درمان پذیرش و تعهد را در قالب بیست جلسهٔ 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.

ـ پرسش‌نامهٔ تنظیم هیجان[2]: 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 نمرهٔ کل ندارد و نمرهٔ بیشتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهندهٔ استفادهٔ بیشتر از آن راهبرد است (۳۱). در پژوهش گراس و جان، روایی سازهٔ پرسش‌نامه ازطریق تحلیل عاملی اکتشافی به‌روش مؤلفه‌های اصلی مؤید دو عامل بود که روی‌هم‌رفته توانایی تبیین ۷۸درصد از واریانس را داشت؛ ضمن اینکه روایی تشخیصی پرسش‌نامه ازطریق برآورد همبستگی خرده‌مقیاس فرونشانی پرسش‌نامه با نشانگان افسردگی و اضطراب به‌ترتیب 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 عامل تأییدی (CFI=۰/۹۵۱، GFI=۹۴۳)، روایی هم‌زمان با بررسی همبستگی مقیاس تحمل پریشانی[3] (r=۰/۴۳)، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های فرونشانی ۰/۷۳۳ و ارزیابی مجدد ۰/۷۰۹ به‌دست آمد (۳۲).

ـ مقیاس اصلاح‌شدهٔ ییلـ 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 ۱تا۵) و وسواس عملی (سؤالات ۶تا۱۰) و بینش و اجتناب/پرهیز (سؤالات ۱۱ و ۱۲) دارد که در 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 (۳۰). مطالعهٔ 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 دورهٔ یک‌هفته‌ای مناسب ارزیابی کردند (r=۰/۸۸)؛ به‌علاوه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ را به‌دست آوردند که هماهنگی درونی زیاد مقیاس را نشان داد. روایی تشخیصی درمقایسه با فرم درجه‌بندی‌شدهٔ کوتاه روان‌پزشکی نیز مناسب بود (r=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، حاکی‌از همبستگی مثبت مقیاس اصلاح‌شدهٔ وسواس فکری‌عملی ییلـ براون برای اختلال بدریخت‌انگاری بدن با نگرانی از بدشکلی بدن (r=۰/۸۸)، نظارت بدن (r=۰/۴۶۱)، 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 (۳۳).

ـ در پژوهش حاضر درمان ذهنی‌سازی براساس رویکرد بتمن و فوناگی

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

[2]. Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

[3]. Distress Tolerance Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

(۱۹) و درمان پذیرش و تعهد براساس رویکرد هایز[1] و همکاران (به‌نقل از ۲۸) بود. پیش‌ازاین درمان ذهنی‌سازی در پژوهش شمس و همکاران (۱۷) و درمان پذیرش و تعهد در پژوهش پورفراهانی و همکاران (۳۴) استفاده شد و اعتبار آن به‌تأیید رسید (جدول ۱).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان‌های ارائه‌شده در پژوهش

جلسات	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 به‌منظور مقابله با فشارهای اجتماعی، استعارهٔ ببر گرسنه، استعارهٔ شخصی در گودال، ارائهٔ تکلیف.
چهارم	بیان چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات، تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خود و دیگران، احساسات غیرذهنی‌سازی و مدیریت آن‌ها، آرمیدگی، ارائهٔ تکلیف.	انجام یکی از فعالیت‌های روزانه با حضور ذهن، تأکید بر اهمیت برگرداندن واقعی فرد به لحظهٔ موجود، حضور درزمان حال، ارائهٔ تکلیف.
پنجم	بیان اهمیت روابط دلبستگی، بحث دربارهٔ 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 آنچه باعث حواس‌پرتی ذهن می‌شود، 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 با استفاده 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 مشکلاتی که می‌خواهند مطرح کنند، تأیید همدلانه.	صحبت دربارهٔ رفتار ارزش‌مدار، ارائهٔ تکلیف.
چهاردهم	شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شدهٔ اعضا ازسوی گروه، ترکیب مشکلات، کاوش مشکلات و درصورت لزوم به‌چالش کشیدن 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 به‌چالش کشیدن مشکلات.	انتخاب مسیرهای ارزشمند، تمرین توجه، به‌خصوص سلامتی، استعارهٔ نوشتهٔ روی سنگ قبر، ارائهٔ تکلیف.
شانزدهم	شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی روی 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.
هجدهم	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	آماده‌سازی برای پایان‌دادن به درمان، تمرکز بر احساسات فقدان درزمینهٔ

[1]. Hayes

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

بعد از جمع‌آوری داده‌ها، در سطح آمار توصیفی، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. در سطح آمار استنباطی از آزمون‌های شاپیرو- ویلک، لون، ام‌باکس، کرویت ماچلی و گرین‌هاوس- گیسر به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آماری، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی فرضیه‌های پژوهش و از تحلیل واریانس و آزمون خی‌دو به‌منظور بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ صورت گرفت و سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود.

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 سال و در گروه درمان پذیرش و تعهد ۳/۲۹±۲۴/۵۸ سال 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 ($p>۰/۰۵$). همچنین براساس اطلاعات جمعیت‌شناختی اغلب زنان شرکت‌کننده در پژوهش دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و براساس نتایج آزمون خی‌دو تفاوت معناداری ازنظر تحصیلات بین سه گروه وجود نداشت ($p>۰/۰۵$).

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						
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
فوق‌لیسانس	۴	۲۳/۵	۵	۲۹/۴	۴	۱۵

در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی به‌تفکیک گروه‌های پژوهش در سه مرحله ارائه شده است.

جدول ۳. یافته‌های توصیفی متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ارزیابی مجدد	درمان ذهنی‌سازی	۱۵/۸۸	۲/۳۹	۲۲/۰۵	۱/۹۸	۲۲/۱۱	۱/۶۹
	درمان پذیرش و تعهد	۱۵/۸۲	۲/۵۷	۲۱/۵۸	۱/۸۷	۲۱/۵۸	۲/۲۶
	گواه	۱۷/۰۶	۲/۲۹	۱۷/۵۰	۱/۸۹	۱۷/۵۰	۱/۷۵
فرونشانی	درمان ذهنی‌سازی	۱۵/۷۰	۲/۹۴	۱۳/۹۴	۱/۷۱	۱۳/۹۴	۱/۴۷
	درمان پذیرش و تعهد	۱۴/۴۱	۲/۲۶	۱۱/۸۲	۱/۵۹	۱۱/۷۰	۱/۵۳
	گواه	۱۴/۸۱	۲/۲۸	۱۴/۷۵	۲/۰۱	۱۴/۸۱	۱/۷۵

براساس نتایج جدول ۳، میانگین نمرات متغیر ارزیابی مجدد در گروه‌های آزمایش درمقایسه با گروه گواه افزایش بیشتر و میانگین نمرات متغیر فرونشانی کاهش بیشتری در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون داشت. قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. ابتدا بررسی پیش‌فرض شاپیرو- ویلک صورت گرفت و نتایج نشان داد، برای متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی در گروه‌های آزمایش و گواه و در سه مرحلهٔ پژوهش توزیع داده‌ها نرمال بود ($p>۰/۰۵$)؛ به‌عبارت‌دیگر توزیع متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی نرمال بود. به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، آزمون لون به‌کار رفت. مقادیر به‌دست‌آمده از این آزمون برای متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی در سه مرحلهٔ پژوهش معنادار نبود ($p>۰/۰۵$)؛ به‌عبارت‌دیگر شرط واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شد. آزمون ام‌باکس برای متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی پژوهش معنادار نبود و درنتیجه برابری

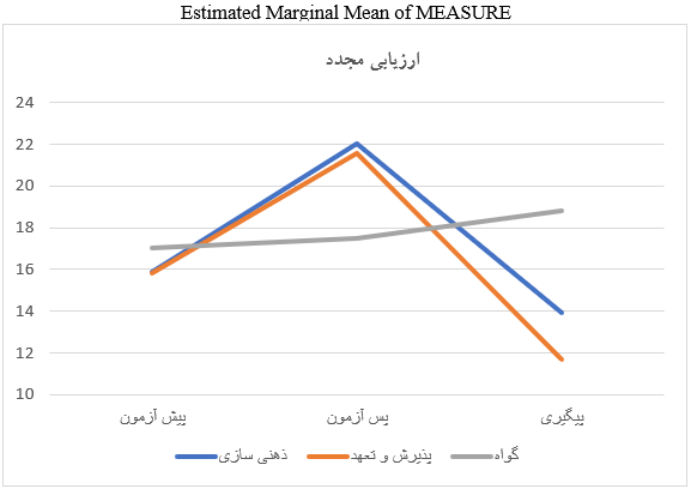
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

ماتریس واریانس‌کوواریانس رد نشد ($p>۰/۰۵$)؛ اما پیش‌فرض کرویت با استفاده از آزمون کرویت ماچلی برای متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی رد شد ($p<۰/۰۵$)؛ به‌همین دلیل آزمون گرین‌هاوس‌ـ گیسر به‌کار رفت. نتایج مقایسهٔ درون‌گروهی و بین‌گروهی در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

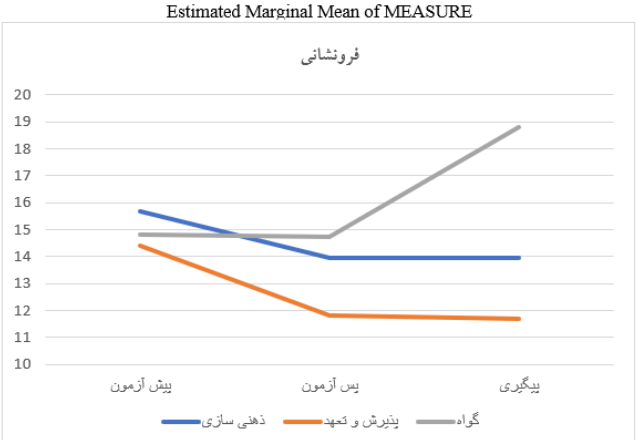
جدول ۴. خلاصهٔ نتایج اثرات درون‌گروهی (گرین‌هاوس‌ـ گیسر) و بین‌گروهی در متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی

متغیر	منبع		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	درجهٔ آزادی	مقدار احتمال	ضریب اتا	توان آماری
ارزیابی مجدد	درون‌گروهی	مرحله	۵۶۹/۷۶۹	۱/۱۹۳	۴۷۷/۵۳۳	۱۳۶/۵۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۴	۱/۰۰
		مرحله × گروه	۲۲۴/۳۶۶	۲/۳۸۶	۹۴/۰۲۲	۲۶/۸۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۴	۱/۰۰
	بین‌گروهی	گروه	۲۰۵/۳۸۰	۲	۱۰۲/۶۹۰	۱۲/۱۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۰	۰/۹۹۳
فرونشانی	درون‌گروهی	مرحله	۷۳/۰۶۱	۱/۲۲۹	۵۹/۴۳۷	۲۱/۲۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۱۱	۰/۹۹۸
		مرحله × گروه	۳۸/۸۵۲	۲/۴۵۸	۱۵/۸۰۳	۵/۶۴۳	۰/۰۰۳	۰/۱۹۴	۰/۸۹۲
	بین‌گروهی	گروه	۱۳۷/۶۲۴	۲	۶۸/۸۱۲	۸/۸۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۷۳	۰/۹۶۳

طبق نتایج جدول ۴، بین میانگین نمرات متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌طورکلی تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی معنادار بود ($p<۰/۰۵$)؛ به‌علاوه براساس نتایج این جدول، میانگین نمرات متغیرهای ارزیابی مجدد و فرونشانی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$). براساس نتایج، ۳۴درصد از تفاوت در نمرات متغیر ارزیابی مجدد و ۲۷/۳درصد از تفاوت در نمرات متغیر فرونشانی ناشی‌از اعمال متغیرهای مستقل بود. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها در مراحل پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است.



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



[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

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

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

درمان	متغیر	مرحلهٔ مبنا	مرحلهٔ مقایسه‌شده	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
ذهنی‌سازی	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
پذیرش و تعهد	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
گواه	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

همان‌طورکه 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=۰/۰۰۱)؛ اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد (p>۰/۰۵). 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<۰/۰۵). همچنین در گروه درمان ذهنی‌سازی در متغیر فرونشانی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده شد (p=۰/۰۱۱)؛ اما بین پیش‌آزمون و پیگیری و نیز بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری دیده نشد (p>۰/۰۵)؛ این درحالی است که در گروه گواه در متغیرهای پژوهش بین مراحل آزمون، تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ 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 یوآن و همکاران (۲۰) و غفاری- چراتی و همکاران (۲۱) مبنی‌بر اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر بهبود تنظیم هیجانی نوجوانان، مطالعات رجبی و همکاران (۲۶) و دوناس (۲۷) و ریاض و همکاران (۲۸) مبنی‌بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تنظیم هیجان و تحقیق حامدی رستمی و همکاران (۲۲) مبنی‌بر 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 دربرابر 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 یوآن و همکاران (۲۰) و غفاری- چراتی و همکاران (۲۱) به‌تأیید رسید. آن‌ها نشان دادند، درمان ذهنی‌سازی موجب بهبود چشمگیر تنظیم هیجان ازطریق افزایش پردازش شناختی هیجان می‌شود (۲۰،۲۱). یافتهٔ پژوهش حاضر مبنی‌بر 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

تجربه‌های ناگوار را از منظر تازه‌ای معنا کنند؛ این همان فرایند بازنگری شناختی است. شواهد نشان داد، درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی ازطریق تثبیت «خودِ تأمل‌گر» و افزایش فاصلهٔ شناختی، سبب تقویت ظرفیت ارزیابی مجدد می‌شود (۲۱). برنامهٔ ذهنی‌سازی با تمرکز بر بازشناسی هیجانات اولیه و ثانویه، تشخیص سوءتعبیرهای بین‌فردی 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؛ درعین‌حال، تأثیرنداشتن درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی بر کاهش راهبرد فرونشانی در مرحلهٔ پیگیری، یافته‌ای انتظارداشته است. فرونشانی، راهبردی هیجانی عمیقاً تثبیت‌شده و اغلب ناهشیار است که در افراد بدریخت‌انگار به‌عنوان دفاعی دربرابر طرد اجتماعی عمل می‌کند. درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی اگرچه توانمند در توسعهٔ آگاهی هیجانی و اصلاح شیوهٔ 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 مبتنی‌بر افزایش آگاهی هیجانی بیشتر بر راهبردهای شناختی مانند ارزیابی مجدد اثر می‌گذارد تا راهبردهای رفتاری‌اجتنابی مانند فرونشانی؛ بااین‌حال، ذهنی‌سازی ازطریق تکنیک‌هایی چون بازتابگری ذهنی، شفاف‌سازی تفسیرها، توجه مشترک، تمرکز بر حالت‌های درونی و تحلیل موقعیت‌های بین‌فردی به زنان کمک می‌کند احساسات سرکوب‌شده را تشخیص دهند، اما هنوز قادر به متوقف‌کردن فرونشانی نباشند؛ درواقع درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی ابتدا آگاهی ایجاد می‌کند و سپس الگوی جدیدی از تفسیر هیجانی می‌سازد؛ اما کاهش فرونشانی مستلزم مداخلات تکمیلی یا جلسات طولانی‌تر است. درزمینهٔ بدریخت‌انگاری بدن، فرونشانی اغلب به‌عنوان پاسخی محافظتی دربرابر شرم اجتماعی یا ترس از قضاوت فعال می‌شود. ذهنی‌سازی می‌تواند ریشه‌های این هیجان‌ها ازجمله سبک‌های دلبستگی و حساسیت بین‌فردی را روشن سازد؛ همان‌گونه که غفاری‌ـ چراتی و همکاران دریافتند، درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی با اصلاح ذهن‌خوانی نادرست، بستر لازم برای کاهش حساسیت بین‌فردی را فراهم می‌آورد (۲۱).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان پذیرش و تعهد بر ارتقای مهارت تنظیم هیجان به‌سمت افزایش راهبرد ارزیابی مجدد و کاهش فرونشانی در زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری متقاضی جراحی زیبایی تأثیر ماندگاری دارد. در تبیین یافتهٔ کنونی می‌توان گفت، درمان پذیرش و تعهد به‌دلایل سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظهٔ حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه براساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی، افراد را به باورها و رفتارها و ارزش‌هایی تجهیز می‌کند که در هنگام بروز هیجانات ناخوشایندِ تهدیدکنندهٔ بهزیستی هیجانی، بر هیجانات خود مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازندهٔ هیجانات بپردازند (۲۳). در درمان مذکور، پذیرش ابزار اصلی مقابله با افکار مشکل‌زا به‌شمار می‌رود که به‌معنای ارزیابی رویداد یا موقعیتی، پذیرش فعالانهٔ آن و بدون اقدام برای کاهش علائم منفی است؛ لذا این درمان زنان را به ارزیابی مجدد موقعیت‌ها و استفاده‌نکردن از اجتناب، بازداری و فرونشانی ترغیب می‌کند. ازطرف‌دیگر درمان پذیرش و تعهد با آموزش گسلش شناختی به مُراجعان می‌آموزد به‌طور انعطاف‌ناپذیری تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نشوند و درعوض راه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیای موجود بیابند و آن‌ها را به‌طور 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 مبتنی‌بر آن، برچسب آسیب‌زا و بدبودن را از آن‌ها بردارند و عناوین جایگزینی برای آن‌ها بیابند که هیجانات منفی به‌دنبال نداشته باشد؛ همین موضوع تقویت راهبرد بیان‌شده را در پی داشت. ازطرفی درمان پذیرش و تعهد باعث شد زنان با بدریخت‌انگاری بدن تجارب درونی خویش نظیر افکار و امیال و هیجانات خود را بدون دفاع دربرابر آن‌ها بپذیرند و با آموزش گسلش شناختی زنان را تشویق کرد رابطهٔ‌شان 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 بازداری 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 خویشتن جدا شوند و به‌گونه‌ای کارآمدتر به تجارب خود بنگرند (۲۵)؛ درنتیجه کمتر بر نواقص و عیوب متصور خود متمرکز می‌شوند و فرصت بیشتری برای تمرکز مجدد بر جوانب مثبت رویدادها و ارزیابی مجدد آنان به‌شیوهٔ مثبت خواهند داشت؛ به‌این‌ترتیب کمتر از راهبردهایی چون اجتناب و بازداری 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 به‌منزلهٔ یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی برنامه‌های فعلی خود، آگاه شوند. آن‌ها با جایگزین‌کردن خود به‌عنوان زمینه، توانستند هیجانات درونی ناخوشایند را درزمان حال به‌سادگی تجربه کنند و قادر به جداکردن خود از هیجانات و افکار ناخوشایند شوند؛ به‌علاوه، زنان آموختند چگونه رویدادهای درونی را به‌جای کنترل، بپذیرند و از افکار آزاردهنده و هیجانات منفی رهایی یابند. این درمان با ارائهٔ متغیرهایی ازقبیل افزایش آرامش و آگاهی درونی به‌واسطهٔ فنون ذهن‌آگاهی، کاهش هیجانات منفی مربوط به تجربهٔ 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 دربارهٔ فرایندهای ذهنی و جسمی خود کسب کنند، نظام شناختی و پردازشی خود را تغییر دهند، مشکل‌بودن کنترل افکار و هیجاناتشان آن‌ها را آشفته نسازد، به علائم و نشانه‌های پیشایند افکار ناخوشایندشان آگاهی یابند و تنظیم هیجانات خود را به‌سمت استفادهٔ بیشتر از راهبرد ارزیابی مجدد و بهره‌مندی کمتر از

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

راهبرد فرونشانی شکل دهند.

براساس نتایج پژوهش حاضر، به روان‌شناسان و مشاوران بالینی و درمانگران پیشنهاد می‌شود، به‌منظور بهبود مهارت تنظیم هیجان در زنان مبتلا به بدریخت‌انگاری بدن متقاضی جراحی زیبایی و درراستای کاهش عمل‌های جراحی غیرضروری در این گروه، از مداخلات مبتنی‌بر درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد بهره برند.

دربارهٔ محدودیت‌های مطالعهٔ حاضر باید گفت، تمرکز تحقیق بر زنان ۱۸تا۳۰ 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 مستندکردن 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 مداخلهٔ درمان ذهنی‌سازی و درمان پذیرش و تعهد به‌منظور 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

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر با کسب مجوز از کمیتهٔ اخلاق پژوهش با کد IR.IAU.KHSH.REC.1403.257 انجام شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی به همهٔ شرکت‌کننده‌ها اطمینان خاطر داده شد تمامی اطلاعات حاصل از مطالعه تنها به‌منظور ارائهٔ 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. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، گروه گواه از مداخلات پژوهش پس از اتمام روند تحقیق بهره‌مند شد.

رضایت برای انتشار

این امر اجرایی نیست.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش در پیوست رسالهٔ دکتری نویسندهٔ 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 به‌صورت زیر بود.

ـ طراحی ایده: سعیده‌السادات هاشمی نجف‌آبادی؛

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

-جمع‌آوری داده‌ها: سعیده‌السادات هاشمی نجف‌آبادی؛

-تجزیه‌وتحلیل 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.

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
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
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
6. 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. doi: 10.1016/j.bodyim.2021.10.007

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

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
8. Őry 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
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
10. Gross JJ. Emotion regulation: current status and future prospects. Psychological Inquiry. 2015; 26(1):1–26. doi: 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
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
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
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
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
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
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
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
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
22. Hamedi 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
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
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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]

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, 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):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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-31]