

مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری هیجان‌مدار با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدنی و آمیختگی شناختی در نوجوانان دختر متقاضی جراحی زیبایی

مرسده یاری^۱دکتر عبدالله شفیق آبادی^۲دکتر جعفر حسنی^۳

زمینه و هدف: جراحی زیبایی به‌عنوان گونه‌ای خاص و رایج در فرهنگ تغییر بدن، همواره موضوعی بحث‌برانگیز در جامعه‌ی معاصر بوده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری هیجان‌مدار با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدنی و آمیختگی شناختی نوجوانان دختر متقاضی جراحی زیبایی انجام گرفت.

روش اجرا: این مطالعه‌ی مداخله‌ای نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری تحقیق را کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم در شهر تهران سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل دادند. از این جامعه، ۳۰ دانش‌آموز براساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. قبل و بعد از انجام مداخلات، پرسش‌نامه‌ی چندبعدی خود - بدن (MBSRQ) و پرسش‌نامه‌ی آمیختگی شناختی (CFQ) پر شدند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره با سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی در بهبود تصویر بدن نوجوانان دختر متقاضی جراحی زیبایی اثربخش بوده ($P < 0/05$) و بین اثربخشی این دو شیوه‌ی درمان، تفاوت معناداری وجود ندارد ($P < 0/0662$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود تصویر بدن و کاهش آمیختگی شناختی تأثیرگذار است و برگزاری کلاس‌های بازآموزی و نظارت مستمر برای ثبات تغییرهای به‌وجودآمده، ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی - رفتاری هیجان‌مدار، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تصویر بدنی، آمیختگی شناختی، جراحی زیبایی

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۳/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۵/۱۱

پوست و زیبایی؛ تابستان ۱۳۹۹، دوره‌ی ۱۱ (۲): ۱۱۸-۱۰۷

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
 ۲. گروه مشاوره، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
 ۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

دکتر عبدالله شفیق آبادی

گروه مشاوره، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
 پست الکترونیک:

ashafiabady@yahoo.com

تعارض منافع: اعلام نشده است.

مقدمه

نتایج یافته‌های‌شان نشان می‌دهد افرادی که اشتغال ذهنی مداومی درباره ظاهر جسمانی خود دارند، علی‌رغم طبیعی یا تقریباً طبیعی بودن ظاهر جسمانی، ترس مفرط و نگران‌کننده‌ای را از زشت یا غیر جذاب بودن خود گزارش می‌کنند^۱. آشکار است که ظاهر فیزیکی، یک نگرانی و دل‌مشغولی ذهنی زیاد در

اشتغال ذهنی نسبت به ظاهر جسمانی، یکی از مشکلات عمده‌ی زنان در جوامع امروزی است که منجر به آسیب‌های جسمانی و روانی قابل‌توجهی می‌شود، متخصصان بهداشت روانی به دلیل اهمیت ظاهر جسمانی در ارتباطات اجتماعی و روابط بین فردی، تحقیقات متعددی در این زمینه انجام داده و

بیماران متقاضی جراحی زیبایی است که این مشغولیت ذهنی می‌تواند به صورت یک فکر وسواسی خود را نشان دهد. افکار وسواسی، یک سری از افکار مزاحم و تکرارشونده هستند که موجب افزایش اضطراب شخص می‌گردد؛ درحالی که انجام عمل وسواسی اضطراب شخص را کاهش می‌دهد، بنابراین جراحی زیبایی می‌تواند یک نوع پاسخ بر افکار وسواسی باشد.^۱

دلایل بسیاری برای افزایش آمار جراحی زیبایی در نظر گرفته شده است، اما همه‌گیر شدن جراحی زیبایی نشان می‌دهد که بخشی از افزایش نرخ جراحی زیبایی به نگرش مثبت به جراحی به عنوان روشی برای ارتقای ظاهر بازمی‌گردد؛^۲ بر این اساس به نظر می‌رسد تصویر بدنی، نقش اساسی در جست‌وجوی عمل‌های زیبایی دارد.^۳ تصویر بدن یک سازه‌ی چندبعدی است که ادراک‌ها و نگرش‌های فرد را نسبت به بدن و خود جسمانی‌اش به تصویر می‌کشد.^۴ Cash معتقد است تصویر بدن از دو ویژگی تشکیل شده است: خودارزیابی یا ارزیابی ظاهر و سرمایه‌گذاری در ظاهر یا جهت‌گیری ظاهر. ارزیابی ظاهر یک مؤلفه هیجانی است که بر لذت/عدم لذت یا رضایت/عدم رضایت از ظاهر متمرکز است و تحت تأثیر درونی‌سازی آرمان‌های زیبایی جامعه است. جهت‌گیری ظاهر یک بعد شناختی - رفتاری است. در این بعد، مراقبت، توجه و رفتار مرتبط با بدن تحلیل می‌شود. تصویر بدن منفی هنگامی ایجاد می‌شود که هر دو ویژگی حضور داشته باشند و باعث نارضایتی و نگرانی (بیش ارزش‌گذاری درباره‌ی ظاهر) شوند و پریشانی تصویر بدن را به وجود بیاورند. نارضایتی از تصویر بدنی در ابتدای نوجوانی با مجموعه‌ی اختلالات خورد و خوراک، نگرانی درباره‌ی ویژگی‌های چهره، ظاهر پوست، تناسب اندام و قدرت بدنی در دختران ارتباط دارد.^۵

از آنجایی که زنان در مقایسه با مردان نسبت به وضعیت زیبایی و ظاهری خود و آنچه به چشم می‌آید دقت بیشتری دارند و حساسیت و توجه افزون‌تری

نشان می‌دهند، این توجه وافر آن‌ها را وامی‌دارد تا رفتارهایی به منظور تطبیق ویژگی‌های بدن با الگوهای فرهنگی، زیبایی چهره و اندام اتخاذ کنند.^۶ گفتنی است که جراحی زیبایی در زنان، رابطه‌ی مثبتی با سن دارد و شایع‌ترین سن شیوع ۴۹-۱۴ سال گزارش شده است.^۷ در این زمینه برآوردها نشان می‌دهد شیوع نارضایتی از تصویر بدن در کشورهای توسعه‌یافته در نوجوانان دختر ۸۱-۳۵ درصد و در نوجوانان پسر ۵۵-۱۶ درصد می‌باشد.

پژوهشگران زیادی در حیطه‌ی علائم وسواس فکری عملی نشان داده‌اند افراد وسواسی در حوزه‌ی باورهای فراشناختی، دچار آمیختگی فکر هستند. ولز و همکاران نشان دادند که بین باورهای آمیختگی و علائم وسواس فکری - عملی، رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد. این باورها می‌تواند در آغاز و تداوم اختلال وسواس فکری - عملی مؤثر باشد. این مدل‌ها معتقدند شکل خاصی از کیفیت آگاهی منجر به رنج بیمار می‌گردد و متقابلاً تغییر کیفیت آگاهی می‌تواند وی را از بیماری برهاند. بر طبق این مدل‌ها افراد معمولاً در تجارب درونی‌شان گیر می‌افتند. چنین به نظر می‌رسد که بخشی از آن به دلیل برداشت فراتر از واقعیت است و بخشی دیگر به دلیل قضاوت درباره‌ی تجارب درونی و نفرت از این تجارب است.^۸ پژوهش‌های زیادی در حمایت از آسیب‌ز بودن آمیختگی شناختی به‌عنوان یک فرایند بنیادین در سبب‌شناسی اختلال‌های روان‌شناختی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی^{۹-۱۲}، نارضایتی بدن و اختلال خوردن^{۱۳} انجام شده است. نتایج اکثر این پژوهش‌ها از نقش واسطه‌ای آمیختگی شناختی در بروز و تشدید اختلال‌های روان‌شناختی حمایت می‌کند. آمیختگی شناختی تصویر بدن سبب می‌شود که فرد برای اجتناب از تجارب درونی ناخوشایند دست به مجموعه رفتارهایی بزند که برای ارزش‌های او آسیب‌زا است.^{۱۴} به‌طور مثال اجتناب از قرار گرفتن در برابر آینه یا عدم ارتباط با

مهم پیش‌بین برای آسیب‌پذیری در مقابل اختلال وسواس مطرح کرده‌اند^{۱۷} لذا در این تحقیق درمان شناختی رفتاری با تلفیقی از درمان هیجان‌مدار با هدف پوشش‌دهی به نکات فوق‌الذکر به کار گرفته شده است.

درمان دیگری که در پژوهش حاضر به آن پرداخته می‌شود، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. برحسب تحقیقات انجام‌شده، ذهن‌آگاهی از جمله علل احتمالی است که می‌تواند بر نگرانی از تصویر بدن تأثیرگذار باشد. ذهن‌آگاهی آموزشی برای دست‌یافتن به یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک‌شدن به احساسات، افکار و حس‌های بدنی برای خلاص‌شدن از حالات خلقی منفی است، به شمار می‌رود^{۱۸}. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی فنی است که در ترکیب با مراقبه و جهت‌گیری ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه‌شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیرقضاوتی را، با حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات تشویق می‌کند^{۱۹}. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند ذهن‌آگاهی می‌تواند راهی مؤثر برای کاهش نگرانی از تصویر بدنی^{۲۰}، مشکلات هیجانی غذاخوردن^{۲۱}، اضطراب اجتماعی، استرس، افسردگی، تنظیم هیجان‌ها و سازگاری روان‌شناختی^{۱۹-۲۲} باشد. در این شیوه، منابع حسی مانند الگوهای معنایی است و تمرین‌های بدنی، باعث تغییر شکل مدل طرح‌واره می‌شود^{۲۳ و ۲۴}.

براساس پیشینه‌ی پژوهش، مطالعات نشان داده است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند مداخله‌ای مؤثر بر تصویر بدن باشد؛ برای مثال در پژوهشی که Mantzios و Wilson^{۲۵} با عنوان «ذهن‌آگاهی، رفتارهای خوردن و چاقی» انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که ذهن‌آگاهی می‌تواند در ارتقای رفتارهای غذاخوردن بسیار مفید باشد و بر بهبود تصویر بدن مؤثر باشد. همچنین موسویان و همکاران^{۲۶} طی پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصویر بدن ورزشکاران، به این نتیجه دست یافتند که ذهن‌آگاهی

دیگران موجب آرامش موقت فرد شده اما درنهایت منجر به ازدست‌دادن ارزش‌های فرد و روابط صمیمانه می‌گردد. نیز به‌دنبال درگیری فرد در دنیای درونی، زندگی و ارتباط در لحظه و زمان حال از دست می‌رود. در این راستا رویکردهای مختلف به تبیین ابعاد گوناگون نارضایتی از تصویر بدن و درمان آن پرداخته‌اند. از درمان‌های رایج برای اختلالات تصویر بدن، درمان‌های شناختی - رفتاری است. رویکرد شناختی - رفتاری بر این فرض مبتنی است که افکار و باورهای غلط، زمینه‌ساز احساسات، عواطف و رفتارهای مشکل‌ساز هستند. تأکید عمده در تمامی فنون آن‌ها، بر تغییر شناخت‌های سازش‌نیافته و جایگزینی شناخت‌های کارآمد به‌جای آن‌هاست^۴. این روش درمانی سعی دارد ادراک و شناخت فرد آسیب‌دیده از خود را تغییر دهد. اساس درمان شناختی - رفتاری این است که افکار خودآیند، علت رفتارهای غیرانطباقی هستند. افراد باید راه‌های جدید تفکر را بیاموزند تا ناامیدی در این افراد کاهش یابد و بتوانند در طرح مراقبت از خود شرکت نمایند. در این درمان جنبه‌ی شناختی، بر روی افکار و باورها (شناخت‌ها) و شناسایی، ارزیابی و تغییر سبک‌های تفکر غیرمنطقی و خودشکن متمرکز است. جنبه‌ی رفتاری نیز بر روی رفتارهای مسأله‌ساز مثل وارسی خود در آینه و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی توقف این‌چنین رفتارها و جان‌نشین کردن رفتارهای سالم‌تر متمرکز می‌باشد^{۱۵}.

با وجود اینکه سودمندی این رویکرد در بسیاری از پژوهش‌ها تأیید شده است، اما به‌دنبال بعضی انتقادات از آن، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان مشکلات روانی ارائه شده است. درکنار راهبردهای کنترل فکر که یکی از عوامل مهم و اثرگذار در شدت علائم وسواس‌گونه می‌باشد، می‌توان گفت که هیجان‌ات و پردازش‌های شناختی مرتبط با آن نقشی انکارناپذیر دارند^{۱۶}. یافته‌های اخیر دیدگاه شناختی - تحولی، کنترل هیجانی و تنظیم شناختی هیجان را به‌عنوان متغیرهای

مبتنی بر شناخت در این زمینه مؤثر است؛ لذا با توجه به آنچه در مورد مشکلات متعدد زنان با نارضایتی از تصویر بدن اشاره شد، هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصویر بدنی و کاهش آمیختگی شناختی نوجوانان دختر متقاضی جراحی زیبایی است؛ مؤلفه‌هایی که بررسی‌های مختلف نشان دادند در گرایش به انجام جراحی زیبایی نقش مهمی را ایفا می‌کنند.

روش اجرا

این مقاله از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد. جامعه‌ی آماری تحقیق را کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه‌ی دوم در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ پایه‌ی یازده و دوازده منطقه‌ی ۱ تهران تشکیل دادند که این تعداد برابر ۱۵۰ نفر بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل پایه‌ی تحصیلی (۱۱ و ۱۲)، سن ۱۸-۱۶ سال، جنسیت (مؤنث بودن به دلیل بالابودن تعداد مراجعین زن برای جراحی زیبایی)، متقاضی انجام جراحی زیبایی بدون ضرورت پزشکی، نداشتن هرگونه اختلال جسمی یا روانی و انجام اقدامات اولیه (پیش از جراحی) آزمون (باید حتماً پیش از انجام عمل جراحی صورت می‌گرفت، زیرا نتایج عمل جراحی زیبایی می‌تواند بر میزان رضایت‌مندی افراد از تصویر بدنی‌شان تأثیر داشته باشد) و غیبت بیش از دو جلسه، عدم پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها و شرکت در سایر جلسات آموزشی به‌طور همزمان جزء معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

از این جامعه، با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۲ دبیرستان انتخاب شدند که ۴۵ نفر واجد شرایط ورود به پژوهش بودند. از میان آن‌ها، تعداد ۳۰ نفر که حاضر به دریافت جلسه‌ی درمان بودند انتخاب و به‌طور

تصادفی در سه گروه ۱۰ نفر جایگزین شدند. در این مطالعه از دو پرسش‌نامه استفاده شد:

پرسش‌نامه‌ی چندبعدی خود - بدن (MBSRQ):

پرسش‌نامه‌ی چندبعدی خود - بدن که جهت سنجش تصور از بدن خود به‌کاربرده می‌شود، یک مقیاس خودسنجی ۴۶ ماده‌ای است که توسط Cash و همکاران در سال ۱۹۸۶ برای ارزیابی تصویر بدنی ساخته شد. در این پژوهش از فرم نهایی آن که توسط Cash در سال ۱۹۹۷ آماده‌شده است، استفاده گردیده است.^{۲۶} این مقیاس در فرم اولیه ۶ زیر مقیاس دارد. اعتبار خرده‌مقیاس‌ها از دامنه‌ی آلفا ۰/۹۲-۰/۸۳ است که نشان‌دهنده‌ی سطح بالای همسانی درونی است.^{۲۷} ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۶۷ نفر از افراد این نمونه نیز در دو نوبت با فاصله‌ی دو هفته به ترتیب ۷۸ درصد برای ارزشیابی قیافه، ۷۵ درصد برای جهت‌گیری تناسب‌اندام، ۸۴ درصد برای وزن ذهنی و ۸۹ درصد برای رضایت بدنی به دست آمد که نشانه‌ی پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش این مقیاس است.^{۲۸}

پرسش‌نامه‌ی آمیختگی شناختی (CFQ): این

ابزار جهت سنجش آمیختگی شناختی طراحی شده است.^{۱۰} این پرسش‌نامه ۷ گویه دارد و بر روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای از یک تا هفت نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین، نمره‌ی کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ی ۴۹-۷ قرار دارد. Gillanders و همکاران ضریب آلفای کرونباخ در یک جمعیت دانشجویی با حجم نمونه‌ی ۱۰۴۰، ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله‌ی ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش کردند. اکبری و همکاران در پژوهش خود بر روی یک نمونه‌ی دانشجویی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۵ هفته را هم ۰/۸۶ گزارش کردند.

تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد. اجرای مطالعه، برای گروه‌های آزمایش، درمان‌شناختی رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جدول ۲ ارائه شده است.

یافته‌ها

جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و کنترل را در تصویر بدن نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۳ نشان داد میانگین نمره‌ی تصویر بدن در مرحله‌ی پیش‌آزمون در گروه شناختی هیجان‌مدار ۱۳۹، در گروه ذهن‌آگاهی ۱۵۲٫۲ و در گروه کنترل ۱۴۷٫۳ است که در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب گروه آزمایش هیجان ۱۵۵، ذهن‌آگاهی ۱۶۱٫۳

جدول ۲: سرفصل‌های درمان شناختی - رفتاری هیجان‌مدار در متقاضیان جراحی زیبایی

جلسه	شرح
اول	معارفه و ارزیابی علائم و ارائه‌ی منطق درمان، اجرای پیش‌آزمون
دوم	باورها و تحریفات شناختی، آشنایی با اشتغال ذهنی اعضا در رابطه با تصویر بدنی نقش باورها، ارائه‌ی فهرست مهم‌ترین تحریفات شناختی، ثبت افکار ناسالم آموزش تفکر واقع‌بینانه، پیامدهای رفتاری و هیجانی باورها، آموزش فن قاب‌گیری مجدد، شناسایی تحریفات و رفتارهای اجتنابی، فن خودنظارتی
چهارم	شناخت هیجانات، شناسایی هیجان، عملکرد و اهمیت و هدف آن، پذیرش و مشاهده‌ی هیجان، مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی، شناسایی و غلبه بر موانع هیجان‌های سالم
پنجم	آشنایی با فن حساسیت‌زدایی منظم و خود آرام‌سازی، سلسله‌مراتب موقعیت‌های هیجان برانگیز، ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا، تمرین آرمیدگی
ششم	مقابله با اجتناب هیجانی، بازآموزی آینه، پیامدهای اجتناب از هیجان، انواع اجتناب هیجانی، بازآموزی آینه به‌عنوان آزمایش رفتاری
هفتم	عمل براساس ارزش و فن حل مسأله، شفاف‌سازی ارزش‌ها، شناسایی فعالیت‌های مبتنی بر ارزش و مزایای آن در حوزه‌های مختلف زندگی، فن حل مسأله
هشتم	مرور تغییر، تحکیم و عیب‌یابی، مرور آموخته‌ها، ایجاد برنامه‌ی مداوم، اجرای پس‌آزمون

طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هفتگی در نظر گرفته شد. گروه کنترل تحت هیچ برنامه‌ی آموزشی قرار نگرفت. همه‌ی افراد دو گروه آزمایش و کنترل، سه بار قبل و بعد از اجرای مداخله و پیگیری یک ماه بعد پرسش‌نامه‌ی چندبعدی خود و بدن و آمیختگی را تکمیل نمودند. فهرست مطالب آموزش داده‌شده در مداخله‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است.

در گروه درمان شناختی - رفتاری هیجان‌مدار نیز برنامه‌ی درمانی طراحی شده براساس پروتکل درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی متیو مک‌کی، ترجمه‌ی شهرام محمدخانی اجرا گردید. فهرست مطالب آموزش داده‌شده در مداخله‌ی شناختی رفتاری هیجان‌مدار در

جدول ۱: سرفصل‌های درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در متقاضیان جراحی زیبایی

جلسه	شرح
اول	معارفه و ارزیابی علائم و ارائه‌ی منطق درمان، اجرای پیش‌آزمون
دوم	بیان چگونگی مدیریت افکار و احساسات آزمودنی‌ها درباره‌ی بدن‌شان، فرمول‌بندی شخصی درباره‌ی نگرانی از تصویر بدنی
سوم	معرفی مفهوم ذهن‌آگاهی و تاریخچه، مهارت‌های ذهن‌آگاهی، انجام تمرین‌های ذهن‌آگاهی و بررسی احساسات و افکار
چهارم	مرور تمرین‌های ذهن‌آگاهی، انجام تمرین ذهن‌آگاهی و واری‌های کامل بدنی و بررسی و بیان احساسات
پنجم	تغییر عادات نامطلوب، بررسی رفتارهای چک‌کردن، واری‌های بدنی، عادات و رفتارهای اجتنابی، اثرات اجتناب در تثبیت عادات و مشکلات
ششم	ایجاد موضع بی‌طرفانه، آمادگی برای مواجهه‌سازی، معرفی مفهوم پذیرش، قواعد اصلی درمان مواجهه‌سازی و تمرین
هفتم	مواجهه‌سازی با آینه، تمرین مواجهه‌سازی روی نواحی خاص و مشکل‌ساز بدن
هشتم	تحکیم یادگیری، بررسی مشکلات در آینده و تشریح تفاوت عود و بازگشت، جمع‌بندی و گرفتن پس‌آزمون

جدول ۵: نتایج آزمون کوواریانس عاملی

تصویر بدن و مؤلفه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش‌آزمون	۱	۱۵۳۲٫۷	۱	۱۵۳۲٫۷	۱۴٫۷۶	۰٫۰۰۱	۰٫۳۶۲
تصویر بدن	۲	۱۶۹۴٫۸	۲	۸۴۷٫۴۱	۸٫۱۶۱	۰٫۰۱۲	۰٫۲۲۰
خطا	۳۰	۲۶۹۹٫۸	۳۰	۱۰۳٫۸۴	—	—	—

شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصویر بدن تفاوت وجود دارد و درمان اثربخش بوده است. برای بررسی اثربخشی تک‌تک درمان‌ها از آزمون تعقیبی بنفرومی استفاده می‌شود. نتایج در جداول زیر نمایش داده شده است.

جدول ۶ مربوط به آزمون تعقیبی بنفرومی می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین گروه کنترل و MBCT و ECBT اختلاف معناداری مشاهده می‌شود و تفاوت دو گروه از نظر آماری معنادار است اما بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

جهت بررسی مؤلفه‌ی آمیختگی شناختی در سه گروه ابتدا شاخصه‌های توصیفی و سپس از واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرومی استفاده شد. نتایج شاخصه‌های توصیفی در جدول ۷ گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود میانگین آمیختگی شناختی گروه درمانی شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب (۲۱/۶۰) و (۲۴/۱۰) است که در مقایسه با پیش‌آزمون آن‌ها کاهش داشته است.

جدول ۶: بررسی اثربخشی تک‌تک درمان‌ها در آزمون بنفرومی

تصویر بدن و مؤلفه‌ها	میانگین	گروه‌ها (درمان)		تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
		ECBT	MBCT		
تصویر بدن	۱۵۹٫۷۴	ECBT	MBCT	۲٫۲۲۱	۰٫۶۶۲
		CONTROL	CONTROL	۱۷٫۰۲	۰٫۰۱
تصویر بدن	۱۵۷٫۵۲	ECBT	MBCT	۲٫۲۲۱	۰٫۶۶۲
		CONTROL	CONTROL	۱۴٫۸۰	۰٫۰۱
تصویر بدن	۱۴۲٫۷۲	ECBT	کنترل	۱۷٫۰۲	۰٫۰۱
		MBCT	کنترل	۱۴٫۸۰	۰٫۰۴

جدول ۳: توصیف و مقایسه‌ی نمره‌ی تصویر بدن در گروه‌های مطالعه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
پیش‌آزمون	ECBT	۱۳۹	۹٫۸	۱۰
	MBCT	۱۵۲٫۲	۹٫۵۶	۱۰
	CONTROL	۱۴۷٫۳	۱۶٫۱	۱۰
	ECBT	۱۵۵	۱۰٫۸	۱۰
تصویر بدن پس‌آزمون	ECBT	۱۶۱٫۳	۱۱٫۲۱	۱۰
	MBCT	۱۴۳٫۳	۱۵	۱۰
	CONTROL	۱۴۳	۷٫۹	۱۰
	ECBT	۱۵۵٫۳	۸٫۳۹	۱۰
پیگیری	MBCT	۱۴	۱۳٫۸	۱۰
	CONTROL	۱۴	۱۳٫۸	۱۰

و کنترل ۱۴ بود که نشان از اثربخشی هر دو درمان دارد. همچنین در مؤلفه‌ی رضایت نواحی و ارزیابی ظاهر ماندگاری درمان ECBT و در مؤلفه‌ی گرایش تناسب درمان MBCT ماندگاری بالاتری داشته است.

همان‌طور که در جدول ۴ دیده می‌شود تساوی واریانس خطای متغیر وابسته برقرار است ($F=۱٫۲۵۵$ و $P>۰٫۰۱$). همچنین آزمون باکس به‌منظور بررسی ماتریکس کوواریانس‌ها نشان داد که کوواریانس‌ها در دو گروه برابرند ($F=۱٫۱۷۵$ و $P=۰٫۳۱۶$)؛ بنابراین نتایج آزمون گرینهاوس - گیسر در جدول ۵ گزارش می‌شود.

نتایج آزمون اثر بین آزمودنی در فوق‌نشان می‌دهد بین نمرات قبل از مداخله اختلاف معناداری مشاهده می‌شود که از طریق تعدیل نمرات پیش‌آزمون و اجرای آزمون کوواریانس عاملی، اثر معناداری در گروه‌ها مشاهده شد و بین گروه‌ها اختلاف معناداری مشاهده گردید، در نتیجه می‌توان گفت بین اثربخشی درمان

جدول ۴: بررسی برابری میانگین گروه‌ها در مرحله‌ی پیش‌آزمون

زمان	F	سطح معناداری	درجه‌ی آزادی فرض	درجه‌ی آزادی خطا
بعد از مداخله	۱٫۲۵۵	۰٫۳۰۱	۲	۲۷
پیگیری	۰٫۴۰۱	۰٫۶۷۳	۲	۲۷

جدول ۹: کوواریانس عامل در نمره‌ی آمیختگی شناختی در گروه‌های مطالعه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
Intercept	۰٫۸۳۰	۱	۰٫۸۳۰	۰٫۰۳۶	۰٫۸۵۱	۰٫۰۰۱
قبل از مداخله	۳۳۵۷٫۷	۱	۳۳۵۷٫۷	۱۴۵٫۲۰	۰٫۰۰۱	۰٫۸۵۸
گروه‌ها (درمان)	۸٫۱۲۰	۲	۴٫۰۶۰	۰٫۱۷۶	۰٫۸۴۰	۰٫۰۱۴
گروه و پیش‌آزمون	۸٫۲۱۵	۲	۴٫۱۰۸	۰٫۱۷۸	۰٫۸۳۸	۰٫۰۱۵
خطا	۵۵۴٫۹۹۰	۲۴	۲۳٫۱۲۵	-	-	-

مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصویر بدنی و آمیختگی شناختی نوجوانان دختر متقاضی جراحی زیبایی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو درمان فوق در خصوص تغییر در تصویر بدن تفاوت معناداری مشاهده نشده است. در تبیین این یافته می‌توان به عناصر مشترک در اثربخشی دو درمان و عوامل اختصاصی اشاره کرد. یکی از عناصر مشترک در هر دو درمان، تکالیف خانگی است. در هر دو درمان انجام تکالیف خانگی و ارائه‌ی نتایج آن در جلسه بعد، جزء عناصر اصلی در درمان می‌باشد. مورد دیگر در اثربخشی هر دو درمان تأکید بر نحوه‌ی ارتباط با افکار و هیجانات است. یکی از تئوری‌های قابل استناد در سبب‌شناسی اختلالات روانی، تغییر نحوه‌ی مواجهه‌ی فرد با افکار و هیجانات است و در هر دو درمان مذکور، ارتباط فرد با افکار و هیجانات خود از حالت نابهنجار خارج شده و به حالت طبیعی نزدیک می‌شود و این امر باعث بهبودی می‌شود^{۲۹}. همچنین در هر دو درمان، اجتناب فرد (هرچند به دو شیوه‌ی متفاوت) کاهش می‌یابد و افزایش اجتناب نقش بارز و مهمی در شروع و تداوم اختلال‌هایی مانند ناراضی‌تی از تصویر بدن دارد.

از عوامل اختصاصی که در درمان شناختی - رفتاری هیجان‌مدار می‌توان بیان نمود برطرف کردن چرخه‌های منفی هیجانی و سازمان‌دهی اطلاعات موردنیاز در جهت برقراری پیوندهای عاطفی و هیجانی

جدول ۷: توصیف و مقایسه‌ی نمره‌ی تصویر بدن در گروه‌های مطالعه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
پیش‌آزمون	ECBT	۲۳٫۸۰	۱۱٫۵۷	۱۰
	MBCT	۲۷٫۱۰	۷٫۰۶	۱۰
	CONTROL	۲۷٫۱۰	۷٫۶۸	۱۰
پس‌آزمون	ECBT	۲۱٫۶۰	۱۳٫۴۲	۱۰
	MBCT	۲۴٫۱۰	۵٫۹۸	۱۰
	CONTROL	۲۸٫۲۰	۷٫۶۸	۱۰
پیگیری	ECBT	۲۳٫۱۰	۱۲٫۲۵	۱۰
	MBCT	۲۵٫۵۰	۶٫۸۳	۱۰
	CONTROL	۲۹٫۲۰	۸٫۲۴	۱۰

نتایج جدول ۸ نشان داد F در متغیر آمیختگی شناختی بزرگ‌تر از ۰٫۰۵ است؛ به عبارتی تساوی واریانس خطای متغیر وابسته برقرار می‌باشد. در ادامه‌ی نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای مؤلفه‌ی آمیختگی شناختی، در جدول ۹ گزارش شده است.

نتایج آزمون اثر فاکتورهای بین آزمودنی در فوق نشان می‌دهد بین نمرات قبل از مداخله اختلاف معناداری مشاهده می‌شود. برای بررسی اثربخشی تک‌تک درمان‌ها از آزمون تعقیبی بنفورمی استفاده می‌شود. نتایج در جدول زیر نمایش داده شده است.

جدول ۱۰ مربوط به آزمون تعقیبی بنفورنی است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین گروه کنترل و MBCT اختلاف معناداری مشاهده می‌شود اما بین گروه کنترل و ECBT تفاوت معناداری دیده نمی‌شود.

بحث

این مطالعه با هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری هیجان‌مدار با شناخت درمانی

جدول ۸: بررسی برابری میانگین گروه‌ها در مرحله‌ی پیش‌آزمون

زمان	F	سطح معناداری	درجه‌ی آزادی فرض	درجه‌ی آزادی خطا
بعد از مداخله	۲٫۷۶	۰٫۱۱۷	۲	۲۷
پیگیری	۰٫۴۰۱	۰٫۶۷۳	۲	۲۷

جدول ۱۰: آزمون تعقیبی مربوط به اثربخشی درمان

سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌ها (درمان)		میانگین تعدیل شده
		J	I	
۰/۶۵۹	۰/۶۹۱	MBCT	ECBT	۲۴/۵۲
۰/۰۵۸	-۳/۰۸۰	Control		
۰/۶۵۹	-۰/۶۹۱	ECBT	MBCT	۲۳/۸۲
۰/۰۲۲	-۳/۷۷	Control		
۰/۰۵۸	۳/۰۸۰	ECBT	Control	۲۷/۵۹
۰/۰۲۲	۳/۷۷*	MBCT		

نوجوانان متقاضی جراحی زیبایی شد اما درمان شناختی رفتاری تأثیر معناداری نداشت. در بیان این فرضیه می‌توان این‌گونه تبیین نمود که برخلاف دیدگاه شناختی، وجود افکار و شناخت‌های منفی الزاماً مشکل‌زا نیستند، بلکه آمیختگی شناختی با این افکار عامل تداوم مشکلات روان‌شناختی است^{۳۸}. در موج سوم درمان‌های شناختی متفاوت از استاندارد cbt عمل می‌شود و به‌جای اینکه درمان شامل چالش با افکار و باورها یا مواجهه‌های طولانی و مکرر با خاطرات آن‌ها باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. در این زمینه نظریه‌های شناختی - رفتاری در مورد آنچه باعث به‌وجود آمدن الگوهای غیرمفید تفکری می‌شود توضیحات مختصری را ارائه کرده است.

از طرفی وجود باورهای منفی مشخصاً نمی‌تواند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند و آنچه در اینجا مورد نیاز است به‌حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. ذهن‌آگاهی، هشیاری غیرقضاوتی و غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه‌ی خاص در محدوده‌ی توجه یک فرد قرار دارد و علاوه‌بر آن، شامل مفهوم اعتراف به تجربه‌ی یادشده و پذیرش آن نیز می‌شود و افزایش ذهن‌آگاهی در افزایش بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی با توجه به مؤلفه‌های پذیرش، درک‌پذیری و رشد شخصی مؤثر است و به فرد این امکان را می‌دهد تا به‌جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد با تفکر و تأمل بنگرد و آن‌ها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا تر سازد^{۳۲}.

ارتباط مؤثر، باز و غیر دفاعی با زمان حال دو ویژگی دارد؛ نخست اینکه به مراجع آموزش داده می‌شود به

جدید در نوجوانان متقاضی جراحی زیبایی است. تنظیم‌نبودن هیجان، کارکرد مؤثر شناخت را مختل می‌کند و این اختلال در شناخت، مجدداً آشفتگی هیجانی را تشدید می‌نماید. از طرف دیگر، از سازوکارهای درمان شناختی - رفتاری تشخیص خطاهای شناختی و چالش با آن‌ها و آزمایش رفتاری محتوای افکار درباره‌ی خود و اجتماع و هیجانات منفی در این باره است^{۳۰} که موجب اثربخشی این درمان می‌گردد.

در اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود تصویر بدن، می‌توان عنوان کرد که ذهن‌آگاهی و آموزش آن باعث احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های جسمی - همان‌طور که اتفاق می‌افتند - کمک می‌کند^{۳۱} بنابراین، می‌تواند در تعدیل نمرات تصویر بدنی نقش مهمی داشته باشد لذا با تلفیق شیوه‌های شناختی درمانی و تمرین‌های مفید ذهن‌آگاهی موجب می‌شود که نوجوانان متقاضی جراحی زیبایی مشکلات روان‌شناختی مرتبط با نارضایتی بدنی را بپذیرند و به‌وسیله‌ی بازبازی مثبت، احساسات منفی خود را نسبت به آثار نارضایتی بدنی کاهش دهند.

از نتایج دیگر پژوهش حاضر این است که درمان ذهن‌آگاهی موجب بهبود آمیختگی شناختی در

روان‌شناختی قرار می‌گیرد.^{۳۴}

لذا با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و سایر تحقیقات مربوطه می‌توان استنباط کرد که مداخله‌ی شناختی رفتاری هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش رضایت بدنی در متقاضیان جراحی زیبایی می‌گردد. از طرفی به نظر می‌رسد کنترل برخی از متغیرهای مزاحم مانند وضع اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی در کنار مداخلات به کار گرفته‌شده توسط سایر پژوهشگران به افزایش نتایج مطلوب‌تر در پژوهش‌های آتی بینجامد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در اختیار مربیان، مشاوران و کسانی که در ارتباط با جوانان و نوجوانان هستند قرار گیرد تا با اصلاح مؤلفه‌های رفتاری و باورهای آنان درباره‌ی تصویر بدنی به بهبود خود پنداشت و ارتقای زندگی ایشان کمک شده و زندگی سالم و شادتری را تجربه نمایند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه‌ی دانش آموزان دختر و مدیران مدارس که با همکاری خود در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

آنچه در محیط و در تجربه‌ی درونی دارد توجه کرده و آن‌را مشاهده کند و دیگر اینکه مراجع آموزش می‌بیند تا آنچه وجود دارد را بدون قضاوت یا ارزشیابی، توصیف کند.^{۳۳} در ارتباط با تصویر بدن، هم‌آمیزی شناختی تصویر بدن باعث می‌شود که فرد خود را با برداشت‌ها، حس‌های بدنی و افکار مربوط به ظاهر فیزیکی یکسان ببیند.^{۳۴} آمیختگی ارتباط مستقیم و بدون دفاع با رویدادهای درونی ناخواسته (احساسات، افکار، خاطرات و احساسات بدنی) را آسیب‌زا و غیرقابل قبول می‌داند و باعث می‌شود فرد به شیوه‌ی زندگی کند که به‌جای زمان حال غرق در گذشته یا آینده باشد. مداخلات مربوط به ذهن آگاهی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف تمرینات آن است که به مراجع بیاموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند؛ زیرا هیچ‌یک از این رویدادهای درونی ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب‌زا نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که آن‌ها تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده شوند که باید کنترل و حذف شوند، بنابراین ارزش ارتباط با زمان حال در خدمت انعطاف‌پذیری

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadocks Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical psychiatry. 11th ed. New York 2015; 63-9.
2. Sarwer DB, Cash TF, Magee L, et al. Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plast Reconstr Surg* 2006; 115(3): 931-8.
3. Sarwer D, Crerand B, Canice E. Body image and cosmetic medical treatments. University of Pennsylvania School of Medicine 2004; 1(1): 99-111.
4. Cash TF. Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of body image and human appearance*. 1st ed. San Diego; CA, 2012: 334-42.
5. Thompson JK, Smolak L. Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment. American Psychological Association. Washington, DC. Second Edition, 2009.
6. Danesh Y. Investigating the factors affecting the tendency to cosmetic surgery among female students at hormozgan university. *Bi-annual Journal of Participation and Social Development* 2017; 1 (2): 85-96 (Persian).
7. Rabiee M, Bahrami F, Kalantari M. *Body Dysfunction*, Tehran: Arjmand Publications 2012 (Persian).

8. Tampoison JK. Body image disturbance assessment and treatment. University Of South Florida Pregamon. 1999.
9. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance- based behavior therapy for generalized anxiety disorder 2008; 38(1): 72-85.
10. Gillanders D, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, et al. The development and initial validation of Cognitive Fusion Questionnaire. *Behav Ther* 2014; 45(1): 83-101.
11. Fergus TA. I really believe I suffer from a health problem: Examining an Association between cognitive fusion and health anxiety. *Clin Psychol* 2015; 71(9): 920-34.
12. Dinis A, Carvalho S, Gouveia JP, Estanqueiro C. Shame memories and depression symptoms: The role of cognitive fusion and experimental avoidance. *Int J Psychol psychol Ther* 2015; 15(1): 63-86.
13. Trindade IA, Ferreira C. The impact of body imageretated cognitive fusion on eating Psychopathology. *Eating Behaviores* 2014; 15(1):72-5.
14. Callaghan GM, Sandoz EK, Darrow SM, Feeney TK. The Body Image Psychological Inflexibility Scale: Development and psychometric properties. *Psychiatry press* 2015; 26 (1): 45-52.
15. Prazeres AM, Nascimento AL, Fontenelle LF. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A review of its efficacy. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 307-16.
16. Pirkhaeefi A, Bordbar F, Abshari, L. The function of tolerance Examination of the psychological neurological profile and cognitive regulation of emotion in patients with obsessive-compulsive disorder and pervasive anxiety. *Clinical Psychology* 2016; 8(4): 11-22 (Persian).
17. Ahadi B, Azizi Nejad F, Narimani M, et al. Explain obsessive-compulsive disorder in terms of attachment styles and defense mechanisms. *Journal of Behavioral Sciences* 2011; 2 (4): 339-44 (Persian).
18. Eisendrath S, Chartier M, McLane M. Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment resistant depression. *Cognitive Behave Pract* 2011; 18(3): 362-70.
19. Potek R. Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation [dissertation]. New York USA: New York University: URL: <https://eric.ed.gov/id=ED537610>. 2012.
20. Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behavior. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern 2012; 58(3): 847-851. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.009> PMID:22265753.
21. Levoly E, Lazaridou A, Brewer J, et al. An exploratory study of mindfulness based stress reduction for emotional eating. *Appetite* 2017; 109: 124-30.
22. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, et al. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *J Psychosom Res* 2010; 68(6): 539-44.
23. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Second edition. New York City, USA: Guilford Publications 2018.

24. Rahmani S , Hokmabadi ME, Rezapoor S, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction program and mindfulness yoga in weight loss in women with obesity. *European Online Journal of Natural and Social Sciences: Proceedings* [Serial on the internet] Available from: <http://www.europeanscience.com>. 2018; 7(1): 114-21.
25. Mantzios M, Wilson JC. Exploring mindfulness and mindfulness with self compassion-centered interventions to assist weight loss: theoretical considerations and preliminary results of a randomized pilot study. *Mindfulness*: 2015; 6(4): 824-35.
26. Moosavian N, Moradi A, Mirzayi J, et al. Effectiveness of mindfulness on weight loss. *Thought and behavior in clinical psychology*: Available from: magiran.com/p863746. 2010; 4(16): 49-58. (Persian)
26. Raygan, N. The effectiveness of cognitive behavioral therapy based on 8-step stretch pattern on negative body image in female students. Master thesis. Tehran. Shahed University 2006. (Persian)
27. Cash TF. User's manual for the multidimensional body-self relations questionnaire. 3rd Ed. Norfolk, VA: Old Dominion University 2002.
28. Parizadeh H, Mashadi A, Naghizade A. Investigating the effectiveness of existential group therapy and group reality therapy on solving the image problem in women who undergo mastectomy. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2012; 15 (22): 27-35 (Persian).
29. Momeni F, Shahidi S, Mutabi A ,et al. Comparison of the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the cognitive integration of women with generalized anxiety disorder. *Quarterly Journal of Clinical Psychology Studies* 2018;8 (32): 93-111. (Persian)
30. Davies CD, Niles AN, Pittig A. Arch, et al. Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2015; 46: 35-43.
31. Brown W. Adult attachment styles relationship satisfaction and body dissatisfaction in women. Phd dissertation. Texas Woman's University 2011.
32. Hayes AM, Beevers CG, Feldman G, et al. Avoidance and processing as predictor of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *Int J Behav Med* 2005; 12(2): 111-22.
33. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*, New York: Guilford Press 2003.
34. Ferreira C, Trindade IA, Duarte C, et al. Getting entangled with body image: Development and validation of a new measure. *Psychol Psychother* 2015; 88(3): 304-16.

Comparing the efficacy of emotion-focused cognitive-behavioral therapy with mindfulness based cognitive therapy on body image and cognitive fusion in adolescent girls interested in cosmetic surgery

Mercedeh Yari¹
Abdollah Shafiabady, PhD²
Jafar Hasani, PhD³

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran
2. Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran
3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Kharazmi University, Tehran, Iran

Background and Aim: Cosmetic surgery as a special and common form of bodybuilding culture has always been a controversial topic in contemporary society. The purpose of this study was to compare the efficacy of emotion-focused cognitive-behavioral therapy with mindfulness based cognitive therapy on body image and cognitive fusion in adolescent girls seeking cosmetic surgery.

Methods: This was a quasi-experimental intervention study with pretest-posttest design with control group. The statistical population of the study consisted of all female secondary school students in the 1st District of Tehran in the academic year 1397-98. From this community, 30 students were selected based on cluster sampling and randomly divided into three groups: 10 in the first group, 10 in the second group and 10 in the control group (8 sessions with mindfulness programs occasionally). Data were gathered through Multidimensional Self-Body Questionnaire (MBSRQ), Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) and multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed that cognitive behavioral therapy and mindfulness treatment were effective in improving the body image of adolescent girls seeking cosmetic surgery ($P < 0.05$) and there was no significant difference between the two treatments ($P < 0.662$).

Conclusion: Cognitive-behavioral therapy and mindfulness therapy are both effective to improve body image and reduce cognitive interference.

Keywords: cognitive-emotional behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy, body image, cognitive fusion, cosmetic surgery

Received: Jun 14, 2020 Accepted: Aug 01, 2020

Dermatology and Cosmetic 2020; 11 (2): 107-118

Corresponding Author:
Abdollah Shafiabady, PhD

Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran
Email: ashafiabady@yahoo.com

Conflict of interest: None to declare

