Feyz Medical Sciences Journal
2026, Volume 30, Issue 5
Pages: 568-579
Doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568
Orginal Article

The Effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Body Image Concerns and Irrational Beliefs in Women with Body Dysmorphic Disorder

Fahimeh Madadi [1], Bahram Ali Ghanbarih Hashemabadi [2*], Amir Karami [2]

[1] Department of of Psychology, Hekmat Razavi Institute of Higher Education, Mashhad, Iran
[2] Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

[*]**Corresponding author: Bahram Ali Ghanbarih Hashemabadi,** Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
Email: ghanbarih@um.ac.ir

Received: 5 July 2026 **Revised:** 1 November 2026 **Accepted:** 1 November 2026

Abstract

Background and Aim: Body dysmorphic disorder (BDD) is characterized by preoccupation with perceived flaws in appearance, repetitive checking and avoidance behaviors, and impaired functioning. This study aimed to investigate the effectiveness of an integrated transdiagnostic therapy package in reducing body image concerns and irrational beliefs in women with BDD.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and a two-month follow-up. Thirty women aged 18–50 years with a clinical diagnosis of BDD were selected through convenience sampling and randomly allocated to intervention and control groups (15 participants per group). The diagnosis was based on the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), confirmation by a psychiatrist, and the Yale–Brown scale. The intervention group received eight 90-minute sessions of an integrated transdiagnostic therapy package based on the principles of Barlow's Unified Protocol, mindfulness, and schema therapy; this package was specifically developed for the study and did not constitute a standard implementation of the Unified Protocol, whereas the control group received no structured intervention. Data were collected using the Body Image Concern Inventory, the Ahvaz Four-Factor Irrational Beliefs Test, and the Yale–Brown scale.

Results: The time × group interaction was significant for both variables (body image concerns: $F(2,58)=31.80$, $P<0.001$, $\eta^2=0.354$; irrational beliefs: $F(2,58)=5.90$, $P=0.018$, $\eta^2=0.092$). In the intervention group, scores decreased significantly from pretest to posttest ($P<0.001$), and this reduction was maintained at the follow-up assessment.

Conclusion: The integrated transdiagnostic therapy package, which focused on shared underlying processes, was associated with reductions in body image concerns and irrational beliefs in women with BDD. Given that this therapy package has not been formally validated, the findings of this study should be considered preliminary.

Keywords: Body dysmorphic disorder, Transdiagnostic therapy, Body image concern, Irrational beliefs, Women

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568]

Copyright© 2026. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: http://feyz.kaums.ac.ir/

Extended Abstract

Background and Objective

Body dysmorphic disorder (BDD) is a disabling obsessive–compulsive-spectrum disorder characterized by persistent preoccupation with perceived defects in appearance, repetitive behaviors such as mirror checking and appearance comparison, social avoidance, and impaired functioning. Body image concern and irrational beliefs are central cognitive features of the disorder, and shame, self-criticism, and the defectiveness/shame schema have been linked to its persistence. Cognitive restructuring alone may be insufficient for patients who have difficulty regulating emotions and tolerating distress. Barlow's Unified Protocol (UP) targets these shared processes, but previous emotion- and schema-focused studies have mostly involved cosmetic surgery applicants rather than clinical samples, and body image concern and irrational beliefs have not been examined together within a single transdiagnostic intervention. This study aimed to preliminarily evaluate the effectiveness of an integrated transdiagnostic therapy package, based on UP principles with added mindfulness and schema-therapy components (rather than a standard implementation of the UP), on body image concerns and irrational beliefs in women with BDD.

Methods

This quasi-experimental study used a pretest–posttest design with a control group and a two-month follow-up. The population comprised women aged 18–50 years attending psychology and psychiatry clinics in Mashhad, Iran, in the second half of the Iranian year 1404 (autumn 2025–winter 2026). A sample of 30 (15 per group) was estimated by G*Power for repeated-measures analysis of variance (power=0.80, α=0.05, f=0.25). Participants were selected by convenience sampling and randomly assigned to the intervention and control groups through sealed envelopes drawn by an independent person. The therapist and participants could not be blinded, but the outcome assessor and data analyst were unaware of group allocation. No participants dropped out.

BDD was diagnosed through screening with the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5) by a clinical psychologist, an independent psychiatric interview based on DSM-5 criteria, and consensus between the assessors. A score of 20 or higher on the Modified Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale for BDD (BDD-YBOCS) was used only as a severity indicator, since this cut-off has not been independently validated in Iranian samples. Inclusion criteria were female sex, age 18–50 years, at least a high-school diploma, no comorbid obsessive–compulsive disorder, major depression, or other active disorder needing immediate treatment, no concurrent structured psychological treatment, and written informed consent. Exclusion criteria were missing more than two sessions, an acute psychiatric crisis, and a change in psychiatric medication during the study.

The intervention group received eight weekly 90-minute group sessions delivered by a licensed psychotherapist. The package drew on UP principles (emotion awareness, emotion regulation, emotional exposure, and relapse prevention), with added mindfulness exercises, schema-therapy components for shame and the defectiveness schema, and one family-oriented session. It had not been formally validated (no CVR/CVI assessment) or piloted; adherence was monitored with

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568]

session checklists and review by an independent clinical supervisor. The control group received no structured intervention and was offered a brief two-session program after the follow-up.

Outcomes were measured with the Body Image Concern Inventory (BICI; 19 items; Cronbach's alpha=0.93) and the Ahvaz Four-Factor Irrational Beliefs Test (40 items; Cronbach's alpha=0.81). Data were analyzed with two-way mixed analysis of variance (time×group) after checking normality, homogeneity of variances, and sphericity, with Bonferroni-corrected pairwise comparisons, partial eta squared as the effect size, and a significance level of 0.05. The study followed the Declaration of Helsinki (ethics code IR.UM.REC.1404.448), and written informed consent was obtained.

Results

The groups were comparable at baseline in age and education, and pretest scores on both outcome variables were similar, and the statistical assumptions were met. The time × group interaction was significant for both body image concerns ($F(2,58)=31.80$, $P<0.001$, partial $\eta^2=0.354$, a large effect) and irrational beliefs ($F(2,58)=5.90$, $P=0.018$, partial $\eta^2=0.092$, a smaller, medium effect).

In the intervention group, body image concern scores decreased from 68.2 (SD=8.5) at pretest to 49.6 (SD=9.1) at posttest and 51.0 (SD=9.4) at follow-up, while irrational beliefs scores decreased from 141.0 (SD=14.0) to 118.5 (SD=15.2) and 121.4 (SD=15.0). Control group scores remained essentially unchanged (body image concerns: 67.5, 66.1, and 65.4; irrational beliefs: 139.2, 137.8, and 136.9). Pretest–posttest reductions in the intervention group were significant for both variables (mean differences=18.6 and 22.5, respectively; $P<0.001$), whereas posttest–follow-up differences were not ($P>0.05$), indicating that the gains were maintained for two months. No significant changes occurred in the control group.

Conclusion

The integrated transdiagnostic therapy package, which targeted shared processes such as emotional avoidance, difficulty in emotion regulation, shame, and the defectiveness schema, was associated with reductions in body image concerns and irrational beliefs in women with BDD relative to a no-treatment control group, and these changes persisted at the two-month follow-up. The effect was larger for body image concerns than for irrational beliefs, which may reflect the greater resistance of irrational beliefs to change. Because of the small convenience sample from a single setting, the lack of an active comparison group, the short follow-up, the package's lack of formal validation, the reliance on self-report measures, and unmeasured mediators, the findings are preliminary and should be further validated in multicenter controlled trials with larger samples and longer follow-up.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568]

مجله علوم پزشکی فیض
دوره ۳۰، شماره ۵ آذر و دی
صفحات: ۵۷۹-۵۶۸
Doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568
اصیل پژوهشی

اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نگرانی‌های مرتبط با تصویر بدن و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن

فهیمه مددی [۱]، بهرام علی قنبری هاشم آبادی [۲*]، امیر کرمی [۱]

[۱] گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی، مشهد، ایران
[۲] گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۵/۰۴/۱۴ اصلاح مقاله: ۱۴۰۵/۰۸/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۸/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: اختلال بدشکلی بدن با اشتغال ذهنی نسبت به نقص‌های ادراک‌شده در ظاهر، رفتارهای وارسی و اجتناب و اختلال در عملکرد مشخص می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی یک بسته درمانی فراتشخیصی بر نگرانی از تصویر بدن و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به این اختلال انجام شد

روش‌ها: این مطالعه به روش نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل انجام شد. ۳۰ زن ۱۸ تا ۵۰ ساله با تشخیص بالینی اختلال بدشکلی بدن (بر اساس مصاحبه SCID-5، تأیید روان‌پزشک و مقیاس ییل-براون) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای از یک بسته درمانی فراتشخیصی تلفیقی (برگرفته از اصول پروتکل یکپارچه Barlow، ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی، و نه اجرای استاندارد آن) دریافت کرد؛ درحالی‌که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله ساخت‌یافته‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن، آزمون چهارعاملی باورهای غیرمنطقی اهواز و مقیاس ییل-براون بود.

یافته‌ها: اثر متقابل زمان × گروه برای هر دو متغیر معنادار بود (نگرانی از تصویر بدن: $F(2,58)= ۳۱/۸۰$، $P<۰/۰۰۱$، $\eta^2=۰/۳۵۴$؛ باورهای غیرمنطقی: $F(2,58)=۵/۹۰$، $P=۰/۰۱۸$، $\eta^2=۰/۰۹۲$). در گروه مداخله کاهش معنادار نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون مشاهده شد ($P<۰/۰۰۱$) و در پیگیری پایدار ماند.

نتیجه‌گیری: بسته درمانی فراتشخیصی تلفیقی، با تمرکز بر فرایندهای مشترک زیربنایی، با کاهش نگرانی از تصویر بدن و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن همراه بود. با توجه به اعتباریابی‌نشدن رسمی این بسته درمانی، یافته‌های پژوهش مقدماتی تلقی می‌شوند.

کلیدواژه‌ها: اختلال بدشکلی بدن، درمان فراتشخیصی، نگرانی از تصویر بدن، باورهای غیرمنطقی، زنان

*نویسنده مسئول: **بهرام علی قنبری هاشم آبادی** پست الکترونیک: ghanbarih@um.ac.ir
آدرس: گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568]

مقدمه

اختلال بدشکلی بدن (BDD) یکی از اختلالات مهم و ناتوان‌کننده در طیف وسواس و اختلالات مرتبط است که با اشتغال ذهنی مداوم و آزاردهنده نسبت به یک یا چند نقص ادراک‌شده در ظاهر، انجام رفتارهای تکراری مانند وارسی مکرر در آینه و مقایسه ظاهری و نیز اجتناب اجتماعی مشخص می‌شود. در این اختلال، نقص مورد توجه معمولاً برای دیگران محسوس نیست؛ بااین‌حال، تجربه ذهنی فرد با شرم، اضطراب و افت معنادار عملکرد فردی و اجتماعی همراه است [۲،۱].

شیوع این اختلال در ایران قابل‌توجه است؛ چنان‌که طلایی و همکاران [۳] در مطالعه‌ای روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شیوع نگرانی از تصویر بدن را ۳۴/۴ درصد و شیوع اختلال بدشکلی بدن بالینی را ۷/۴ درصد گزارش کردند. در این مطالعه، تفاوت معناداری بین دو جنس مشاهده نشد. همچنین، الگوی نگرانی‌ها در جمعیت ایرانی بیشتر بر صورت، بینی و پوست متمرکز بود. مراجعات مکرر این افراد به خدمات زیبایی و نارضایتی پایدار آنان نشان می‌دهد که مسئله اصلی، بیش از آنکه ریشه جسمانی داشته باشد، به پردازش شناختی ـ هیجانی ظاهر مربوط است [۱].

یکی از سازه‌های محوری در آسیب‌شناسی این اختلال، نگرانی از تصویر بدن است که نارضایتی از ظاهر، اشتغال ذهنی با نقص‌های ادراک‌شده و تحریف‌های شناختی را در بر می‌گیرد [۴]. در مبتلایان به BDD ، فرد ارزش شخصی خود را به‌طور افراطی به جذابیت جسمانی گره می‌زند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تصویر بدن نه‌تنها در اختلالات روان‌پزشکی، بلکه در بیماری‌های جسمی نیز نقش مهمی در سازگاری روانی دارد؛ به‌طوری‌که تمنایی‌فر و همکاران [۵] نشان دادند تصویر بدن از طریق شفقت به خود و تاب‌آوری، به‌صورت غیرمستقیم بر سازگاری روانی ـ اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر می‌گذارد. یافته‌های جدید حاکی از آن است که مداخلات هیجان‌محور و طرحواره‌محور می‌توانند نگرانی‌های مرتبط با تصویر بدن را در زنان مبتلا به BDD به‌طور معناداری کاهش دهند [۶،۷].

علاوه بر نگرانی از تصویر بدن، باورهای غیرمنطقی نیز از بنیان‌های شناختی این اختلال به شمار می‌روند. از منظر رویکرد عقلانی ـ هیجانی ـ رفتاری، آشفتگی زمانی رخ می‌دهد که فرد بر اساس بایدها، فاجعه‌سازی و مطلق‌گرایی به تفسیر رویدادها بپردازد [۸]. در BDD، این باورها به شکل کمال‌گرایی ظاهری و همسان‌سازی ارزش شخصی با جذابیت بروز می‌کنند. ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که BDD با سازوکارهای عمیق‌تری مانند شرم، خودانتقادی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به‌ویژه طرحواره‌های نقص/شرم و معیارهای سخت‌گیرانه، پیوند دارد که از پیش‌بین‌های اصلی نشخوار فکری هستند [۹، ۱۰]. در همین راستا، مداخلات متمرکز بر طرحواره‌های هیجانی توانسته‌اند باورهای غیرمنطقی این بیماران را تعدیل کنند [۷].

با وجود این پیچیدگی‌ها، درمان‌های رایج غالباً بر نشانه‌های آشکار تمرکز دارند. اگرچه درمان شناختی ـ رفتاری کلاسیک اثربخش است، تمرکز صرف بر بازسازی شناختی برای بیمارانی که در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی مشکل دارند، کافی نیست [۱]. در پاسخ به این محدودیت‌ها، پروتکل یکپارچه فراتشخیصی Barlow (UP) با تأکید بر آگاهی هیجانی، بازنگری شناختی و مواجهه با هیجان‌ها توسعه یافته است. در همین راستا، محمدپور و همکاران [۲] اثربخشی این پروتکل را در کاهش رفتارهای اجتنابی مرتبط با تصویر بدن و بهبود تنظیم هیجان بالینی تأیید کرده‌اند. بااین‌حال، خلأهای پژوهشی شامل تمرکز بیشتر مطالعات بر متقاضیان جراحی زیبایی به‌جای نمونه‌های بالینی [۱۱، ۱۲] و بررسی‌نشدن هم‌زمان نگرانی از تصویر بدن و باورهای غیرمنطقی در قالب یک مداخله فراتشخیصی است. از آنجا که شرم و طرحواره نقص در تداوم BDD نقش پررنگی دارند [۹، ۱۰]، در پژوهش حاضر، یک بسته درمانی فراتشخیصی تلفیقی که بر پایه اصول UPو با افزودن مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و طرحواره‌محور تدوین شده بود، به‌صورت مقدماتی ارزیابی شد. بر این اساس، پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این پرسش بود که آیا این بسته درمانی فراتشخیصی می‌تواند نگرانی از تصویر بدن و باورهای غیرمنطقی را در زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، در مقایسه با گروه کنترل، تغییر دهد. بر این مبنا، دو فرضیه به‌صورت خنثی آزمون شد:

۱. بین گروه مداخله و گروه کنترل از نظر نمره نگرانی از تصویر بدن در زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن تفاوت معناداری وجود دارد.

۲. بین گروه مداخله و گروه کنترل از نظر نمره باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن تفاوت معناداری وجود دارد.

روش‌ها

جامعه و نمونه آماری

– نوع مطالعه و ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی و با استفاده از طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون ـ پیگیری دوماهه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان ۱۸ تا ۵۰ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی شهر مشهد در نیمه دوم سال ۱۴۰۴ بود. حجم نمونه با استناد به مطالعات مشابه پیشین در این حوزه (۲) و بر اساس محاسبه توان آماری با استفاده از نرم‌افزار G*Power (نسخه ۱/۳)، برای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، با در نظر گرفتن توان آماری ۰/۸۰، خطای نوع اول ۰/۰۵ و اندازه اثر متوسط (f=۰/۲۵)، ۳۰ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) برآورد شد. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از روش گمارش تصادفی ساده (قرعه‌کشی با پاکت‌های مهروموم‌شده توسط فردی مستقل) در دو گروه مداخله

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568]

و کنترل قرار گرفتند. به دلیل ماهیت مداخله، کورسازی درمانگر و شرکت‌کنندگان امکان‌پذیر نبود؛ بااین‌حال، ارزیاب پیامد و کارشناس تحلیل داده‌ها از تخصیص گروه‌ها بی‌اطلاع بودند. در طول مطالعه، هیچ‌گونه ریزش نمونه‌ای رخ نداد.

تشخیص بالینی و ملاک‌های ورود و خروج

تشخیص اختلال بدشکلی بدن صرفاً بر اساس پرسشنامه انجام نشد. در مرحله نخست، تمامی مراجعان توسط روان‌شناس بالینی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID-5 غربالگری شدند. در مرحله دوم، افراد واجد شرایط به‌صورت مستقل توسط روان‌پزشک همکار و بر اساس ملاک‌های DSM-5 برای اختلال بدشکلی بدن، تحت مصاحبه بالینی اختصاصی قرار گرفتند. موارد مبهم در جلسه دوم روان‌پزشکی بررسی شدند و تصمیم نهایی درباره ورود به مطالعه، به‌صورت توافقی بین دو ارزیاب اتخاذ شد. در ادامه، شدت نشانه‌ها با استفاده از مقیاس اصلاح‌شده ییل ـ براون برای اختلال بدشکلی بدن (BDD-YBOCS) سنجیده شد.

ملاک‌های ورود: تشخیص قطعی اختلال بدشکلی بدن بر اساس SCID-5 و تأیید روان‌پزشک همکار طبق ملاک‌های DSM-5؛ کسب نمره ۲۰ یا بالاتر در مقیاس BDD-YBOCS به‌عنوان شاخص شدت بالینی (منبع و توضیحات در بخش ابزارها)؛ جنسیت زن؛ سن ۱۸ تا ۵۰ سال؛ حداقل تحصیلات دیپلم؛ نداشتن ابتلای هم‌زمان به اختلال وسواس فکری ـ عملی، افسردگی اساسی و سایر اختلالات روانی فعالِ نیازمند درمان فوری (بر اساس SCID-5)؛ دریافت‌نکردن هم‌زمان درمان روان‌شناختی ساختاریافته دیگر؛ و ارائه رضایت آگاهانه کتبی برای مشارکت در پژوهش.

ملاک‌های خروج: غیبت بیش از دو جلسه از پروتکل درمانی؛ بروز بحران حاد روان‌پزشکی (نظیر خطر خودکشی)؛ و تغییر در نوع یا دوز داروهای روان‌پزشکی مصرفی در طول مطالعه.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن (Body Image Concern Inventory: BICI): این ابزار توسط Littleton و همکاران [۴] تدوین شده و شامل ۱۹ گویه است. هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای، از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه)، نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده نگرانی بیشتر درباره تصویر بدن است. این پرسشنامه دو بُعد اصلی نارضایتی و اختلال در عملکرد اجتماعی را می‌سنجد. در مطالعه اولیه Littleton و همکاران [۴]، پایایی ابزار بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای عامل نارضایتی ۰/۹۲، برای عامل اختلال در عملکرد ۰/۷۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش شد. همچنین، همبستگی بین دو عامل برابر با ۰/۶۹ بود. روایی همگرای ابزار نیز بر اساس معیارهای علائم وسواسی ـ اجباری، همبستگی معناداری بیش از ۰/۳۵ ($P<0/01$) را نشان داد. در نسخه فارسی، بساک‌نژاد و همکاران [۱۳] پایایی پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ تأیید کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه شد که با گزارش‌های پیشین همخوانی دارد.

آزمون چهارعاملی باورهای غیرمنطقی اهواز (IBT-A4): این ابزار توسط عبادی و معتمدین [۱۴]، بر پایه تحلیل عاملی ده مؤلفه اصلی آزمون اصلی Jones [۱۵]، تدوین و بازنگری شد. نسخه نهایی شامل ۴۰ گویه در چهار مؤلفه «توقع تأیید از دیگران»، «اجتناب از مشکل»، «درماندگی در برابر تغییر» و «بی‌مسئولیتی هیجانی» است. هر گویه بر اساس طیف هفت‌درجه‌ای، از ۰ (به‌شدت مخالف) تا ۶ (به‌شدت موافق)، نمره‌گذاری می‌شود؛ حداکثر نمره کل ۱۶۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده باورهای غیرمنطقی بیشتر است. در پژوهش هنجاریابی اولیه، ضرایب آلفای کرونباخ برای چهار عامل به‌ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۷، ۰/۵۹ و ۰/۸۶ و برای نمره کل ۰/۸۱ گزارش شد. روایی همگرای ابزار نیز از طریق اجرای هم‌زمان آن با فرم ۱۰۰ سؤالی Jones، ۸۷/۰ به دست آمد. حامدیان و بیان‌فر [۱۶] پایایی مؤلفه‌ها را به‌ترتیب ۰/۷۳ (درماندگی در برابر تغییر)، ۰/۸۳ (توقع تأیید از دیگران)، ۰/۷۹ (اجتناب از مشکل) و ۰/۷۵ (بی‌مسئولیتی هیجانی) و پایایی کل را ۰/۸۱گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۱ محاسبه شد.

مقیاس اصلاح‌شده ییل ـ براون برای اختلال بدشکلی بدن (BDD-YBOCS): این مقیاس، ابزاری نیمه‌ساختاریافته و ارزیاب‌محور برای سنجش شدت نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن در هفته گذشته است. مقیاس مذکور شامل ۱۲ گویه است که پنج گویه نخست اشتغال ذهنی، پنج گویه بعدی رفتارهای تکراری/اجباری مرتبط با ظاهر و دو گویه پایانی، به‌ترتیب، بینش و اجتناب را ارزیابی می‌کنند. هر گویه بر اساس طیف نمره‌گذاری ۰ تا ۴ نمره می‌گیرد و در نسخه رایج، نمره کل بین ۰ تا ۴۸ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر نشانه‌هاست. در مطالعه اصلی Phillips و همکاران [۱۷]، پایایی بازآزمایی یک‌هفته‌ای و همسانی درونی این مقیاس مطلوب گزارش شده است ($r=0/88$ و $\alpha=0/80$). همچنین، نسخه فارسی این ابزار توسط ربیعی و همکاران [۱۸] بررسی شده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در نمونه دانشجویی ایرانی مناسب گزارش شده است.

در پژوهش حاضر، مقیاس BDD-YBOCS توسط ارزیاب آموزش‌دیده اجرا شد و صرفاً برای غربالگری شدت نشانه‌ها در بدو ورود به مطالعه به کار رفت. نمره ۲۰ و بالاتر در بیشتر پژوهش‌های بین‌المللی به‌عنوان نقطه برش شدت بالینی این مقیاس استفاده شده است [۲۹] و در پژوهش حاضر نیز با استناد به همین منبع و صرفاً به‌عنوان شاخص شدت به کار گرفته شد. در جامعه ایرانی، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار در نمونه دانشجویی بررسی شده است [۱۸]، اما نقطه برش اختصاصی آن در نمونه ایرانی، در پژوهش حاضر به‌طور مستقل اعتباریابی نشد؛ ازاین‌رو،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568]

ملاک اصلی ورود به مطالعه، تشخیص قطعی بر اساس مصاحبهSCID-5 و تأیید روان‌پزشک بود.

پروتکل مداخله

مداخله حاضر نه اجرای استاندارد پروتکل یکپارچه Barlow (UP)و نه نسخه اصلاح‌شده آن، بلکه یک «بسته درمانی فراتشخیصی تلفیقی» بود که با الهام از اصول UP (آگاهی و نام‌گذاری هیجان، نظم‌جویی و مواجهه هیجانی و پیشگیری از عود) و با افزودن تمرین‌های ذهن‌آگاهی، مؤلفه‌های طرحواره‌درمانی برای شرم و طرحواره نقص و یک جلسه خانواده‌محور، متناسب با ویژگی‌های بالینی اختلال بدشکلی بدن تدوین شد. مبنای نظری این ترکیب آن بود که در BDD، علاوه بر فرایندهای مشترک فراتشخیصی، مانند اجتناب و دشواری در تنظیم هیجان، طرحواره نقص/شرم، خودانتقادی و نیاز افراطی به تأیید نیز نقش پررنگی در تداوم نشانه‌ها دارند [۹، ۱۰]؛ ازاین‌رو، افزودن مؤلفه‌های طرحواره‌محور و ذهن‌آگاهی برای این جمعیت، از توجیه نظری و بالینی برخوردار است.

ساختار و محتوای جلسات در چارچوب پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده نخست و توسط تیم پژوهش (نویسندگان مقاله) تدوین شد و پیش از اجرا به تأیید استاد راهنما، استاد مشاور و داوران پایان‌نامه رسید. اعتبارسنجی رسمی بسته (مانند بررسی روایی محتوایی با شاخص‌هایCVR/CVI) و مطالعه مقدماتی امکان‌سنجی پیش از اجرا انجام نشد و این موضوع در بخش محدودیت‌ها مطرح شده است. جدول-۱ ساختار جلسات و خاستگاه نظری هر جلسه را نشان می‌دهد.

جلسات درمانی به‌صورت گروهی، هفته‌ای یک‌بار و هر بار به مدت ۹۰ دقیقه، توسط یک روان‌درمانگر دارای مجوز و آموزش‌دیده برگزار شد. پایبندی به پروتکل از طریق چک‌لیست جلسه‌به‌جلسه و بازبینی دوره‌ای توسط ناظر بالینی مستقل بررسی شد.

جدول-۱. ساختار جلسات بسته درمانی فراتشخیصی و خاستگاه نظری هر جلسه

جلسه	عنوان	اهداف درمانی	مداخلات
۱	افزایش آگاهی هیجانی و بدنی و آموزش اولیه	درک مشکل و ایجاد رابطه درمانی	آموزش روان‌شناختی، معرفی چرخه فکر—هیجان—رفتار
۲	نظم‌جویی هیجان و تحمل شرم	شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها	آموزش نظم‌جویی هیجان بر اساس پروتکل Barlow؛ تمرین مواجهه با موقعیت‌های ناخوشایند
۳	ذهن‌آگاهی برای کاهش رفتارهای ایمنی‌بخش مرتبط با ظاهر	کاهش اشتغال ذهنی با ظاهر	تمرین توجه به لحظه حال؛ خودشفقت‌ورزی
۴	کار بر روی طرحواره نقص و شرم	شناسایی باورهای هسته‌ای	شناسایی طرحواره نقص/شرم از طریق گفت‌وگوی سقراطی
۵	اصلاح طرحواره ناسازگار نقص و شرم	کاهش خودانتقادی	بازسازی شناختی؛ آزمون فرضیه‌های رفتاری
۶	تحمل هیجان	کاهش اجتناب و رفتارهای وسواسی	پذیرش هیجان، تنفس آگاهانه، وقفه در موقعیت‌های دشوار هیجانی
۷	خانواده و روابط بین‌فردی	افزایش حمایت بین‌فردی	آموزش خانواده؛ اصلاح الگوهای تعامل انتقادی
۸	تثبیت تغییر	پیشگیری از عود	جمع‌بندی جلسات و تدوین برنامه خودمراقبتی

خاستگاه نظری جلسات :جلسات ۱، ۲، ۶ و ۸ برگرفته از اصول پروتکل یکپارچه Barlow (آموزش روانی و آگاهی هیجانی، نظم‌جویی و مواجهه هیجانی و پیشگیری از عود) بودند؛ جلسه ۳ و بخشی از جلسه ۶ بر پایه ذهن‌آگاهی تدوین شدند؛ جلسات ۴ و ۵ بر پایه طرحواره‌درمانی (طرحواره نقص/شرم) بودند. تمرکز بر شرم در جلسه ۲ و جلسه ۷ (خانواده و روابط بین‌فردی) نیز از مؤلفه‌هایی بودند که برای BDD افزوده شدند.

گروه کنترل

گروه کنترل در طول اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله روان‌درمانی اختصاصی دریافت نکرد و صرفاً ارزیابی‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را تکمیل کرد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان دوره پیگیری دوماهه، به این گروه یک بسته آموزشی/درمانی فشرده جبرانی شامل دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با محتوای آموزش روان‌شناختی، معرفی چرخه فکر ـ هیجان ـ رفتار و راهبردهای پایه تنظیم هیجان ارائه شد.

محاسبات آماری: تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSSانجام شد. پس از بررسی مفروضه‌های نرمال‌بودن توزیع داده‌ها (آزمون کولموگروف ـ اسمیرنوف)، همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) و کرویت (آزمون ماخلی؛ با استفاده از تصحیح گرین‌هاوس ـ گایسر در صورت نیاز)، از تحلیل واریانس آمیخته دوعاملی (زمان × گروه) استفاده شد. مقایسه‌های زوجی با تصحیح بونفرونی انجام شد و اندازه اثر با استفاده از مجذور اتای جزئی (η_p^2) ارزیابی شد. سطح معناداری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش مطابق با مفاد بیانیه هلسینکی و با کد اخلاق IR.UM.REC.1404.448 اجرا شد. رضایت آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ شد و بر محرمانگی داده‌ها و حق انصراف آزادانه آنان تأکید شد. به‌منظور رعایت

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568]

ملاحظات اخلاقی، پس از پایان دوره پیگیری، به گروه کنترل نیز درمان فشرده ارائه شد.

نتایج

پیش از اجرای تحلیل‌های اصلی، دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختیِ در دسترس، شامل سن و سطح تحصیلات، با یکدیگر مقایسه شدند. نتایج نشان داد که بین دو گروه در این متغیرها تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین، میانگین نمرات پیش‌آزمون دو متغیر اصلی پژوهش، یعنی نگرانی از تصویر بدن و باورهای غیرمنطقی، در دو گروه نزدیک به هم بود (جدول-۳)؛ بنابراین، گروه‌های مداخله و کنترل در آغاز مطالعه وضعیت قابل‌مقایسه‌ای داشتند. اطلاعات مربوط به سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی در داده‌های موجود ثبت نشده بود و ازاین‌رو، در این مطالعه گزارش نشد.

جدول-۲. مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پایه در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله (n=15)	گروه کنترل (n=15)	آماره آزمون	P
سن، میانگین ± انحراف معیار	۳۴/۲۶ ± ۴/۸۱	۳۰/۷۳ ± ۴/۹۳	t=۱/۹۸	۰/۰۵۷
تحصیلات، دیپلم/کارشناسی/تحصیلات تکمیلی	۲/۷/۶	۲/۸/۵	χ^2=۰/۱۶	۰/۹۲

یادداشت :مقادیر مربوط به سن به‌صورت میانگین ± انحراف معیار گزارش شده‌اند. برای مقایسه سن بین دو گروه، از آزمون t مستقل و برای مقایسه توزیع سطح تحصیلات از آزمون خی‌دو استفاده شد. مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شدند. در متغیر تحصیلات، اعداد به‌ترتیب نشان‌دهنده فراوانی افراد دارای مدرک دیپلم، کارشناسی و تحصیلات تکمیلی هستند.

بر اساس نتایج جدول-۲، بین دو گروه از نظر سنو سطح تحصیلات تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ بنابراین، دو گروه پیش از اجرای مداخله از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بررسی‌شده وضعیت قابل‌مقایسه‌ای داشتند.

مفروضه‌های نرمال بودن (K-S > ۰/۰۵) و همگنی واریانس‌ها (Levene> ۰/۰۵) برای هر دو متغیر تأیید شدند. همچنین، مفروضه کرویت بر اساس آزمون ماخلی نقض نشد؛ ازاین‌رو، نتایج بدون نیاز به تصحیح گرین‌هاوس-گایسر گزارش شدند. جدول-۳ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو متغیر نگرانی از تصویر بدن و باورهای غیرمنطقی را به تفکیک گروه و مرحله سنجش نشان می‌دهد.

جدول-۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مرحله

متغیر	گروه	پیش‌آزمون M (SD)	پس‌آزمون M (SD)	پیگیری M (SD)
نگرانی از تصویر بدن	مداخله	۶۸/۲ (۸/۵)	۴۹/۶ (۹/۱)	۵۱ (۹/۴)
	کنترل	۶۷/۵ (۸/۱)	۶۶/۱ (۸/۴)	۶۵/۴ (۸/۶)
باورهای غیرمنطقی	مداخله	۱۴۱ (۱۴/۰)	۱۱۸/۵ (۱۵/۲)	۱۲۱/۴ (۱۵/۰)
	کنترل	۱۳۹/۲ (۱۳/۷)	۱۳۷/۸ (۱۴/۱)	۱۳۶/۹ (۱۴/۵)

همان‌گونه که در جدول-۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات هر دو متغیر در گروه مداخله از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش محسوسی نشان داد؛ درحالی‌که در گروه کنترل، تغییرات جزئی بود و در محدوده خطای اندازه‌گیری باقی ماند. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در جدول-۴ ارائه شده است.

جدول-٤. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی اثر متقابل زمان و گروه بر نگرانی از تصویر بدن و باورهای غیرمنطقی

متغیر	منبع اثر	F	df	P	η^2p	توان آماری
نگرانی از تصویر بدن	زمان × گروه	۳۱/۸	۲، ۵۸	< ۰/۰۰۱	۰/۳۵۴	۰/۹۹
باورهای غیرمنطقی	زمان × گروه	۵/۹	۲، ۵۸	۰/۰۱۸	۰/۰۹۲	۰/۷۱

همان‌طور که در جدول-۴ مشاهده می‌شود، اثر متقابل زمان و گروه برای متغیر نگرانی از تصویر بدن معنادار بود ($F(2,58)$=۳۱/۸، P<۰/۰۰۱، η^2=۰/۳۵۴). این اندازه اثر، بر اساس معیارهای Cohen، در دامنه بزرگ قرار می‌گیرد و نشان‌دهنده اثربخشی قابل‌توجه مداخله در کاهش نگرانی‌های مرتبط با تصویر بدن است. همچنین، اثر متقابل زمان و گروه برای متغیر باورهای غیرمنطقی نیز معنادار بود ($F(2,58)$=۵/۹۰، P<۰/۰۱۸، η^2=۰/۰۹۲) هرچند اندازه اثر آن در دامنه متوسط و کوچک‌تر از اندازه اثر متغیر نخست قرار داشت.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در گروه مداخله، تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو متغیر نگرانی از تصویر بدن (MD=۶/۱۸) و باورهای غیرمنطقی (MD=۵/۲۲) از نظر آماری معنادار بود (P<۰/۰۰۱). در مقابل، تفاوت میان نمرات پس‌آزمون و پیگیری برای هیچ‌یک از دو متغیر معنادار نبود (P>۰/۰۵) که نشان‌دهنده پایداری اثر درمان در دوره

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568]

پیگیری دوماهه است. در گروه کنترل نیز بین هیچ‌یک از سه مرحله سنجش، برای هیچ‌یک از دو متغیر تفاوت معناداری مشاهده نشد($P>۰/۰۵$ در تمامی مقایسه‌ها). این یافته، احتمال بهبود خودبه‌خودی یا اثر صرف تکرار آزمون را به‌عنوان تبیین‌های رقیب نتایج اصلی کاهش می‌دهد.

بحث

هدف پژوهش حاضر، ارزیابی اثربخشی بسته درمانی فراتشخیصی بر نگرانی از تصویر بدن و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن (BDD) بود. یافته‌ها نشان داد که اثر متقابل زمان و گروه در هر دو متغیر معنادار بود؛ به‌گونه‌ای که در گروه مداخله، در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معناداری در نمرات نگرانی از تصویر بدن و باورهای غیرمنطقی مشاهده شد. این کاهش تا مرحله پیگیری دوماهه نیز حفظ شد که نشان‌دهنده تداوم اثرات بسته درمانی در این دوره است. اهمیت بالینی این یافته در آن است که اختلال بدشکلی بدن صرفاً به نارضایتی از ظاهر محدود نمی‌شود، بلکه در چرخه‌ای از تحریف‌های شناختی، شرم، اضطراب، اجتناب، نشخوار فکری و رفتارهای ایمنی‌بخش تداوم می‌یابد؛ بنابراین، کاهش هم‌زمان نگرانی از تصویر بدن و باورهای غیرمنطقی می‌تواند حاکی از آن باشد که مداخله حاضر فرایندهای زیربنایی مؤثر در تداوم این اختلال را هدف قرار داده است.

کاهش نگرانی از تصویر بدن در پژوهش حاضر را می‌توان در پرتو ویژگی‌های نشانه‌شناختی اختلال بدشکلی بدن تبیین کرد. در این اختلال، ارزیابی تحریف‌شده از ظاهر، توجه انتخابی به نقص‌های ادراک‌شده، مقایسه اجتماعی و رفتارهای جبرانی، نظیر وارسی مکرر، پوشاندن عیوب ظاهری و اطمینان‌طلبی، به تداوم اشتغال ذهنی با ظاهر می‌انجامند [۴]. پژوهش‌های پیشین نیز نشان داده‌اند که درBDD ، ارزیابی منفی از ظاهر با خودتمرکزی تهدیدمحور و اجتناب هیجانی پیوند عمیقی دارد [۱، ۲]. بر این اساس، به نظر می‌رسد کاهش نگرانی از تصویر بدن در مطالعه حاضر، بازتابی از اختلال در تداوم این چرخه معیوب باشد.

نتایج این پژوهش با یافته‌های پیشین همسو است. محمدپور و همکاران [۲] گزارش کردند که درمان فراتشخیصی مبتنی بر پروتکل Barlow موجب بهبود معنادار مؤلفه‌های اجتناب مرتبط با تصویر بدن و کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان در مبتلایان به BDDمی‌شود. همسویی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مداخلات مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی [۷]، درمان‌های هیجان‌محور [۶]، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش کمال‌گرایی ظاهری [۱۹] و نقش درمان شناختی ـ رفتاری در کاهش نشخوار فکری [۲۰]، نشان می‌دهد که اگرچه BDD در سطح فنوتیپی بر بدن متمرکز است، در سطح فرایندی با سایر اختلالات هیجانی همپوشانی دارد و می‌تواند از مداخلات فراتشخیصی و فرایندمحور بهره‌مند شود.

از منظر سازوکارهای نظری و بالینی، مداخله حاضر نه اجرای صرف پروتکل استاندارد UP، بلکه یک بسته درمانی فراتشخیصی تلفیقی بود که بر اساس نیازهای آسیب‌شناختی اختلال بدشکلی بدن تدوین شد. اثربخشی احتمالی این بسته را می‌توان از طریق سه مؤلفه مکمل تبیین کرد: نخست، مؤلفه‌های فراتشخیصی برگرفته از پروتکل Barlow [۲۸] که با افزایش آگاهی هیجانی، نام‌گذاری هیجان‌ها و مواجهه هیجانی، با هدف کاهش اجتناب تجربی بیماران از احساسات بدنی و هیجان‌های ناخوشایند به کار گرفته شدند؛ دوم، تمرین‌های ذهن‌آگاهی که با پرورش موضع مشاهده‌گرانه و بدون قضاوت، می‌توانند چسبندگی و همجوشی شناختی فرد با افکار اشتغال‌زای مرتبط با ظاهر را کاهش دهند؛ و سوم، تکنیک‌های طرحواره‌محور که با هدف بازسازی باورهای بنیادین نقص/شرم و معیارهای سخت‌گیرانه به کار گرفته شدند [۹، ۱۰]. با توجه به اینکه پروتکل کلاسیک UP بر باورهای طرحواره‌ای تمرکز مستقیمی ندارد، افزودن این مؤلفه‌ها امکان هدف‌گیری شرم بنیادین و بازسازی فرض‌های مرتبط با ارزش شخصی را فراهم کرد که می‌تواند کاهش معنادار نگرانی از ظاهر را تبیین کند.

یافته دوم پژوهش نشان داد که بسته درمانی فراتشخیصی، باورهای غیرمنطقی را نیز به‌طور معناداری کاهش داد. این یافته از نظر نظری قابل انتظار بود؛ زیرا افراد مبتلا به BDD غالباً باورهایی مانند «اگر کامل نباشم، دوست‌داشتنی نیستم» یا «نقص ظاهری به معنای بی‌ارزشی است» را تجربه می‌کنند. چنین باورهایی با مؤلفه‌های اصلی نظریه عقلانی ـ هیجانی ـ رفتاری، یعنی بایداندیشی، فاجعه‌سازی، تحمل‌ناپذیری ناکامی و ارزش‌گذاری کلی بر خود، همخوانی دارند [۸]. در این چارچوب، آنچه پریشانی را تشدید می‌کند، لزوماً خود نقص ادراک‌شده نیست، بلکه تفسیر مطلق‌گرایانه و غیرمنطقی فرد از آن است.

این یافته نیز با مطالعات مشابه همخوانی دارد. اسلام‌نیا و همکاران [۲۱] نشان دادند که باورهای ناکارآمد در رابطه بین نگرش به خوردن و تصویر بدن نقش میانجی دارند. Oluah و همکاران [۲۲] نیز گزارش کردند که درمان عقلانی ـ هیجانی ـ رفتاری می‌تواند باورهای غیرمنطقی مرتبط با بدن را کاهش دهد. همچنین، یافته‌های دهقانی و دهقانی [۱۰] درباره نقش طرحواره نقص/شرم و معیارهای سخت‌گیرانه در تداوم نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن، این تبیین را تقویت می‌کند. بر این اساس، به نظر می‌رسد مداخله حاضر از طریق بازسازی شناختی، کاهش اجتناب، افزایش تحمل هیجان و تعدیل پیوند آسیب‌زای میان ظاهر، پذیرش اجتماعی و ارزشمندی شخصی عمل کرده باشد.

بااین‌حال، اندازه اثر متقابل زمان و گروه برای باورهای غیرمنطقی ($\eta^2p=۰/۰۹۲$) کمتر از نگرانی از تصویر بدن ($\eta^2p=۰/۳۵۴$) بود. این تفاوت از نظر بالینی قابل‌توجه است و می‌تواند نشان دهد که نگرانی از تصویر بدن، به دلیل پیوند بیشتر با رفتارهای روزمره و الگوهای قابل مشاهده، سریع‌تر از باورهای

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568]

عمیق‌تر تغییر می‌کند؛ درحالی‌که باورهای غیرمنطقی معمولاً ریشه‌دارترند و با طرحواره‌هایی مانند نقص/شرم، کمال‌گرایی، نیاز به تأیید و خودانتقادی ارتباط دارند. یافته‌های Matos و همکاران [۹] درباره نقش شرم و خودانتقادی و نتایج Mete و همکاران (۲۳) درباره کمال‌گرایی و نشخوار فکری در متقاضیان جراحی زیبایی، این تبیین را تقویت می‌کنند.

در عین حال، برخی مغایرت‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر نیز مشاهده شد. برای مثال، Oluah و همکاران [۲۲] اثر بسیار بزرگ‌تری برای درمان عقلانی ـ هیجانی ـ رفتاری بر باورهای غیرمنطقی گزارش کردند. این تفاوت احتمالاً به تفاوت در جامعه آماری، ابزارهای سنجش، شدت نشانه‌ها و محتوای مداخله مربوط است؛ زیرا در مطالعه آنان، تمرکز درمان به‌طور مستقیم بر به‌چالش‌کشیدن باورهای غیرمنطقی مرتبط با بدن بود، درحالی‌که در پژوهش حاضر، این باورها یکی از چندین هدف درمانی، در کنار تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی، مواجهه و کاهش اجتناب، محسوب می‌شدند. همچنین، در برخی مطالعات، مانند پژوهش اسمی‌خانی و تمنایی‌فر [۲۴]، متغیرهایی نظیر عزت‌نفس و ترس از ارزیابی منفی به‌عنوان عوامل میانجی در BDD مطرح شده‌اند. سنجیده‌نشدن مستقیم این متغیرهای میانجی در مطالعه حاضر می‌تواند بخشی از تغییرات تبیین‌نشده را توضیح دهد.

از نظر کاربرد عملی، یافته‌ها نشان می‌دهند که بسته درمانی فراتشخیصی می‌تواند برای زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، به‌ویژه در مواردی که شرم، اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری، کمال‌گرایی، نیاز به تأیید و دشواری در تنظیم هیجان نیز وجود دارند، در محیط‌های بالینی سودمند باشد. یافته‌های رسولی و همکاران [۲۵] نیز بر این نکته تأکید دارند که مداخلات مؤثر در BDD باید فراتر از نشانه‌های ظاهری عمل کنند و ابعاد شناختی، هیجانی و بین‌فردی را به‌طور هم‌زمان هدف قرار دهند. بااین‌حال، تعمیم‌پذیری یافته‌ها باید با احتیاط صورت گیرد؛ زیرا نمونه پژوهش محدود به زنان مبتلا به BDD بود، حجم نمونه کم بود و شرکت‌کنندگان از یک مرکز درمانی واحد انتخاب شدند. بنابراین، نتایج لزوماً به مردان، نوجوانان، جمعیت‌های غیربالینی یا افراد دارای همبودی‌های شدید قابل تعمیم نیست؛ هرچند همخوانی نسبی نتایج با مطالعات انجام‌شده در جمعیت‌های نوجوان، دانشجویی و متقاضیان خدمات زیبایی نشان می‌دهد که برخی فرایندهای زیربنایی ممکن است در گروه‌های مختلف مشترک باشند [۲۷،۲۶،۲۳].

این پژوهش با چند محدودیت همراه بود. نخست، حجم نمونه کم و نمونه‌گیری در دسترس از یک مرکز درمانی، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌کند. دوم، نمونه پژوهش صرفاً شامل زنان ۱۸ تا ۵۰ ساله مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بود؛ بنابراین، تعمیم نتایج به مردان، نوجوانان، سالمندان، افراد مراجعه‌نکرده به مراکز درمانی و بیماران دارای همبودی‌های روان‌پزشکی باید با احتیاط انجام شود. سوم، گروه کنترل در طول دوره پژوهش مداخله ساختاریافته‌ای دریافت نکرد و گروه مقایسه فعال، مانند درمان شناختی ـ رفتاری اختصاصی اختلال بدشکلی بدن، در مطالعه وجود نداشت؛ ازاین‌رو، سهم اختصاصی مؤلفه‌های درمان حاضر از عوامل عمومی درمان، انتظار درمانی و توجه درمانگر قابل تفکیک نیست. چهارم، دوره پیگیری دوماهه برای ارزیابی ماندگاری بلندمدت تغییرات کافی نیست. پنجم، هرچند تشخیص با مصاحبه ساختاریافته و تأیید روان‌پزشک انجام شد، بخشی از پیامدها با استفاده از ابزارهای خودگزارشی سنجیده شدند و احتمال سوگیری در پاسخ‌دهی وجود دارد. ششم، بسته درمانی حاضر پیش از اجرا از نظر اعتبار علمی به‌صورت رسمی اعتبارسنجی نشد (مانند بررسی شاخص‌های CVR/CVI) و مطالعه مقدماتی امکان‌سنجی نیز درباره آن انجام نشد؛ ساختار این بسته صرفاً به تأیید اساتید و داوران پایان‌نامه رسیده بود. همچنین، بسته درمانی به‌صورت گروهی و توسط یک درمانگر اجرا شد. هفتم، نقطه برش ۲۰ در مقیاس BDD-YBOCSبه‌طور مستقل در نمونه ایرانی اعتباریابی نشده بود و صرفاً به‌عنوان شاخص شدت نشانه‌ها به کار رفت.

افزون بر این، وضعیت تأهل، سابقه جراحی زیبایی و برخی اطلاعات مربوط به سابقه بیماری‌های هم‌زمان در فرم اولیه جمع‌آوری داده‌ها ثبت نشده بود؛ بنابراین، این متغیرها در تحلیل حاضر قابل گزارش یا کنترل آماری نبودند. برای جلوگیری از بازسازی غیرمعتبر داده‌ها، اطلاعاتی درباره این متغیرها به‌صورت تخمینی به مقاله افزوده نشد. این کاستی می‌تواند بر توصیف کامل نمونه و بررسی برخی عوامل زمینه‌ای مؤثر بر نگرانی از تصویر بدن تأثیر گذاشته باشد. همچنین، متغیرهای میانجی بالقوه مانند شرم بدنی، عزت‌نفس، کمال‌گرایی، خودانتقادی، تنظیم هیجان و ترس از ارزیابی منفی به‌طور مستقیم سنجیده نشدند؛ بنابراین، تبیین‌های مربوط به سازوکار اثر درمان باید به‌عنوان تبیین‌های نظری و نه یافته‌های آزمون‌شده تجربی در نظر گرفته شوند.

بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر، نمونه‌گیری چندمرکزی و حضور زنان و مردان انجام شوند. استفاده از گروه مقایسه فعال، به‌ویژه درمان شناختی ـ رفتاری اختصاصی اختلال بدشکلی بدن، می‌تواند امکان ارزیابی دقیق‌تر ارزش افزوده بسته درمانی فراتشخیصی را فراهم کند. همچنین، انجام پیگیری‌های شش‌ماهه و یک‌ساله، سنجش متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر و استفاده هم‌زمان از ارزیابی‌های بالینی، رفتاری و خودگزارشی پیشنهاد می‌شود. در مطالعات آینده، وضعیت تأهل، سابقه جراحی زیبایی، درمان‌های قبلی، مصرف دارو، همبودی‌های روان‌پزشکی و شدت پایه نشانه‌ها باید پیش از تخصیص گروهی به‌طور نظام‌مند ثبت و در تحلیل‌ها کنترل شوند. بررسی اثربخشی این بسته درمانی در افراد دارای همبودی‌های شایع BDD نیز می‌تواند به افزایش اعتبار بیرونی یافته‌ها کمک کند.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568]

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بسته درمانی فراتشخیصی تلفیقی، در مقایسه با گروه کنترل، با کاهش نگرانی از تصویر بدن و باورهای غیرمنطقی در زنان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن همراه بود و این تغییرات تا مرحله پیگیری دوماهه حفظ شدند. به نظر می‌رسد هدف‌گیری هم‌زمان فرایندهایی مانند اجتناب هیجانی، دشواری در تنظیم هیجان، همجوشی شناختی، شرم بدنی و طرحواره نقص/شرم می‌تواند برای این گروه بالینی سودمند باشد. بااین‌حال، به‌دلیل حجم نمونه کم، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، نبود گروه مقایسه فعال، اعتبارسنجی‌نشدن رسمی بسته درمانی و کوتاه‌بودن دوره پیگیری، نتایج باید مقدماتی تلقی شوند و تأیید آن‌ها به انجام پژوهش‌های کنترل‌شده و چندمرکزی با دوره پیگیری طولانی‌تر نیاز دارد.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله از تمامی زنانی که با مشارکت در این پژوهش، زمینه انجام آن را فراهم کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود. همچنین، این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده نخست در رشته مشاوره خانواده، در مؤسسه آموزش عالی حکمت رضوی است.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Ayub N, Kimong PJ, Ee GT. A distorted body image: cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder. In: Cognitive behavioral therapy: theories and applications. London: IntechOpen; 2018. p. 45-62.
2. Mohammadpour S, Goodarzi MA, Hadianfard H, Taghavi MR. Effects of transdiagnostic treatment on body image avoidance and alexithymia in body dysmorphic disorder. Middle East J Disabil Stud. 2021;11:64.
3. Talaei A, Fayyazi Bordbar MR, Nasiraei A, Rezaei Ardani A. Evaluation of symptom patterns and frequency of body dysmorphic disorder in students of Mashhad University of Medical Sciences. Med J Mashhad Univ Med Sci. 2009;52(1):49-56.
4. Littleton HL, Axsom D, Pury CL. Development of the body image concern inventory. Behav Res Ther. 2005;43(2):229-41. doi:10.1016/j.brat.2003.12.006 PMid:15629752
5. Tamannaeifar MR, Mansourinik A, Golestani E. The relationship between body image and adjustment in breast cancer patients: The mediating role of self-compassion and psychological resilience. Feyz Med Sci J. 2023; 27(3): 288-297. doi:10.48307/FMSJ.2023.27.3.288
6. Hosseini I, Bahrami B, Bahrainian S. Effectiveness of emotion-focused therapy on body image concern in cosmetic surgery candidates. Psychol Woman J. 2025;6(1):45-58. doi:10.61838/kman.pwj.4284
7. Soleymani M, Rostami H, Ameri MA, Ghasemi S. The effectiveness of emotional schema therapy on irrational beliefs and body image of women with body deformity disorder. Med J Tabriz Uni Med Sci. 2024;46(2):217-25. doi:10.34172/mj.2024.028
8. Ellis A, David D, Lynn SJ. Rational and irrational beliefs: a historical and conceptual perspective. In: David D, Lynn SJ, Ellis A, editors. Rational and irrational beliefs: research, theory, and clinical practice. Oxford: Oxford University Press; 2010. p. 3-22.doi:10.1093/acprof:oso/9780195182231.003.0001
9. Matos M, Coimbra M, Ferreira C. When body dysmorphia symptomatology meets disordered eating: the role of shame and self-criticism. Appetite. 2023;186:106552. doi:10.1016/j.appet.2023.106552 PMid:37024054
10. Dehghan Sarvolia N, Dehghani A. Role of early maladaptive schemas and attachment styles in the prediction of thoughtful rumination in individuals with body dysmorphic disorder. J Res Health. 2019;9(7):568-74.
11. Khajeh-Hassani-Rabari F, Hosseini ES, Hemmati E, Mirzai F, Abdollahi-Chirani E. The effectiveness of schema therapy on self-compassion, body shame, and uncertainty intolerance in women applying for cosmetic surgery. Int J Body Mind Cult. 2024;11(3):201-10. doi:10.22122/ijbmc.v11i3.618.
12. Mashkouri M, Bagherzadeh Gholmakani Z, Mansouri A, Khodabakhsh M. The efficacy of schema therapy on perfectionism, body shame, and symptoms of body dysmorphic disorder in women seeking cosmetic surgery. J Psychol Sci. 2025;23(143):197-216.
13. Basak Nejad S, Ghafari M. The relationship between body dysmorphic concern and psychological problems among university students. J Behav Sci. 2012;1(2):171-9.
14. Ebadi GM, Motamedi M. Investigation of the factor structure of Jones' irrational beliefs test in Ahvaz City. Knowl Res Appl Psychol. 2005;7(23):73-92.
15. Jones RG. A factored measure of Ellis' irrational belief system, with personality and maladjustment correlates [dissertation]. Lubbock (TX): Texas Tech University; 1968.
16. Hamedian S, Bayanfar F. Predicting marital adjustment based on cognitive triad and irrational beliefs in couples. Clin Psychol Res Pract Innov. 2020;12(3):89-101.
17. 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.
18. Rabiei M, Khorramdel K, Kalantari M, Molavi H. Factor structure, validity and reliability of the modified Yale-Brown obsessive compulsive scale for

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568]

body dysmorphic disorder in students. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2010;15(4):343-50.
19. Ghanbari M, Tizdast T, Khalatbari J, Rahmani MA. The effectiveness of commitment-based acceptance therapy on flexibility and perfectionism of physical appearance in body dysmorphic disorder. Med J Mashhad Univ Med Sci. 2022;65(1):86-100.
20. Hashemi Salehi MM, Aleyasin SA. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on rumination and quality of life among girls with body dysmorphic symptoms. Health Nexus. 2024;2(2):95-102. doi:10.61838/kman.hn.2.2.11
21. Eslamnia R, Khalatbari J, Ghorban Shiroudi S. Compilation of a structural model of body image based on the attitude towards eating with the mediation of dysfunctional beliefs in people with body deformity disorder referring to beauty clinics. J Res Psychol Health. 2023;17(3):88-102.
22. Oluah EB, Eseabasi FO, Ugwu EN, Atadoga MA, Otu M. Challenging irrational beliefs about body size and clothing fit using REBT: an experimental study. J Ration Emot Cogn Behav Ther. 2026;44:11. doi:10.1007/s10942-026-00645-1
23. Mete U, Demir UL, Güllülü RA, Eker SS, Duman F, Altun N. Exploring the personality characteristics of rhinoplasty patients: perfectionism, rumination, and self-compassion. Aesthet Plast Surg. 2024; 48(24):5299-305. doi:10.1007/s00266-024-04019-9 PMid:38806830 PMCid:PMC11750891
24. Esmikhani M, Tamannaeifar M. Modeling of the body dysmorphic based on body image and fear of negative evaluation with mediating role of self-esteem. Appl Psychol. 2025;19(2):150-73.
25. Jazi ER, Torkan H, Yousefi Z. Comparison of the effectiveness of a special package for women with body dysmorphic disorder and schema therapy on metacognitive beliefs, identity, and interpersonal relationships in women with body dysmorphic disorder. J Assess Res Appl Counsel. 2023;5(5):144-50. doi:10.61838/kman.jarac.5.5.19
26. Dastbaz A, Mohammadi R, Ahadi S, Haidarian M. Prediction of body dysmorphic disorder based on personality traits and cognitive distortions with the mediating role of emotion regulation difficulty in female students. Shenakht J Psychol Psychiatry. 2024;10(6):108-24.
27. Motamedimanesh A, Askari M, Mohammadi K, Amirfakhraei A. Investigating the predictors of body dysmorphia in adolescents based on maladaptive schemas and perfectionism mediated by emotion regulation. Iran Evol Educ Psychol J. 2024;6(2):110-25. doi:10.22034/8.1.1
28. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2017;74(9):875-84. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164 PMid:28768327 PMCid:PMC5710228
29. Phillips KA, Hart AS, Menard W. Psychometric evaluation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS). J Obsessive Compuls Relat Disord. 2014;3(3):205-8. doi:10.1016/j.jocrd.2014.04.004

How to Cite this Article:
Madadi F, Ghanbarih Hashemabadi B A, Karami A. The Effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Body Image Concerns and Irrational Beliefs in Women with Body Dysmorphic Disorder. , Feyz Med Sci J. 2026; 30 (5):568-579 .doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.48307/FMSJ.2026.30.5.568]