

Research Paper



The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Perceptual and Attitudinal Body Image in Individuals with Body Dysmorphic Disorder: Single Subject Clinical Trial



Fereshteh Shabani^{1*}, Abbas Bakhshipour², Majid Mahmoud Alilou², Hassan Sabouri Moghaddam³,
Fatemeh Ranjbar⁴

1. PhD student, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
4. Professor, Department of Psychiatry, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.56606.5592](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.56606.5592)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18191.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Acceptance and Commitment, Perceptual Body Image, Attitudinal Body Image, Body Dysmorphic Disorder

Received: 2023/05/14
Accepted: 2023/09/17
Available: 2024/07/04

The aim of this study was to investigate the efficacy of acceptance and commitment therapy on perceptual and attitudinal body image in individuals with body dysmorphic disorder. The study was conducted with multiple baseline single subject design. Using purposed sampling, three participants were selected among the women with body dysmorphic disorder referred to the psychiatric clinics of Tabriz city in 2022. They were assessed by Attitudinal Body Image Questionnaires (MBSRQ) and Perceptual Body Image Questionnaire during the baseline, treatment and follow-up periods. They received an one-hour 8 sessions of Acceptance and Commitment Therapy. The findings of the research showed that acceptance and commitment therapy has a positive effect on attitudinal body image with an average reliability change index of 3.62 and recovery percentage of 58.66 and perceptual body image with an average reliability change index of 2.28 and recovery percentage of 62 in individuals with body dysmorphic disorder. The results of this research showed that Acceptance and Commitment Therapy can improve perceptual and attitudinal body image in individuals with body dysmorphic disorder. These findings have practical implications in clinical settings, which have been discussed.



* **Corresponding Author:** Fereshteh Shabani
E-mail: fereshteh.shabani83@gmail.com

مقاله پژوهشی



کارآیی درمان پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی ادراکی و تصویر بدنی نگرشی در بیماران مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن: کارآزمایی بالینی تک آزمودنی



فرشته شعبانی^{۱*}، عباس بخشی پور^۲، مجید محمودعلیلو^۳، حسن صبوری مقدم^۴، فاطمه رنجبر^۴

۱. دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴. استاد، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.56606.5592](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.56606.5592)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18191.html



چکیده	مشخصات مقاله
<p>پژوهش حاضر با هدف بررسی کارآیی درمان پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی ادراکی و تصویر بدنی نگرشی در بیماران زن مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن صورت گرفت. در این پژوهش با استفاده از یک طرح نیمه تجربی تک آزمودنی با خط پایه چندگانه، از بین زنان مبتلا به اختلال بدریخت انگاری مراجع کننده به کلینیک‌های روانپزشکی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱، سه نفر به شیوه هدفمند انتخاب شدند و درمان پذیرش و تعهد را به مدت ۸ جلسه یک ساعته دریافت کردند، شرکت‌کنندگان قبل از شروع درمان، در طی مراحل درمان و دوره پیگیری پرسشنامه‌های تصویر بدنی نگرشی (MBSRQ) و پرسشنامه تصویر بدنی ادراکی را تکمیل کردند. یافته‌های پژوهش نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی نگرشی با میانگین شاخص تغییر پایای ۳/۶۲ و درصد بهبودی ۵۸/۶۶ و تصویر بدنی ادراکی با میانگین شاخص تغییر پایای ۲/۲۸ و درصد بهبودی ۶۲ تاثیر مثبت دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند تصویر بدنی ادراکی و نگرشی در بیماران بدریخت انگاری بدنی را بهبود دهد. این یافته‌ها تلویحات عملی در موقعیت‌های بالینی دارند که مورد بحث واقع شده‌اند.</p>	<p>کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، تصویر بدنی ادراکی، تصویر بدنی نگرشی، اختلال بدریخت انگاری بدن</p> <p>دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۲/۲۴ پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۶/۲۶ منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۴/۱۴</p>

* نویسنده مسئول: فرشته شعبانی

رایانامه: fereshteh.shabani83@gmail.com

مقدمه

بدن به عنوان وجه اشتراک فرد و جهان، نخستین بخش شخصیت است که در تعاملات اجتماعی قابل مشاهده است و برخلاف گذشته که تنها در علوم زیستی و پزشکی مطالعه می‌شد، امروزه به موضوع مورد علاقه در روان‌شناسی و جامعه‌شناسی تبدیل شده است (ربیعی، و همکاران، ۱۳۹۰). اکثر آدم‌ها به اصلاح و بهبود اندام‌های بدن خود فکر می‌کنند، ولی برخی از آدم‌هایی که عادی بنظر می‌رسند، خود را آنقدر زشت فرض می‌کنند که با دیگران معاشرت نمی‌کنند یا کارهای عادی خود را انجام نمی‌دهند چون می‌ترسند دیگران به زشتی آن‌ها بخندند. به این درد و رنج عجیب، اختلال بدریخت انگاری بدن (BDD^۱) می‌گویند (بارلو^۲، ۱۳۹۴). اختلال بدریخت انگاری بدنی در ویرایش چهارم (DSM-IV) در زیر مجموعه اختلالات سوماتوفرم قرار داشت ولی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویرایش پنجم تجدید نظر شده^۳ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۳) این اختلال در ذیل اختلالات وسواسی-اجباری جای گرفته است. مبتلایان به اختلال بدریخت انگاری بدن مشغولیت ذهنی با یک یا چند نقص یا عیب تصویری در ظاهرشان دارند که به باور آن‌ها زشت، غیرجذاب، یا بدشکل به نظر می‌رسد. عیوبی را که این افراد برای خود در نظر می‌گیرند، از دید دیگران نامحسوس یا جزئی است. اختلال بدریخت انگاری بدن، به عنوان رنج آورتترین و شکننده‌ترین آسیب‌شناسی مرتبط با تصویر بدنی^۴ شناخته شده است (سولر^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). به عبارتی نارضایتی شدید از تصویر بدن و نیز اجتناب از تصویر بدن، علامت اصلی این اختلال است و این تنها دسته تشخیصی در «راهنمای تشخیصی و آماری روانی اختلالات (DSM-5 TR)» است که شکایات تصویر بدن در آن رایج است (کوناردو^۶، ۲۰۰۹، انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۳). تصویر بدن یک تجربه روانشناختی چندوجهی از بدن است که جنبه‌های عاطفی، شناختی، ادراکی و رفتاری مربوط به بدن و ظاهر فرد را در بر می‌گیرد (سوامی^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). مفهوم تصویر بدنی برای اولین بار توسط شیلدر^۸ در سال (۱۹۳۵) مطرح شد، وی تصویر بدنی را با یک چشم انداز روانشناسانه این گونه تعریف نموده است «تصویری از بدنمان که در ذهن شکل می‌دهیم و شیوه‌ای که بدن برایمان آشکار می‌شود، تصویر بدنی یک فرآیند شناختی صرف نیست بلکه خواسته‌ها، نگرش‌های عاطفی و کنش متقابل با دیگران را منعکس می‌کند». در واقع تصویر بدن یعنی ادراک درونی فرد از وجود جسمانی خود، که این تصویر ممکن است با واقعیت عینی منطبق باشد یا نباشد (کش^۹، ۱۹۹۵).

کش (۱۹۹۵) تصویر بدنی را به دو جنبه مجزا تقسیم کرد: ادراکی^{۱۰} و نگرشی^{۱۱}. تصویر بدنی نگرشی، احساساتی که یک فرد در مورد اندازه و شکل بدن خود دارد را شامل می‌شود، لذا نگرش، برخلاف ادراک سازه شناختی دارد (کورنلیسن^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹).

نگرش و ادراک در واقع جنبه‌های مستقل تصویر بدن را اندازه‌گیری می‌کنند، بعد ادراکی بر موضوع اهمیت بدن و رفتارهای رژیم غذایی تاکید دارد و بعد شناختی بر باورها و افکار درباره شکل بدن (کورنلیسن و همکاران، ۲۰۱۹؛ کاسکو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۰). تصویر بدنی ادراکی به عبارتی به دیدگاه فرد از بدن خودش تاکید دارد، که این دیدگاه می‌تواند منعکس کننده بدن واقعی فرد از خودش باشد یا نباشد (ایگلتون^{۱۴}، ۲۰۱۱).

مطالعات گوناگون نشان داده اند که برخی از انواع دارودرمانی‌ها و رواندرمانی‌ها می‌توانند در بهبود اختلال بدریخت انگاری موثر باشند (فیلیپس و هولندر^{۱۵}، ۲۰۰۸؛ ویل^{۱۶}، ۲۰۱۰). تحقیقات نشان می‌دهد که درمان‌های زیبایی بندرت باعث بهبود این اختلال گشته و اغلب مضر نیز هستند (هارداردتیر^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۹). در حیطه دارودرمانی از طریق آزمایش‌های کنترل شده تصادفی، پژوهش‌ها بر اثربخشی بازدارنده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) متمرکز بوده اند (دانگ^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۹). اما برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند، مصرف کوتاه مدت داروها، خطر عود مجدد بیماری پس از قطع مصرف آن‌ها ممکن است به میزان زیادی افزایش یابد (جین^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۴).

در حوزه روان‌درمانی، پژوهش‌ها بر رویکرد رفتاردرمانی شناختی متمرکز بوده‌اند. یافته‌ها در این حوزه از اثربخشی نسبی این رویکرد درمانی حکایت داشته‌اند (ویل، ۲۰۱۰؛ اناندر^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۹). اما با توجه به اینکه درمان به موقع اختلال برای ممانعت از تبعات خطرناک، از جمله اقدام به خودکشی (فیلیپس، ۲۰۰۵؛ فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵؛ اسنوراسون و همکاران^{۲۱}، ۲۰۱۹) در بین این دسته از بیماران، و پیشگیری از مزمن شدن بیماری (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۳)، چالش جدی و بزرگی برای روش‌های رواندرمانی محسوب می‌شود و مشکلات عدیده‌ای که درمان‌های قبلی در حیطه اثربخشی و عود اختلال داشتند (کریراند، منارد و فیلیپس^{۲۲}، ۲۰۱۰؛ هونگمن، فیلیپس و کسل^{۲۳}، ۲۰۰۴) امروزه به درمان‌های اثربخش‌تر و کارا تر نیاز است.

در این راستا امروزه با نسل سوم از درمان‌های رفتاری روبرو هستیم که اجمالا بر مفهومی تاکید دارند که حلقه گمشده در تمامی مفاهیم مرتبط با نارضایتی از بدن است یعنی پذیرش. در بین درمان‌های موج سوم رفتاری،

1. Body dysmorphic disorder
2. Barlow
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th revised, DSM-5 TR
4. body image
5. Soler
6. Conrado
7. Swami
8. Schilder
9. Cash
10. perceptual
11. attitude

12. Cornelissen
13. Gasco
14. Egelton,
15. Phillips & Hollander
16. Veale
17. Hardardottir
18. Dong
19. Jain
20. Enander
21. Snorrason et al
22. Crerand, Menard & Phillips
23. Honigman, Phillips & Castle

۲۰۰۷؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۶؛ کاراسکوسو،^۵ ۲۰۰۰) و اختلال بدریخت‌انگاری بدن رابطه‌ی نزدیک و پیوند قوی با اختلال وسواسی-اجباری دارد و در پنجمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5 TR)، در قسمت اختلال وسواسی-اجباری قرار گرفته است (بارلو، ۱۳۹۴، انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۳) برای همین به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد بر این اختلال و مولفه‌های مرتبط به آن موثر باشد.

پژوهش‌ها از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات تصویر بدن و بدشکلی بدن (پالمیرا و همکاران، ۲۰۱۷؛ حامدی رستمی و همکاران، ۱۴۰۰؛ رسولی علی‌آبادی و کلانتری، ۱۳۹۷؛ جاراسیو و همکاران،^۷ ۲۰۱۰ و پاتس و همکاران،^۸ ۲۰۲۲) نارضایتی از تصویر بدن (سلوی^۹ و همکاران، ۲۰۲۱؛ حبیب‌اللهی و سلطانی‌زاده، ۱۳۹۴؛ قنبری و همکاران، ۱۴۰۱؛ انصاری اصل و محمدپور، ۱۴۰۱؛ گریفث و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۸؛ ترک و والر^{۱۱}، ۲۰۲۰؛ اسموت و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۲)، اختلالات روانی که همبودی بالایی با اختلال بدشکلی بدن دارند (کاراسکوسو، ۲۰۰۰)؛ نشخوار فکری و نگرانی در افراد دارای بد ریخت‌انگاری بدنی (ماهرالنقش و همکاران، ۱۳۹۹)؛ هراس اجتماعی (عثمان و همکاران، ۲۰۰۶)؛ اختلال وسواس فکری-عملی (هاشمی جشنی عبدالله و همکاران، ۱۳۹۹) و اختلال اضطراب فراگیر (رامر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۹) تاکید کرده‌اند. به طور کلی ادبیات پژوهشی از اثربخشی این رویکرد درمانی، در بسیاری از اختلالات و وضعیت‌های روانشناختی حمایت می‌کند (اکبری و حسینی، ۱۳۹۸؛ جک و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۵).

با توجه به اینکه تحقیقات در زمینه تفاوت گروه‌های بالینی و عادی در زمینه تصویر بدنی ادراکی به طور قابل توجهی در بافت پژوهشی بسیار محدود است و بیشتر تحقیقات انجام شده بر تصویر بدنی نگرشی متمرکز شده‌اند، در همین راستا هدف از پژوهش حاضر پرکردن خلاء پژوهشی در این رابطه است، در نهایت پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال می‌باشد که آیا درمان پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی ادراکی و تصویر بدنی نگرشی در بیماران مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن موثر است؟

روش

طرح پژوهش: مطالعه حاضر با در نظر گرفتن اهداف پژوهشی و محدودیت‌ها یک طرح نیمه تجربی تک موردی^{۱۵} (SCED) از نوع خط پایه چندگانه^{۱۶} پلکانی با آزمودنی‌های متفاوت^{۱۷} و سنجش پیوسته^{۱۸} بود که در آن شرکت کنندگان به ترتیب در مراحل خط پایه^{۱۹}، درمان و پس از درمان^{۲۰} و پیگیری^{۲۱} شرکت نمودند.

12. Smout et al
13. Roemer
14. Tjak et al
15. Single-case experimental design
16. Multiple- baseline design
17. Different individuals
18. Continuous assessment
19. Baseline phases
20. Treatment & post treatment
21. Follow-up

درمان پذیرش و تعهد به عنوان پیشرو و پیشگام از اهمیت بسزایی برخوردار است. این درمان که به اختصار ACT خوانده می‌شود در سال ۲۰۰۴ با انتشار کتاب درمان پذیرش و تعهد توسط هیز معرفی شد و یک رویکرد رفتاردرمانی است که پذیرش افکار و احساسات را بجای تغییر شکل و محتوا یا فراوانی آن‌ها می‌پذیرد (زتلی^۱، ۲۰۱۱). ACT شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرآیند عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (هیز و لیلیز^۲، ۲۰۱۲). درمان پذیرش و تعهد به وسیله این شش مولفه بنیادین با استفاده از اصول رفتاری و مبنای نظری آن یعنی نظریه چهارچوب ارتباطی به افراد کمک می‌کند تا به جای جنگیدن با تجارب درونی ناخوشایند خود، به سمت یک زندگی غنی و ارزشمند حرکت کنند (هیز، ۲۰۱۶)؛ چراکه تلاش برای حذف یا کنترل احساس‌های درونی ناخوشایند، در کوتاه مدت موثر و در بلندمدت به شدت افکار یا احساس‌های درونی ناخوشایند می‌افزاید. لذا این روش درمانی در تلاش است تا به افراد کمک کند به جای اجتناب تجربه‌ای از افکار و احساس‌هایشان، پذیرای آن‌ها باشند، از باورهای سفت و سخت خود رها شوند و تمرکزشان را بر شناسایی ارزش‌های اساسی زندگیشان بگذارند و متعهدانه آن‌ها را دنبال کنند (هریس^۳، ۲۰۱۳). بعلاوه در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل مراجعان به تجربه‌های درونی این است که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند (آپولیناریو و همکاران، ۲۰۲۰) و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند (بورمن و همکاران، ۲۰۱۳). رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (چیبرا و همکاران، ۲۰۲۲). در درمان ACT افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، ناشی می‌شود (هور و همکاران، ۲۰۱۷). در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش نگرانی‌ها در مورد تصویر بدنی می‌شود (لاول و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از حیله‌هایی که درمان پذیرش و تعهد با موفقیت بکار رفته اختلالات اضطرابی از جمله وسواسی-اجباری، اضطراب فراگیر و گذر هراسی با و بدون پانیک است (سهرابی و همکاران، ۱۴۰۱؛ فورمن و همکاران^۴،

1. Zettle
2. Hayes & Lillis
3. Harris
4. Forman
5. Carrascoso
6. Palmeira
7. Juarascio et al
8. Potts et al
9. Selvi
10. Griffiths et al
11. Turk & Waller

همکاران (۲۰۲۰) با استفاده از روش تحلیل عاملی تاییدی نشان داده اند که گویه‌های این پرسشنامه بر روی یک عامل مکتون دارای بار عاملی بالای ۰/۷۰ است و تک عاملی بودن این پرسشنامه را تایید کرده اند. بعلاوه این پژوهشگران پایایی این ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش نموده اند.

پرسشنامه تصویر بدنی ادراکی: مقیاس محرک‌های تصویری استاندارد که توسط استنکاراد (۱۹۸۳) ساخته شده است، یکی از مقیاس‌های متداول برای سنجش تصویر بدنی بوده و شکلی از یک مقیاس خود گزارشی است که به عنوان وسیله ای برای تعیین نارضایتی بدنی در بین زنان، مردان و کودکان رواج یافت (تامسون و گری، ۱۹۹۵). این مقیاس برای هر دو جنس مرد و زن، ۹ نیمرخ سیاه رنگ از تصویر بدنی (خیلی لاغر تا چاق) را ارائه می‌کند. در این مقیاس از فرد خواسته می‌شود که براساس ادراکی که از بدن خود دارد یکی از شکل‌ها را که بهترین پیش بینی کننده اندازه بدنی اوست، انتخاب کند. به منظور بررسی روایی و پایایی این مقیاس، نسخه انگلیسی آن توسط زنجانی و گودرزی (۱۳۸۷) با رعایت اصول برسلیین، لنر و ثورندایک (۱۹۷۳) در مطالعات بین فرهنگی به فارسی برگردانده شد. در این راستا، با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای، این مقیاس روی ۱۲۰ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا و با انجام تحلیل عاملی تاییدی، روایی سازه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس (تصویر بدنی ایده آل، تصویر بدنی کنونی، تصویر بدنی ذهنی همسر ایده آل و انعطاف پذیری تصویر بدنی) است. همبستگی تفاوت دو خرده مقیاس تصویر بدنی کنونی با عزت بدنی از لحاظ آماری معنادار بود ($r=0/188$ ، $P<0/001$) هم چنین، پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی بعد از سه هفته، $r=0/79$ بود و ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آن ۰/۷۵ بود. بعلاوه، پایایی این مقیاس در مطالعه عبدالشاهی و ولی زاده فرد (۱۳۹۹) بعد از یک هفته ۰/۷۸ و روایی ملاکی آن نسبت به شاخص توده بدنی ۰/۷۱ بدست آمده است.

پرسشنامه تصویر بدنی نگرشی: پرسشنامه چندبعدی نگرش فرد در مورد تصویر بدنی توسط کش و پروزینسکی در سال ۱۹۹۹ ساخته شد این پرسشنامه حاوی ۶۹ گویه در قالب ۱۰ خرده مقیاس به ارزیابی تصویر بدنی نگرشی می‌پردازد. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از خرده مقیاس ارزیابی ظاهر (۷ سوال)، گرایش به ظاهر (۱۲ سوال)، ارزیابی تناسب (۳ سوال)، گرایش به تناسب (۱۳ سوال)، ارزیابی سلامت (۶ سوال)، گرایش به سلامت (۸ سوال)، گرایش به بیماری (۵ سوال)، رضایت بدنی (۲ سوال)، وزن ذهنی (۲ سوال) و دل مشغولی با وزن (۴ سوال). کش و پروزینسکی (۱۹۹۰) روایی و پایایی مؤلفه‌ها را برای مردان ۰/۷۷ و ۰/۹۱ و برای زنان ۰/۷۷ و ۰/۸۹ گزارش کردند. در ایران مقیاس‌های روانسنجی این ابزار توسط شمادی و همکاران (۱۳۹۹) مورد بررسی قرار گرفت که روایی محتوایی نسخه فارسی ۰/۸۴ و همسانی درونی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد. در این پژوهش شاخص روایی محتوایی ۰/۸۴ و پایایی ۰/۷۹ به دست آمد.

شرکت کنندگان: جامعه آماری پژوهش، کلیه مراجعه کنندگان به مراکز روانپزشکی شهر تبریز (بیمارستان رازی، امام خمینی) در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه آماری شامل ۳ نفر از بیماران مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن بود که از طریق روش نمونه گیری هدفمند^۱ از بین جامعه آماری پژوهش یعنی کلیه مراجعه کنندگان به روانپزشک در سال ۱۴۰۱ و پس از مصاحبه تشخیصی توسط محقق و انجام مصاحبه ی بالینی ساختار یافته، انتخاب شد. نمونه مورد پژوهش پس از تحقق ملاک‌های ورود و خروج در این پژوهش، وارد فرآیند درمان شدند.

ملاک‌های ورود افراد عبارت بود از: ۱- افرادی که درشش ماه اخیر علائم اختلال بدریخت انگاری بدنی را داشته اند و به روانپزشک مراجعه کرده بودند و در پرسشنامه بدریخت انگاری بدنی و ملاک‌های تشخیصی DSM-5-TR به عنوان مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدنی تشخیص دریافت نمودند ۲- فاصله سنی ۱۸ تا ۴۰ سال قرار داشتند ۳- تحصیلات بالای دیپلم ۴- دارای ارتباط کلامی خوب ۵- زن بودن.

ملاک‌های خروج افراد عبارت بود از: ۱- مبتلا به اختلال سایکوتیک و شخصیت ۲- سابقه سوء مصرف یا وابستگی به مواد ۳- سایر اختلالات بالینی محورا. برای تعیین ملاک‌های ورود و خروج، از مصاحبه بالینی ساختار یافته و آزمون بالینی چندمحوری میلون و مصاحبه پذیرشی و نیز از یک روانشناس بالینی استفاده شد.

ابزارها

مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-5-RV²): این مصاحبه براساس ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی توسط فرست، مکاولیل، اسپیتز، گیبون و ویلیامز (۲۰۰۲) برای تأیید تشخیص روانپزشک و نیز برای استاندارد کردن فرآیند سنجش در موقعیت بالینی تدوین شده است. شریفی، اسعدی، محمدی و همکاران (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کرده اند.

پرسشنامه نگرانی از بد ریخت انگاری بدنی استوزن و همکاران: این پرسشنامه به منظور اندازه گیری میزان نگرانی از نشانه‌های بد ریخت انگاری بدنی توسط استوزن و همکاران به سال ۲۰۱۹ تهیه شده است و حاوی ۷ گویه است که در طیف ۴ درجه ای لیکرتی (هرگز = ۰ تا خیلی بیشتر از دیگران = ۳) نمره گذاری می‌شود و کسب نمره بیش از ۱۴ نشان دهنده وجود اختلال بدریخت انگاری بدنی است. محتوای گویه‌ها علاوه بر نظیر نگرانی در باره ظاهر فیزیکی، باور به بد ریخت بودن و کژکاری جسمی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سازندگان این پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی نشان داده اند که گویه‌های این پرسشنامه بر روی یک عامل پنهان دارای بار عاملی معنی دار هستند. بعلاوه سازندگان طی بررسی رابطه نمرات این پرسشنامه با نمرات پرسشنامه افسردگی بک (BDI) نشان داده اند که این پرسشنامه از روایی همگرا برخوردار است. در ایران محبت کاظمینی و

روند اجرای پژوهش

شرکت کنندگان از بین بیماران مراجعه کننده به یکی از کلینیک‌های روانپزشکی شهر تبریز که واجد ملاک‌های پژوهش بودند، انتخاب شدند. بدین منظور، در ابتدا مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک و سپس به منظور تأیید تشخیصی با یک ابزار عینی، مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID) توسط پژوهشگر صورت گرفت. پس از انتخاب سه نفر، شرکت کنندگان بطور همزمان در مرحله خط پایه مورد ارزیابی قرار گرفتند و به طور تصادفی با فاصله یک جلسه وارد طرح درمان شدند. بدین صورت که شرکت‌کننده اول

پس از دو جلسه ارزیابی در مرحله خط پایه از هفته سوم وارد جلسه درمان شد و شرکت‌کننده دوم پس از سه بار ارزیابی در خط پایه و شرکت‌کننده سوم پس از چهار بار ارزیابی در مرحله خط پایه به جلسه درمان وارد شد. شرکت کنندگان ۸ جلسه درمان انفرادی مبتنی بر پروتکل ACT را دریافت نمودند. همچنین جهت پیگیری تأثیر درمان، ارزیابی مجدد با فاصله یک ماه و دو ماه صورت گرفت. لازم به ذکر است با توجه به گذراندن دوره‌های آموزشی ACT توسط پژوهشگر، تمام مراحل مداخله توسط پژوهشگر انجام گرفت.

جدول ۱: پروتکل درمان پذیرش و تعهد بر اساس رویکرد هیز (۲۰۰۴) به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای

جلسات	توصیف
جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> مرور و بررسی تاریخچه مشکل مراجع و ارزیابی آن؛ مطرح کردن اهداف درمان و این که تغییر امکان پذیر است. توضیح فلسفه مداخله و آموزش تجسم، قرارداد مشاوره‌ای شامل حضور به موقع و انجام تکالیف.
جلسه دوم	<ul style="list-style-type: none"> ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها، بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات افکار را به عنوان افکار و؛ احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم. ارائه‌ی تکلیف در زمینه‌ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری
جلسه سوم	<ul style="list-style-type: none"> شفاف‌سازی ارزش‌ها، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و سعی در پذیرش رویدادهای دردناک بجای کشمکش با آن‌ها، آموزش و شناخت هیجان‌ات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛
جلسه چهارم	<ul style="list-style-type: none"> ارائه‌ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارائه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار
جلسه پنجم	<ul style="list-style-type: none"> آموزش تفاوت بین پذیرش و تسلیم، تمرینات ذهن آگاه بودن در هر لحظه، توجه به احساسات درخواست از مراجع جهت برون ریزی احساسات و هیجان‌ات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛
جلسه ششم	<ul style="list-style-type: none"> آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان، ارائه‌ی تکنیک توجه انتخابی تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.
جلسه هفتم	<ul style="list-style-type: none"> شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر.
جلسه هشتم	<ul style="list-style-type: none"> بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب اخذ تعهد جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره و ارایه بازخورد

روش تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای آزمودن فرضیه‌ها از معناداری بالینی استفاده شده است. همچنین برای تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، بهبود تشخیصی و شاخص‌های شش‌گانه کارایی نیز استفاده شده است. برای سنجش عملیاتی کارایی بر اساس ملاک بهبود تشخیصی از مصاحبه ساختاریافته توسط یک روانشناس بالینی پس از پایان درمان و همچنین از پرسشنامه‌ها استفاده می‌شود تا بهبود تشخیصی سنجیده شود. برای سنجش عملیاتی میزان کارایی بالینی نتایج پژوهش حاضر از ملاک‌های اینگرام، هیز و اسکات (۲۰۰۰)؛ به نقل از ایمانی، رجبی، خجسته مهر، بیرامی و بشلیده، (۱۳۹۲) استفاده شد که عبارتند از: (۱) اندازه تغییر یعنی چه قدر کاهش در هدف‌های اصلی درمان رخ داده است؟ (۲) کلیت تغییر یعنی چند درصد از افراد تغییر کرده اند و چند درصد تغییر نکرده اند؟

(۳) عمومیت تغییر یعنی در سایر حوزه‌های زندگی چه قدر تغییر رخ داده است؟ (۴) میزان پذیرش یعنی افراد تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده اند؟ (۵) ایمنی یعنی آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمانی بیماران کاهش یافته است؟ (۶) ثبات یعنی دستاوردهای درمان چه قدر دوام داشته اند؟ بعلاوه، در راستای توصیف وضعیت هر یک از شرکت‌کنندگان در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری، میانگین، میانه، دامنه تغییرات و محفظه ثبات داده‌ها محاسبه گردید. اندازه محفظه ثبات معمولاً ۲۰ یا ۲۵ درصد از میانه داده‌ها است که به میانه اضافه و از آن کم می‌شود تا کرانه‌های بالا و پایین آن بدست آید. مطابق با معیار ۲۰ تا ۸۰ درصدی لاین و گست^۱ (۲۰۱۴) اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها روی یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرد، داده‌ها ثبات دارد. از طرفی، در تحلیل داده‌ها به محاسبه درصد داده‌های غیرهمپوش و همپوش نیز پرداخته

یافته‌ها

همانطور که اشاره شد سه زن بیمار مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدنی در این پژوهش شرکت کرده بودند. بیمار اول ۳۵ ساله، خانه‌دار و لیسانس بود. مراجع دوم ۴۵ ساله، معلم و دارای تحصیلات ارشد بود و در نهایت مراجع سوم ۴۱ ساله کارمند و دارای مدرک دکتری بود. هر سه متاهل بودند. برای تجزیه و تحلیل آماری از ترسیم دیداری یا چشمی، شاخص تغییر پایا، بهبود بالینی معنادار، بهبود تشخیصی و درصد بهبودی استفاده شد. در جدول شماره ۲ و ۳ و نمودار ۱ سیر روند کارایی درمان پذیرش و تعهد در متغیرهای تصویر بدنی نگرشی و ادراکی نشان داده شده است.

شد. همچنین، علاوه بر تحلیل دیداری، داده‌ها بر مبنای روش یاکوبسون و تراکس^۱ (۱۹۹۱) تحلیل شد تا شاخص تغییر پایا بدست آید. اگر قدر مطلق شاخص تغییر پایا از ۱/۹۶ بزرگتر باشد، می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان استنباط نمود تغییر مشاهده شده در مرحله مداخله در مقایسه با مرحله خط پایه حاصل تصادف نبوده است. بعلاوه، برای بدست آوردن معناداری بالینی از فرمول درصد بهبودی بهره گرفته شد.

جدول ۲: اندازه‌های تغییر در تصویر بدنی نگرشی

مداخله با احتساب داده‌های پیگیری				مرحله مداخله			مرحله خط پایه			شرکت‌کننده		
محفله ثبات	دامنه تغییرات	میانگین	میانگین	محفله ثبات	دامنه تغییرات	میانگین	محفله ثبات	دامنه تغییرات	میانگین			
۲۲۸/۳۸۱-۷۵/۲۵	۱۲۶	۳۰۵	۲۹۰/۸۳	۱۹۴/۳۲۳-۲۵/۷۵	۱۱۹	۲۵۹	۲۸۰	۱۴۹/۳۴۹-۶۳/۳۸	۱	۱۹۹/۵	۱۹۹/۵	۱
۲۲۶/۳۷۶-۱۳/۸۸	۱۱۴	۳۰۱/۵	۳۲۲/۳۶	۱۹۷/۳۲۸-۲۵/۷۵	۹۰	۲۶۳	۲۸۳/۰۸	۲۵۵-۱۵۳	۲	۲۰۴	۲۰۴	۲
۲۲۰/۳۶۷-۵/۵	۱۱۴	۲۹۴	۳۱۴/۸۱	۱۹۸/۳۳۰-۳۸/۶۳	۸۹	۲۶۴/۵	۲۷۸/۴۲	۱۵۲/۲۵۴-۶۳/۳۸	۳	۲۰۳/۵	۲۰۳	۳

جدول ۳: اندازه‌های تغییر در تصویر بدنی ادراکی

مداخله با احتساب داده‌های پیگیری				مرحله مداخله			مرحله خط پایه			شرکت‌کننده		
محفله ثبات	دامنه تغییرات	میانگین	میانگین	محفله ثبات	دامنه تغییرات	میانگین	محفله ثبات	دامنه تغییرات	میانگین			
۱۴/۲۴-۶۳/۳۸	۳۵	۱۹/۵	۱۶/۸۳	۲۱/۳۶-۷۵/۲۵	۲۸	۲۹	۲۹/۵	۳۷/۶۱-۱۳/۸۸	۱	۴۹/۵	۴۹/۵	۱
۱۴/۳۲-۳۰/۵	۲۳	۲۶	۲۳	۲۴/۴۱-۷۵/۲۵	۱۸	۳۳	۳۲	۶۰-۳۶	۲	۴۸	۴۸	۲
۳۰-۱۸	۳۰	۲۴	۲۱/۳۳	۲۴/۴۱-۷۵/۲۵	۲۵	۳۳	۳۲/۲۵	۳۷/۶۳-۸۸/۱۳	۲	۵۰/۵	۵۱	۳

جدول ۴: تعیین ثبات یا تغییر پذیری روند داده‌ها در تصویر بدنی نگرشی و ادراکی

مرحله مداخله با احتساب داده‌های پیگیری	مرحله مداخله	مرحله خط پایه	شرکت‌کننده
تصویر بدنی نگرشی			
۸۳/۳۳ درصد (بائبات)	۷۵ درصد (متغیر)	۱۰۰ درصد (بائبات)	۱
۱۰۰ درصد (بائبات)	۱۰۰ درصد (بائبات)	۱۰۰ درصد (بائبات)	۲
۱۰۰ درصد (بائبات)	۱۰۰ درصد (بائبات)	۱۰۰ درصد (بائبات)	۳
تصویر بدنی ادراکی			
۳۳/۳۳ درصد (متغیر)	۵۰ درصد (متغیر)	۱۰۰ درصد (بائبات)	۱
۵۰ درصد (متغیر)	۷۵ درصد (متغیر)	۱۰۰ درصد (بائبات)	۲
۳۳/۳۳ درصد (متغیر)	۵۰ درصد (متغیر)	۱۰۰ درصد (بائبات)	۳

جدول ۵: تعیین تراز مطلق داده‌ها در میزان تصویر بدنی نگرشی و ادراکی

شرکت‌کننده	مرحله خط پایه	مرحله مداخله	مرحله مداخله با احتساب داده‌های پیگیری
تصویر بدنی نگرشی			
۱	۱+ (افزایش)	۱۳۴+ (افزایش)	۱۴۱+ (افزایش)
۲	۲+ (افزایش)	۱۱۶+ (افزایش)	۱۴۰+ (افزایش)
۳	۳+ (افزایش)	۱۰۷+ (افزایش)	۱۳۲+ (افزایش)
تصویر بدنی ادراکی			
۱	۱+ (افزایش)	۳۴- (کاهش)	۴۱- (کاهش)
۲	۲+ (افزایش)	۲۶- (کاهش)	۳۲- (کاهش)
۳	۲+ (افزایش)	۳۳- (کاهش)	۳۸- (کاهش)

جدول ۶: محاسبه درصد داده‌های همپوش برای تصویر بدنی نگرشی و ادراکی

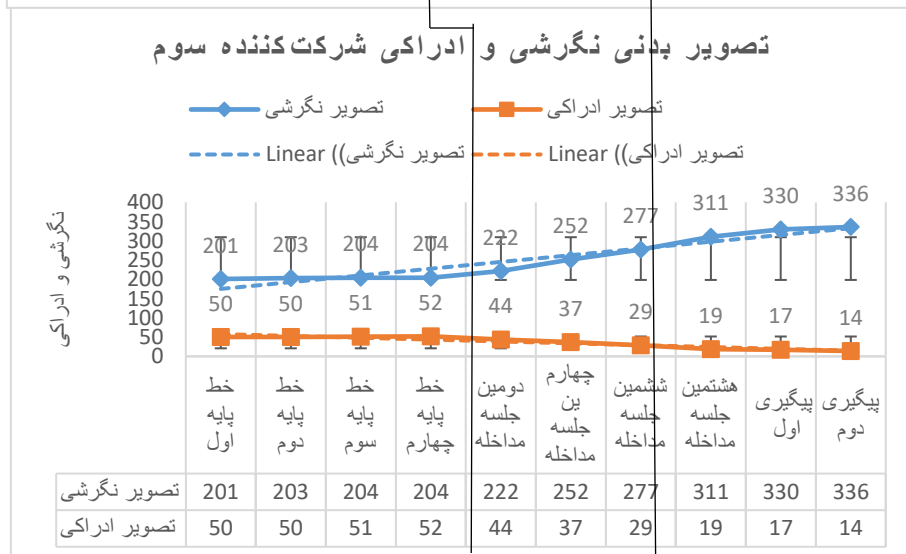
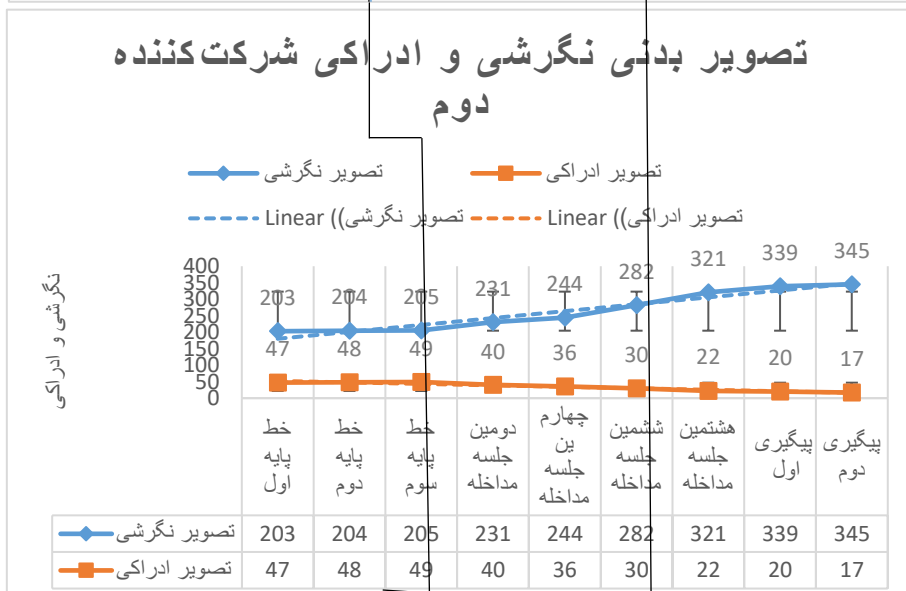
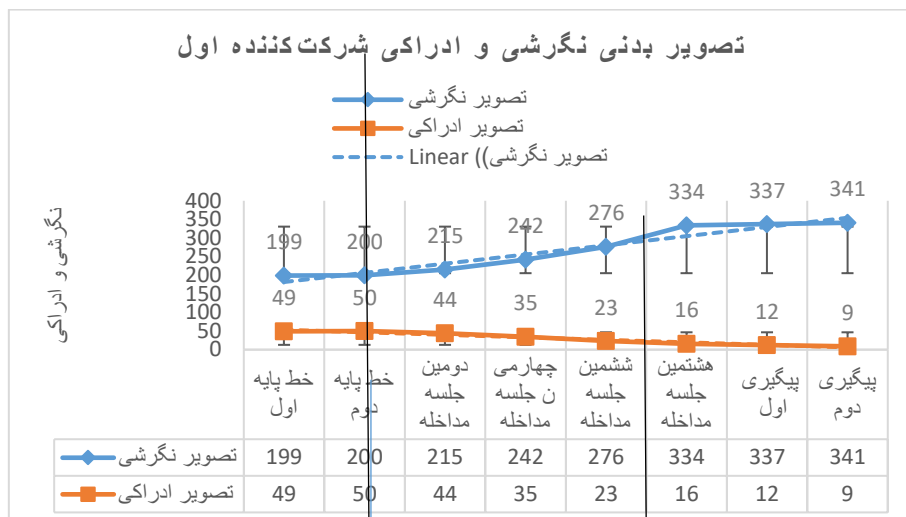
شرکت‌کننده	مرحله خط پایه و مداخله		با احتساب داده پیگیری	
	POD	PND	POD	PND
تصویر بدنی نگرشی				
۱	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۰ درصد	۱۰۰ درصد
۲	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۰ درصد	۱۰۰ درصد
۳	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۰ درصد	۱۰۰ درصد
تصویر بدنی ادراکی				
۱	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۰ درصد	۱۰۰ درصد
۲	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۰ درصد	۱۰۰ درصد
۳	۱۰۰ درصد	۱۰۰ درصد	۰ درصد	۱۰۰ درصد

جدول ۷: شاخص تغییر پایا

شرکت‌کننده	پایان مداخله		پس از پیگیری	
	تصویر بدنی نگرشی	تصویر بدنی ادراکی	تصویر بدنی نگرشی	تصویر بدنی ادراکی
۱	۳/۲۸	۲/۱۴	۳/۱۴	۲/۹۲
۲	۳/۷۵	۲/۳۷	۴/۳۰	۲/۹۹
۳	۳/۸۷	۲/۳۳	۴/۳۳	۲/۹۲

جدول ۸: محاسبه درصد بهبودی شاخص‌ها

شرکت‌کننده	پایان مداخله		پس از پیگیری	
	تصویر بدنی نگرشی	تصویر بدنی ادراکی	تصویر بدنی نگرشی	تصویر بدنی ادراکی
۱	۶۷ درصد	۶۸ درصد	۷۱ درصد	۸۲ درصد
۲	۵۷ درصد	۵۵ درصد	۶۸ درصد	۶۵ درصد
۳	۵۲ درصد	۶۳ درصد	۶۵ درصد	۷۳ درصد



نمودار ۱: نمودار خط روند تغییرات تصویر بدنی نگرشی و ادراکی شرکت کنندگان

است. از سویی **عمومیت تغییر** نیز قابل توجه بوده چرا که هر سه شرکت‌کننده اظهار داشتند که با تداوم جلسات مداخله، میزان رضایت آن‌ها از پیامدهای مداخله افزایش و بهبود یافته است. همچنین میزان **پذیرش درمان** نیز چشمگیر بوده به نحوی که هر سه شرکت‌کننده فرایند درمان را تا آخرین مرحله (پیگیری دوم) دنبال نمودند. از سویی این مداخله برای هر سه شرکت‌کننده از **ایمنی** برخوردار بوده چرا که در اثر شرکت در جلسات مداخله نه تنها سلامت روانی و جسمانی آن‌ها تهدید نشده بود بلکه بر سلامت آن‌ها افزوده شده بود. از طرفی تغییرات رخ داده از **ثبات** هم برخوردار بوده به نحوی که از جلسه دوم مداخله تغییرات مثبت در تصویر بدنی نگرشی و ادراکی شروع و تا مرحله پیگیری دوم تداوم داشته است. بعلاوه بر اساس ملاک‌های دوگانه محافظه کارانه فیشر و همکاران (۲۰۰۳) به دلیل بالا بودن **نقطه داده‌های ترسیم** در هر سه شرکت‌کننده (تعداد نقاط برافراشته مرحله مداخله در نمودار پس از آخرین خط پایه)، مداخله به عمل آمده از نظر بالینی معنادار است. همچنین بر اساس طبقه بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹) به نقل از حمیدپور، (۱۳۸۷) مداخله به عمل آمده در بهبود تصویر بدنی نگرشی و ادراکی در **طبقه موفقیت درمان** قرار می‌گیرد چرا که شاخص **بهبودی** در هر سه شرکت‌کننده بالای ۵۰٪ قرار دارد و میانگین **شاخص تغییر پایا** نیز در هر سه شرکت‌کننده بزرگتر از ۱/۹۶ قرار دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشانگر کارایی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی نگرشی و ادراکی شرکت‌کننده‌ها است. این یافته‌ها همسو با پژوهش قاسمی و جبل عاملی (۱۳۹۸)، حامدی رستمی و همکاران (۱۴۰۰)، غلامحسینی و همکاران (۱۳۹۴)، رسولی علی‌آبادی و کلانتری (۱۳۹۷)، منلیک و همکاران (۲۰۱۳)، پیرسون و همکاران (۲۰۱۲)، حبیب‌اللهی و سلطانی‌زاده (۱۳۹۴)، آریا پوران و همکاران (۲۰۱۸)، آزادمنش و همکاران (۱۴۰۰)، بورمن (۲۰۱۳)، فاریابی و همکاران (۱۳۹۹)، جلوداری و همکاران (۱۳۹۸)، مرادی و همکاران (۱۳۹۹)، اوستوزن و همکاران (۲۰۱۹)، پاسیار و همکاران (۱۴۰۲)، شاکر‌نژاد و همکاران (۱۳۹۶)، قنبری و همکاران (۱۴۰۱)، شمشادی و همکاران (۱۳۹۹)، انصاری اصل و محمدپور (۱۴۰۱)، گریفت و همکاران (۲۰۱۸)، ترک و والر (۲۰۲۰)، یاسایی و همکاران (۲۰۱۷)، اسموت و همکاران (۲۰۱۲)، جاراسیو و همکاران (۲۰۱۰) و پاتس و همکاران (۲۰۲۲) است که گزارش کردند درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود تصویر بدنی و یا کاهش نگرانی و اضطراب و نشانه‌های افسردگی در این حیطة می‌شود.

در تبیین این یافته باید همزمان به مولفه‌های درمانی اکت و نیز مشکلات ایجاد شده در تصویر بدنی افراد مبتلا به اختلال بد ریخت‌انگاری توجه نمود. درمان پذیرش و تعهد و تکنیک‌های درمانی که در آن استفاده می‌شود راهکارهای زیادی برای مقابله با نشخوار فکری (که از مولفه‌های اصلی در این اختلال است) ارائه می‌کند. در خلال جلسات درمان، با تقویت مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه کنونی و مشاهده خود، به مراجعان می‌آموزند به جای اجتناب تجربی از نشخوار فکری و نگرانی به

باتوجه به مندرجات جدول ۲ و ۳ و نمودار ۱ هر سه شرکت‌کننده پس از دریافت مداخله افزایش قابل توجهی در درصد تصویر بدنی نگرشی و نیز کاهش قابل توجهی در تصویر بدنی ادراکی نشان داده‌اند. بعلاوه، طی جلسات پیگیری که پس از مداخله انجام شد، روند تغییر مثبت تصویر بدنی نگرشی و نیز ادراکی در آن‌ها تداوم داشته است. براساس نمودار ۱، در موقعیت خط پایه میزان تصویر بدنی نگرشی و ادراکی باثبات بوده و با شروع مداخله در هر سه شرکت‌کننده مبتنی بر تراز مطلق و روند تغییرپذیری داده‌ها (جدول ۴ و ۵) تغییر ناگهانی در سطح و روند داده‌ها رخ داده است و روند داده‌ها به سمت بهبود تصویر بدنی نگرشی و ادراکی سوق یافته است. از سویی، مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که تغییرات در تصویر بدنی نگرشی و ادراکی در دو مرحله مداخله و پیگیری در حدی نیست که ثبات داده‌ها را بطور معنی دار تغییر دهد و در مجموع، تغییر در این دو متغیر در هر سه شرکت‌کننده همسانی نسبتاً کاملی دارد. بعلاوه مندرجات جدول (۴) نشان می‌دهد تغییرپذیری روند داده‌ها در متغیر تصویر بدنی نگرشی در هر سه شرکت‌کننده در مرحله خط پایه و مداخله و پیگیری، تقریباً باثبات بوده در صورتی که در متغیر تصویر بدنی ادراکی به غیر از مرحله خط پایه در دو مرحله مداخله و پیگیری متغیر بوده است. همچنین، در تایید کارایی درمان پذیرش و تعهد در بهبود تصویر بدنی نگرشی، نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین کل این متغیر از ۲۰۲/۱۷ در موقعیت خط پایه به ۲۸۰/۵ در موقعیت مداخله رسیده است که تغییر قابل قبول و چشمگیر است و در متغیر تصویر بدنی ادراکی میانگین کل این متغیر از ۴۹/۵ در موقعیت خط پایه به ۳۱/۲۵ در موقعیت مداخله رسیده است که تغییری قابل قبول و چشمگیر است. شاخص PND (جدول ۶) نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد با ۱۰۰ درصد اطمینان در بهبود تصویر بدنی نگرشی و ادراکی موثر بوده است. بعلاوه، شاخص POD صفر درصد (جدول ۶) به این معنی است که مداخله بعمل آمده با ۱۰۰ درصد اطمینان در مورد هر سه شرکت‌کننده موثر بوده است. همچنین، درصد داده‌های همپوش و غیرهمپوش (جدول ۶) نشانگر بهبود تغییرات به نفع افزایش تصویر بدنی نگرشی و کاهش تصویر بدنی ادراکی است. این برتری در مرحله مداخله و پیگیری نیز تداوم داشته است و نشانگر تحکیم روند تغییرات در هر دو متغیر است. بعلاوه، مبتنی بر اندازه شاخص تغییر پایا (RCI، جدول ۷) می‌توان استنباط نمود که در هر سه شرکت‌کننده تغییرات بدست‌آمده در تصویر بدنی نگرشی و ادراکی نشانگر تغییرات معنادار است و این تغییرات معنادار با احتساب داده‌های پیگیری نیز تداوم داشته است. از آنجا که درصد بهبودی هر سه شرکت‌کننده (جدول ۸) در هر دو متغیر در مراحل مداخله و پیگیری از ۵۰ درصد بیشتر بوده است، بنابراین، در این افراد میزان تغییر در تصویر بدنی نگرشی و ادراکی مطلوب و معنادار است. علاوه بر این، مطابق ملاک‌های اینگرام، هایز و اسکات (۲۰۰۰) به نقل از ایمانی، رجبی، خجسته مهر، بیرامی و بشلیده، (۱۳۹۲) **اندازه تغییر** در هر سه شرکت‌کننده با توجه به اهداف مداخله قابل توجه بوده و از نظر بالینی معنادار است. از سویی **کلیت تغییر** نیز قابل توجه بوده چرا که در هر سه شرکت‌کننده با توجه به درصد بهبودی و سیر صعودی و مثبت تصویر بدنی نگرشی، و سیر نزولی تصویر بدنی ادراکی، درمان و بهبودی معنادار بوقوع پیوسته

ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی) انجام می‌شود (هیز، ۲۰۰۵).

از سویی در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل مراجعان به تجربه‌های درونی این است که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند (آپولیناریو و همکاران، ۲۰۲۰) و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند (بورمن و همکاران، ۲۰۱۳). رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (چیرا و همکاران، ۲۰۲۲). در درمان ACT افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان پذیر است، ناشی می‌شود. (هور و همکاران، ۲۰۱۷). در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش نگرانی‌ها در مورد تصویر بدنی می‌شود (لاول و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این درمان، شرکت‌کنندگان با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند (هافمن و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر این روش درمانی به جهت آنکه به فرآیندهای تغییر رفتار توجه دارد، لذا کارایی آن در بهبود تصویر بدنی نگرشی و ادراکی بیماران مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن در این است که بر تصریح و روشن‌سازی انگیزه‌های درونی و سپس تعیین دقیق هدف‌ها و درنهایت تعهد به اهداف و ارزش‌های تعیین‌شده تأکید می‌شود و این امر موجب کاهش انگیزه‌های ناسازگار و غیرمنطقی و افزایش تعهد به اهداف منطقی تعیین‌شده گردیده و از بازآفرینی رفتارهای اجتنابی جلوگیری نموده که این امر به شکل‌گیری احساس بهتر درقبال توانمندی‌های شخصی و بهبود تصویر بدنی منتهی می‌گردد (لوین و همکاران، ۲۰۲۱).

در مجموع، با توجه به تأثیر روش‌های مختلف اکت، فرد نسبت به توانایی‌ها و ارزش‌های زندگی خود می‌تواند به تصویر مثبت در وی منجر شود و رضایت، لذت و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در پی داشته باشد (قاسمی و جبل عاملی، ۱۳۹۸). اما تغییرات محسوس روان‌شناختی در حین اجرای پروتکل درمانی بویژه زمان کسب توانایی گسلش شناختی و مخصوصاً فرایند ارزش‌ها قابل مشاهده بود، طوری که هر سه مراجع در این قسمت مکرر به صورت شفاهی اظهار می‌داشتند که تاکنون به ارزش‌های مربوط به وجوه روان‌شناختی و اجتماعی و هویت و حتی نظام باور و ارزش‌های خود، به طور آشکارا واقف نبودند و این مسئله اغلب موجب اجتناب آن‌ها از برخی موقعیت‌های اجتماعی و بی‌ثباتی در عملکرد آن‌ها بود، اما استراتژی ارزش‌ها در اکت موجبات کسب اعتماد به خود و هویت با ثبات و ساختن نظام باور و ارزش در خود و کاهش استرس در روابط اجتماعی و رسیدن به

تمرین زندگی در اینجا و اکنون، عدم تحت تأثیر بار هیجانی افکار نشخوارگونه قرار گرفتن، عدم کنترل افکار و صرفاً نظاره‌گر آمد و شد آنان بودن، بپردازند و به این درک برسند که نشخوار فکری آنان کمتر تهدیدکننده یا غیرقابل تحمل به نظر می‌رسد و به نوعی پذیرش و یافتن بصیرت نسبت به آن‌ها و نهایتاً فروکش نشخوار فکری و نگرانی گردند (ماهرالنقش و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین مداخله ذهن آگاهی سبب می‌شود افراد نسبت به زمان حال هوشیار شوند در نتیجه آگاهی فرد نسبت به این موضوع سبب می‌شود نگرشی بدون قضاوت نسبت به خود داشته باشند (کابات زین، ۲۰۰۳). این موضوع موجب ایجاد ادراک بهتر و نگرش واقع بینانه‌تری نسبت به ظاهر جسمانی می‌شود (بل و راشفورت، ۲۰۰۸). علاوه بنا به نظر داف و همکاران (۲۰۱۶) توجه آگاهی می‌تواند به رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در تنظیم رفتاری دارد و به کاهش نگرانی‌های مربوط به تصویر بدنی کمک می‌کند. از سویی، در این روش درمانی، استفاده از تمرینات و استعاره‌های مختلف موجب می‌شود فرد احساسات شدید را تجربه نموده و به احساسات بدنی خود توجه نماید، بدون آنکه آسیبی به آن‌ها وارد شود و بکارگیری استعاره‌ها به فرد کمک می‌کند از کنترل و اجتناب از افکار، احساسات و خاطرات ناخوشایندی که در اثر نگرانی از تصویر بدنی بوجود آمده‌اند، رهایی یابد و در راستای ارزش‌های خود برای دستیابی به یک زندگی غنی گام بردارد (استراسال و ویلسون، ۱۹۹۹).

فنون درمان پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تأکید زیادی دارند. وقتی آمیختگی شناختی کاهش یابد یعنی محتوای افکار فرد گسلیده شده است (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). درمانگر از طریق فرایند گسلش شناختی^۲ به مراجع می‌آموزد که رویدادهای درون را همانگونه که هستند ببیند، نه آن طور که خود آن رویدادها می‌گویند و این باعث می‌شود پذیرش بهتر صورت گیرد. به عبارتی، در این روش درمانی، با استفاده از تکنیک گسلش شناختی به بیمار آموخته می‌شود افکار آزاردهنده را نه بعنوان یک واقعیت محض، بلکه بعنوان تجربیاتی که در حال گذر هستند، در نظر بگیرد و این امر باعث می‌شود فرد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن از افکار و تصورات منفی راجع به بدریختی بدن رهایی یابد (سینتوری و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از رایج‌ترین مشکلات در حوزه تنظیم هیجان در بدریخت‌انگاری، رفتار اجتنابی است (ویل و نظیراوغلو، ۲۰۱۰). درمان پذیرش و تعهد در این حیطه سعی می‌کند به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش را افزایش دهد. ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درباره تجربیات روانی‌اش افزایش یابد، سپس بی‌اثر بودن هرگونه عمل اجتنابی آموزش داده می‌شود و اینکه باید این تجارب را بدون هیچ واکنش بیرونی و درونی پذیرفت. در مرحله بعد به فرد آموخته می‌شود که از لحظه لحظه حالات روانی خود، آگاهی یابد و در مرحله بعد بتواند مستقل از این تجارب عمل کند (گسلش شناختی). در نهایت، شناخت ارزش‌های شخصی فرد و ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه (یعنی فعالیت معطوف به اهداف و

1. Bell & Rushforth
2. Strosahl & Wilson
3. cognitive isolated

4. Sianturi et al
5. Neziroghlu
6. Levin et al

این باور که تصویر بدنی تنها وجه بارز شخصیت آن‌ها نیست و آن‌ها ارزش‌هایی دیگری بجز تصویر بدنی برای عرضه کردن دارند که تاکنون به آن توجه نکرده اند، گردیده است.

یکی از اهداف اصلی هر درمانی این است که مشخص کند آیا نتایج مثبت درمانی پس از اتمام درمان نیز ادامه داشته است یا نه؟ در پژوهش حاضر برای سنجش این متغیر، بیماران در مرحله پس از اتمام درمان از نظر آماج‌های اصلی مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفتند. بیماران توانستند در همه هدف‌های درمانی دستاوردهای درمانی خود را در مطالعات پیگیری حفظ کنند. همچنین طبق نظر کازدین (۱۹۹۲) افت آزمودنی‌ها را باید به عنوان یکی از متغیرهای درمان محاسبه کرد. افراد شرکت‌کننده در درمان پذیرش و تعهد، به دلیل داشتن تحصیلات دانشگاهی، داشتن ذهنیت روان‌شناختی، عدم تمایل به مصرف داروهای روان‌پزشکی تا آخرین جلسه با انگیزه خوب حضور داشتند و هیچ یک از سه مراجع درمان را ترک نکردند.

منابع

- آزاد منش، نرگس، شهایی زاده، فاطمه، شهرکی، الهام، و اسدی یونسی، محمد رضا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (اکت) و فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب و نشانه‌های جسمی بیماران لوپوس اریتماتوی سیستمیک، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۲۶(۱)، ۲۶۵۷-۲۶۴۳.
- اکبری، مهدی؛ و حسینی، زهراسادات. (۱۳۹۸). فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان‌های موج سوم رفتاری بر افسردگی در ایران: مقایسه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی و درمان فراشناختی (سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۶). *نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷(۱)، ۱۱-۲۶.
- انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۲۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. (ویراست پنجم تجدید نظر شده). ترجمه: یحیی سید محمدی. (۱۴۰۱). تهران: نشر روان.
- انصاری اصل، محمد؛ و محمدپور، سمانه. (۱۴۰۱). تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب و انعطاف‌ناپذیری تصویر بدنی زنان دارای اضافه وزن و چاق. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲، ۴۷، ۱-۷.
- بارلو، دیوید اچ، دیورند، وی مارک. (۱۳۹۴). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: رسا.
- پاسیار، سحر؛ بقولی، حسین؛ برزگر، مجید؛ و سهرابی، نادره. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت، تصویر بدنی و بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه ماستکتومی شده، *فصلنامه خانواده و بهداشت*، دوره سیزدهم، پیاپی (۱) ۳۶، ۵۲-۳۸.
- جلوداری، سمیرا؛ سوداگر، شیدا؛ و بهرامی هیدجی، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان، *فصلنامه علمی روانشناسی کاربردی*، دوره ۱۳، ۴(۵۲)، ۵۲۷-۵۴۸.
- حامدی رستمی، فاطمه زهرا؛ محمدیان اکردی، ابراهیم؛ دهروهی، شهربانو؛ و عندلیب صحنه سرائی، محترم. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بد ریختی بدن و بهزیستی روان‌شناختی در زنان متقاضی جراحی

- زبایی: یک مطالعه نیمه‌آزمایشی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۰، ۱۳۲۳-۱۳۳۸.
- حبیب‌اللهی، اعظم؛ و سلطانی‌زاده، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر وسواس اجباری در دختران نوجوان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۲(۴)، ۱-۱۰.
- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۷). اهمیت روش‌شناسی در پژوهش‌های رفتاری-شناختی، *بازتاب دانش*، ۳(۱)، ۴۹-۵۶.
- ریبعی، مهدی، بهرامی، فاطمه، و کلانتری، مهرداد. (۱۳۹۰). *اختلال بدریخت انگاری بدن (ماهیت، علل و درمان)*. تهران: انتشارات ارجمند: نسل فردا.
- رسولی علی آبادی، بهاره؛ و کلانتری، مهرداد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی‌های افسردگی، عزت‌نفس و تصویر بدنی پس از اولین تولد، *زنان شهر کاشان. مجله دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۶(۲)، ۱۰۳-۱۱۲.
- زنجانی، زهرا؛ و گودرزی، محمدعلی. (۱۳۸۷). بررسی روایی و پایایی مقیاس محرک‌های تصویری استاندارد در گروهی از دانشجویان شیراز، جنوب ایران. *اصول بهداشت روانی*، ۱۰، ۲(پیاپی ۳۸)، ۱۵۵-۱۴۹.
- عبدالشاهی، مریم و ولی زاده فرد، فریبا. (۱۳۹۹). رابطه ادراک تصویر بدنی با میزان آمادگی بدنی ادراک شده در دختران ورزشکار و غیر ورزشکار. *پژوهشنامه مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی*، ۱۶(۳۱)، ۸۰-۶۷.
- سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد؛ فلسفی نژاد، محمدرضا؛ اسکندری، حسین؛ و زینتی افخم، علیرضا. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی برنامه فراتشخیصی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افکار منفی تکراری و اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری-عملی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲(۱)، ۲۰۴-۱۲.
- شاکر نژاد، سپیده؛ مودن، نسرین؛ حمیدی، معصومه؛ بزاززاده، نیلوفر و بدایق مظاهر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری اسکروز متعدد، *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹(۱)، ۱۷-۷.
- شمشادی، هاشم، شمس، امیر، صحاف، رباب، شمس پور دهکردی، پروانه، زارعیان، حسین و مسلم، علیرضا. (۱۳۹۹). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه چند بعدی نگرش فرد در مورد بدن خود (MBSRQ) در سالمندان ایرانی، *مجله ایرانی سالمندی*، ۱۵(۳)، ۳۱۰-۲۹۸.
- عباسی، شیماء، آریابوران، سعید و کریمی، جواد. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی، *دست‌آوردهای روانشناختی*، ۴(۲)، ۴۸۸-۴۳۷.
- غلامحسینی، بهاره؛ خدابخشی، آناهیتا و تقوایی، داوود. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی. *سلامت اجتماعی*، ۲(۲)، ۷۹-۷۲.
- فاریابی، منوچهر؛ رفیعی پور، امین؛ حاجی عزیززاده، کبری؛ خداوردیان، سهیال. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب، استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان خون. *دوماهنامه علمی پژوهشی نض*، ۲۴(۴)، ۴۳۲-۴۲۴.
- قاسمی، لیلا؛ و جبل عاملی، شیدا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی ماستکتومی. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۵(۳)، ۲۶۱-۲۵۵.
- قنبری، معصومه؛ تیزدست، طاهر؛ خلعتبری، جواد؛ و رحمانی، محمد علی. (۱۴۰۱). اثر بخشی درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر انعطاف‌پذیری و

- perceptual body image the same or different? Evidence from high-level adaptation. *Body Image*, 31, 35-47.
- Crane, R. (2013). *Cognitive therapy based on mindfulness*, Oakland: New Harbinger
- Crerand, C. E., Menard, W., & Phillips, K. A. (2010). Surgical and minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder. *Annals of plastic surgery*, 65(1), 11.
- Dong, N., Nezgovorova, V., Hong, K., & Hollander, E. (2019). Pharmacotherapy in body dysmorphic disorder: relapse prevention and novel treatments. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 20(10), 1211-1219.
- Duff, H., Larsson, A., & McHugh, L. (2016). Evaluations of self-referential thoughts and their association with components of Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 39-47.
- Egelton, k. (2011). *A lifetime of body image dissatisfaction among women. Phd dissertation*. Mc gill university. UMI dissertation publishing, proquest.
- Enander, J., Ljótsson, B., Anderhell, L., Runeborg, M., Flygare, O., Cottman, O., & Rück, C. (2019). Long-term outcome of therapist-guided internet-based cognitive behavioural therapy for body dysmorphic disorder (BDD-NET): a naturalistic 2-year follow-up after a randomised controlled trial. *BMJ open*, 9(1), e024307.
- Forman, E.M. Herbert, J.D. Mitra, E. Yemans, P.D. & Geller, P. A. (2007). A Randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behaviour modification* 31(6), 772-799.
- Gasco, M., Briñol, P., & Horcajo, J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: El efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes [Attitude change toward body image: The role of elaboration on attitude strength]. *Psicothema*, 22(1): 71-76.
- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *J Contemp Psychother*, 48(4), 189-204. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0>
- Hardardottir, H., Hauksdottir, A., Bjornsson, A.S. (2019). [Body dysmorphic disorder: Symptoms, prevalence, assessment and treatment]. *Laeknabladid*, 105(3), 125-131.
- Harris, R. (2013). *Getting Unstuck in ACT*, Oakland: New Harbinger.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3).
- Hayes, S.C, Luoma, J.B, Bond, F.W, Masuda A, Lillis J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44:1-25.
- Hayes SC, Strosahl, K, D, & Wilson, K.G. (2016). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Second edition, New York: Guilford Press.
- کمال‌گرایی ظاهر جسمانی در اختلال بدشکلی بدن. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۵، ۱، ۸۶-۱۰۰.
- ماهرالنقش، فهیمه؛ نادری، فرح؛ بختیارپور، صفر و صفرزاده، سحر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش ذهنی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و نگرانی در افراد دارای بدریخت انگاری بدنی. *مجله شفای خاتم*، ۱۹(۱): ۱۲۰-۱۳۱.
- محبت، کاظمینی؛ فروغی، علی اکبر، خانجانی، سجاد، و محمدی، ابوالفضل. (۱۳۹۹). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه نگرانی بدشکلی، نوید، ۱۸(۶۱)، ۵۶-۶۵.
- مرادی شهر بابک، زهرا؛ نیسی، عبدالکامظم؛ داوودی، ایران؛ زرگر، یداله. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خستگی شناختی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با پیگیری ۹۰ روزه، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۶(۲)، ۸۷-۹۲.
- هاشمی جشنی، عبدالله. و روشن احدی، حسن. (۲۰۲۰). مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۳)، ۱۱۴۱-۱۱۴۸.
- Apolinário-Hagen, J., Drüge, M., & Fritsche, L. (2020). Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches, *Adv Exp Med Biol*, 1191:291-329. doi: 10.1007/978-981-32-9705-0_17.
- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., Bendelin, N., Furmark, T., & Andersson, G. (2013). Guided internet-delivered acceptance, and commitment therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Behavior Research Therapy*, 51(6), 15-307.
- Bell, L., & Rushforth, J. (2008). *Overcoming body image disturbance: A programme for people with eating disorders*. Routledge.
- Carrascoso Lopez, F.j. (2000). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia: A case study. *Psychology in Spain*, 4, 120-128.
- Cash, T. E. (1995). *What do you see when you look in the mirror? Helping yourself to a positive body image*. New York: Bantam Books.
- Cash, T. F., Pruzinsky, T., & eds. (1990). *Body Images: Development, Deviance and Change*. New York: Guilford.
- Cash, T. F, Melnyk, S.E, & Hrabosky, J.I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of eating disorders*; 35(3), 305316. <https://doi.org/10.1002/eat.10264>.
- Chiara, G., Moltrasio, C., Brambilla, P., & Delvecchio, G. (2022). The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social anxiety: An updated scoping review, *J Affect Disord*, 1;310:174-182. doi: 10.1016/j.jad.2022.05.008
- Conrado, L. A. (2009). Body dysmorphic disorder in dermatology: diagnosis, epidemiology and clinical aspects. *Anais brasileiros de dermatologia*, 84, 569-581.
- Cornelissen, K., Widdrington, H., McCarty, K., Pollet, T., Tovée, M., Cornelissen, P. (2019). Are attitudinal and

- Manlick, C. F., Cochran, S. V., & Koon, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 43*, 115-122.
- Oosthuizen, P., Lambert, T., & Castle, D.J. (2019). Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Aust. Z. J. Psychiatry, 32*(1), 129-32.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W. (2006). A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International journal of psychology and psychological therapy, 6*(3), 397-416.
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2017). Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite, 112*, 107-116.
- Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(1), 181-197.
- Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford University Press, USA.
- Phillips, K. A., Coles, M. E., Menard, W., Yen, S., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2005). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *The Journal of clinical psychiatry, 66*(6), 717-725.
- Phillips, K. A., & Hollander, E. (2008). Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body image, 5*(1), 13-27.
- Phillips, K. A., Menard, W., Quinn, E., Didie, E. R., & Stout, R. L. (2013). A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine, 43*(5), 1109-1117.
- Potts, S., Krafft, J., & Levin, ME. (2022). A pilot randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy guided self-help for overweight and obese adults high in weight self-stigma. *Behav Modif, 46*(1), 178-201. <https://doi.org/10.1177/0145445520975112>
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy, 40*(2), 142-154.
- Selvi, K., Parling, T., Ljótsson, B., Welch, E., & Ghaderi, A. (2021). Two randomized controlled trials of the efficacy of acceptance and commitment therapy-based educational course for body shape dissatisfaction. *Scandinavian Journal of Psychology, 62*(2), 249-258.
- Sianturi, R., Keliat, B.A., & Wardani, I.Y. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria Clinica, 28*, 94-7.
- Smout, MF., Hayes, L., Atkins, PW., Klausen, J., & Duguid, JE. (2012). The empirically supported status of acceptance
- Hayes, S C. (2005). Stability and change in cognitive behavior therapy: Considering the implications of ACT and RFT. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 23*: 131-135.
- Hayes, S.C., Lillis, J. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. Massachusetts. American Psychological Association.
- Hoffmann, D., Halsboe, L., Eilenberg, T., Jensen, J., & Frostholm, L. (2014). A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(3), 189-195.
- Honigman, R. J., Phillips, K. A., & Castle, D. J. (2004). A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. Plastic and reconstructive surgery, 113(4), 1229.
- Hor, M., & Manshai, Gh. (2017). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the mental health of patients with type 2 diabetes in Isfahan city. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 6*(16), 309-316. [Persian]
- Ingram, R. E., Hayes, A., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatments: A critical analysis.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol, 59*(1), 12-9. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.59.1.12>
- Jain, S., Grant, J. E., Menard, W., Cerasoli, S., & Phillips, K. A. (2004). A chart-review study of SRI continuation treatment versus discontinuation in body dysmorphic disorder. In *Abstracts, National Institute of Mental Health NCDEU 44th Annual Meeting* (p. 231).
- Juarascio, A.S., Forman, E.M., & Herbert, J.D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification, 34*, 175-190. <http://dx.doi.org/10.1177/0145445510363472>.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future.
- Kazdin, A. E. (1992). *Research Design in Clinical Psychology (2ed)*. Boston: Allyn and Bacon. 40-60.
- Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. (2019). Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: systematic review. *Journal of medical Internet research, 21*(1), e12530.
- Lane, J.D., & Gast, DL. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychol Rehabil, 24*(3-4), 445-63. <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.815636>
- Lavell, C.H., Webb, H.J., Zimmer, H., Gembeck, M.J. & Farrell, L.J. (2018). A prospective study of adolescents' body dysmorphic symptoms: Peer victimization and the direct and protective: Roles of emotion regulation and mindfulness. *Body image, 24*, 17-25.
- Levin, ME., Petersen, JM., Durward, C., Bingeman, B., Davis, E., Nelson, C, et al. (2021). A randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy to improve diet and physical activity among adults who are overweight/obese. *Transl Behav Med, 11*(6), 1216-25. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa123>

- and commitment therapy: An update. *Clinical Psychologist*, 16(3), 97-109. DOI:10.1111/j.1742-9552.2012.00051.x
- Snorrason, I., Beard, C., Christensen, K., Bjornsson, A. S., & Björgvinsson, T. (2019). Body dysmorphic disorder and major depressive episode have comorbidity-independent associations with suicidality in an acute psychiatric setting. *Journal of affective disorders*, 259, 266-270.
- Soler, P. T., Ferreira, C. M. H., Novaes, J. S., & Fernandes, H. M. (2018). Body dysmorphic disorder: characteristics, psychopathology, clinical associations, and influencing factors. *Pathophysiology-Altered Physiological States*, 10.
- Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press: P. 77.
- Swami, V., Robinson, C., & Furnham, A. (2021). Associations between body image, social physique anxiety, and dating anxiety in heterosexual emerging adults. *Body Image*, 39, 305-312.
- Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of personality assessment*, 64(2), 258-269.
- Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36.
- Turk, F., & Waller, G. (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 79, 101856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101856>
- Veale, D. (2010). Cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 40(7), 333-340.
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder: A treatment manual*. John Wiley & Sons.
- Yasaie Sokeh, M., Shafiabadi, A., & Farzad, V. (2017). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment group therapy (ACT) with mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on hemodialysis patients in terms of anxiety and depression. *Journal of Fundamentals of Mental Health* (19), 317-324.
- Zettle, R.D. (2011). The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7 (1), 78-84