

Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Body Dissatisfaction and Fear of Negative Evaluation in Girl adolescents with Body Dysmorphic Disorder

Azam Habibollahi¹,
Mohammad Soltanizadeh²

¹ MSc in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran

(Received May 31, 2015 Accepted October 20, 2015)

Abstract

Background and purpose: Body dysmorphic disorder is one of the common disorders in which adolescents pay excessive attention to their appearances. It causes disruptions to both individual and social life. This study investigated the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on body dissatisfaction and fear of negative evaluation in high school girls with body dysmorphic disorder.

Materials and methods: An experimental study (pre-test, post-test design) was performed in which 30 female high school students with body dysmorphic disorder were recruited. The participants were selected using multistage random sampling and divided into experimental (n=15) and control (n=15) groups. The experimental group attended an eight-week ACT programme (1.5 hr) while the control group received no intervention. Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID-I), body dissatisfaction questionnaire, and fear of negative evaluation questionnaire were used in pre-test and posttest stages.

Results: ACT produced significant reductions in body dissatisfaction ($P<0.01$) and fear of negative evaluation ($P<0.01$) in post-test.

Conclusion: Based on this study, ACT therapy could be used as an efficient intervention for reduction of body dissatisfaction and fear of negative evaluation in high school girls with body dysmorphic disorder.

Keywords: acceptance and commitment therapy, body dissatisfaction, fear of negative evaluation, body dysmorphic disorder

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(134): 278-290 (Persian).

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر نارضایتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی در دختران نوجوان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن

اعظم حبیب الهی^۱محمدسلطانی زاده^۲

چکیده

سابقه و هدف: اختلال بدشکلی بدن یکی از اختلالات شایع دوران نوجوانی است که در آن نوجوانان بیش از اندازه به ظاهر تمرکز دارند که باعث مختل شدن زندگی فردی و اجتماعی آن‌ها می‌گردد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر نارضایتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی در دانش آموزان دختر دبیرستانی مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بود.

مواد و روش‌ها: جامعه پژوهش در پژوهش مداخله‌ای حاضر (پیش‌آزمون-پس‌آزمون)، شامل دانش آموزان دختر دبیرستانی مبتلا اختلال بدشکلی بدن شهرستان نجف آباد بودند. از میان آن‌ها تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر آزمایش؛ ۱۵ نفر کنترل) به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای به‌عنوان نمونه پژوهش، انتخاب شدند. گروه آزمایش، ۸ جلسه یک و نیم‌ساعته، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند درحالی‌که گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای محور یک (SCID-I)، مقیاس اصلاح شده وسواس فکری-عملی بل براون برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS-BDD) پرسشنامه نارضایتی بدنی و پرسشنامه‌ی ترس از ارزیابی منفی به‌عنوان ابزار پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، برای دو گروه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به کاهش معنادار نارضایتی بدنی ($p < 0/01$) و ترس از ارزیابی منفی ($p < 0/01$) در مرحله پس‌آزمون شد.

استنتاج: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌تواند به‌عنوان یک مداخله اثربخش در کاهش نارضایتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان دختر دبیرستانی دارای اختلال بدشکلی بدن محسوب گردد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نارضایتی بدنی، ترس از ارزیابی منفی، اختلال بدشکلی بدن

مقدمه

مشخص می‌شود. این اشتغال ذهنی درباره‌ی ظاهر، عمدتاً مربوط به صورت، پوست و مو است. اگرچه این نقص از نظر دیگران قابل قبول نیست، ولی افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به غلط آن نقص را وحشتناک و تنفرآمیز

اختلال بدشکلی بدن (Body dysmorphic disorder)، اختلال شدیداً ناتوان‌کننده است که اغلب درمان آن مشکل است (۱)، این اختلال با اشتغال ذهنی شدید به یک نقص یا عیب ناچیز و حس فرضی در ظاهر فرد

E-mail: az.h888@yahoo.com

مؤلف مسئول: اعظم حبیب الهی - نجف‌آباد: دانشگاه آزاد اسلامی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، نجف‌آباد، اصفهان، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۳/۱۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۷/۲۸

تفسیر می‌کنند و ساعات بسیاری از روز را در حال فکر کردن و رنج بردن از این نقص به سر می‌برند (۲). با این که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن نقص ندارند یا اگر نقصی هم دارند، خیلی جزئی است. این افراد فکر می‌کنند که نقص آن‌ها خیلی بارز و برای دیگران روشن و قابل رؤیت است. به عبارت دیگر، افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، یک مشکل تصویر بدنی دارند که چطور ظاهر فیزیکی‌شان را می‌بینند، نه این که واقعاً چطور هستند (۳). تحقیق بر روی تصویر بدنی این افراد نشان داده است که تصویر موجود در ذهن این افراد با تصویری که دیگران در ذهن دارند، منطبق نیست. احساساتی مثل نومیدی یا شرمندگی، فرایندهایی مثل نشخوار ذهنی و افکار خودکار از دیگر ویژگی‌های این افراد است. تصور می‌شود که ارزیابی منفی از تصویر بدنی، باعث ایجاد احساس شرم، تنفر و افسردگی می‌شود (۴). در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، ترس از ارزیابی منفی، نارضایتی بدنی و عزت نفس ضعیف برای شرکت در فعالیت‌های روزانه و اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی مثل تعامل با همسالان یا همکاری در محیط کار می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی شدید گردد (۵). اختلال بدشکلی بدن معمولاً در دوران نوجوانی آغاز می‌شود (۶) و می‌تواند با رشد بهنجار تداخل پیدا کند (۷). دوران نوجوانی با ویژگی‌های جسمانی، روان‌شناختی، هیجانی و تغییرات اجتماعی مشخص می‌شود. داده‌های مربوط به رشد بدن، در بیش‌تر نوجوانان نشان از عدم رضایت آن‌ها است و به نظر می‌رسد که اختلال بدشکلی بدن، پاسخ آسیب‌شناختی به تغییرات جسمانی و هورمونی است که در طی بلوغ رخ می‌دهد. نوجوانان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به‌طور مکرر ساعاتی را جلوی آینه می‌ایستند و به واری و آراستن خود می‌پردازند. آن‌ها اغلب در تمرکز برای انجام تکالیف درسی خود دچار مشکل می‌شوند، در فعالیت‌های اجتماعی دچار انزوای اجتماعی می‌شوند و هم‌چنین افسردگی و نشخوارهای فکری و اقدام به خودکشی در آن‌ها دیده می‌شود (۸).

Bjornsson و همکاران در پژوهشی نشان دادند شدت علائم اختلال بدشکلی بدن در سنین پایین‌تر بیش‌تر است و احتمال اقدام به خودکشی نیز بیش‌تر است. سن پایین در شروع اختلال با تاریخچه خشونت بدنی، بستری روان‌شناختی، تعداد بیش‌تری از اختلالات همبود در محور ۱ و ۲، اختلالات خوردن، سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیت، اضطراب و هراس در ارتباط است (۹). شیوع اختلال بدشکلی بدنی در جامعه بین ۱ تا ۴/۲ درصد برآورد شده است. میزان این اختلال در دانشجویان بین ۲/۲ تا ۱۳ درصد است. هم‌چنین شیوع این اختلال بین بیماران روان‌پزشکی ۱۳ تا ۱۶ درصد می‌باشد (۱۰). شیوع اختلال بدشکلی بدنی احتمالاً زیاد است اما به دلایل مختلفی شیوع این اختلال کم برآورد می‌شود. از جمله دلایل این امر، شرم و تردید برای درمان این اختلال (۱۱)، انجام عمل‌های زیبایی برای برطرف کردن نقص ادراک شده (۱۲) و عدم تشخیص این اختلال (۱۳) است. افراد زیادی از متخصصین بهداشت روان هنوز آگاه نیستند که اختلال بدشکلی بدن، یک اختلال واقعی است و اغلب با درمان روان‌شناختی بهبود می‌یابد. این افراد، علاوه بر اختلال بدشکلی ممکن است اضطراب اجتماعی، افسردگی یا علائم دیگری داشته باشند که برای بیان آن‌ها کم‌تر خجالت‌زده می‌شوند. بنابراین ممکن است که سایر تشخیص‌ها را دریافت کنند ولی اختلال بدشکلی بدن تشخیص داده نشود. به علاوه، حتی در صورت تشخیص مناسب، پذیرش و ادامه درمان این بیماران، فرآیندی حساس و دشوار است (۱۴). برای درمان این اختلال علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سالیان متمادی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان‌تحلیلی برپایه دیدگاه‌های شرطی کلاسیک و عاملی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم این درمان‌ها تحت عنوان درمان "رفتاری شناختی"، تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید بیش‌تر بر جنبه‌های شناختی بوجود آمدند که تأکید این درمان‌ها

بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها و نظام‌پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی بود. امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که عبارت‌اند از رفتاردرمانی دیالکتیک، روان‌درمانی تحلیلی عملکردی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از جمله درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که توسط Hayes و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی شد. این رویکرد، ریشه در نظریه‌ی فلسفی عمیقی به نام "زمینه‌گرایی عملکردی" دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اساساً درمانی زمینه‌گرا است و می‌کوشد به جای تغییر محتوای بالینی رفتار، زمینه‌ی اجتماعی کلامی آن را تغییر دهد (۱۵). در این درمان، به جای تغییر شناخت‌ها و چالش با آن‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. یعنی افکار و احساسات رنج‌آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه‌های آسیب‌زای نابهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی می‌شوند، به شکل جدیدتری یعنی تجارب انسانی طبیعی که بخش‌هایی از یک زندگی غنی و معنادار هستند، تغییر یابد. هدف اصلی درمان، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجع برای ایجاد ارتباط کامل با زمان حال به عنوان یک انسان و تغییر یا حفظ رفتار، زمانیکه چنین کاری در خدمت اهداف ارزشمند باشد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند اصلی و زیربنایی ایجاد می‌شود که عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه. هریک از این فرایندها بر عمل زبانی انسان تأثیر گذارند، این فرایندها به یکدیگر ربط دارند و برای تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند (۱۶). از این دیدگاه، ناتوانی در تجربه فرایندهای درون فردی مثل حالات هیجانی پریشان‌کننده، منجر به انجام رفتارهای جهت‌رهایی یا نادیده

گرفتن آن‌ها می‌شود (۱۷). با این‌که این راهبردها به طور موقتی مؤثر است و به طور منفی تقویت می‌شود، اغلب منجر به ایجاد مشکلات بیش‌تر برای فرد می‌شود و در نتیجه رنج بیش‌تری را ایجاد می‌کند. در این اختلال فرد به دنبال افکاری خود ارزیابی‌کننده در مورد ظاهر، عواطف آزاردهنده‌ای را تجربه می‌کند و به دنبال آن تلاش می‌کند تا از این رویداد درون فردی فرار کند. اما این تلاش‌ها منجر به کاهش وقوع آن افکار یا عواطف نمی‌شود و حتی ممکن است در طول زمان افزایش یابد. در نتیجه راهبرد اجتناب تجربه‌ایناکارآمد است و می‌تواند رفتارهای مشکل‌زای دیگری ایجاد کند. بر اساس نظریه چارچوب رابطه‌ای که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آن استوار است، افراد به فرایندهای درونی خود برچسب آزارنده می‌دهند و تلاش‌های غیرمؤثری برای تغییر آن‌ها انجام می‌دهند (۱۵). بنابراین به نظر می‌رسد در مفهوم سازی اختلال بدشکلی بدن، می‌توان به نقش این عوامل درون فردی اشاره داشت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن نشان می‌دهد که این افراد ارزش زیادی برای جذابیت فردی قائل شده‌اند و همین منجر به از دست دادن دیگر ارزش‌های مهم زندگی آن‌ها شده است. براساس این درمان از افراد خواسته می‌شود تا دیگر ارزش‌های مهم زندگی خود را مشخص کنند و متعهد به دنبال کردن آن‌ها باشند. از آن‌جا که نوجوانان، قشر آسیب‌پذیر و حساس جامعه در ابتلا به بیماری‌های روانی به خصوص نسبت به اختلال بدشکلی بدن هستند. درمان موفقیت‌آمیز در مورد این اختلال در جمعیت نوجوانان، می‌تواند نقش مهمی در ارتقاء بهداشت و سلامت روانی افراد جامعه داشته باشد. در جستجو بر روی پژوهش‌های انجام‌شده در ایران و خارج از کشور پژوهشی که دقیقاً با موضوع پژوهش حاضر انجام‌شده باشد، یافت نشد. از جمله نزدیک‌ترین پژوهش‌ها، به موضوع پژوهش حاضر می‌توان به پژوهش‌های Forman, Pearson و همکاران با موضوع شرم و خجالت مربوط به وزن اشاره کرد (۱۸، ۱۹).

Collins و همکاران، به تحقیق و بررسی اختلال بدشکلی بدنی و پریشانی روانی در بیمارانی که تحت عمل جراحی آرواره قرار گرفته بودند، پرداختند. نتایج تحقیق حاکی از آن بود که بین اختلال بدشکلی بدنی و اضطراب، افسردگی و وسواس همبستگی زیادی وجود دارد (۲۰). از آنجا که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر انواع اختلالات روانی از جمله: اختلالات خلقی (۲۱)، وسواس (۲۲)، استرس پس از سانحه (۲۳)، هراس (۲۴)، اضطراب منتشر (۲۵)، تریکوتیلومانیا (۲۶) و سوء مصرف مواد (۲۷) به تأیید رسیده است، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارضایتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی در دختران دبیرستانی دارای اختلال بدشکلی بدن می‌باشد.

مواد و روش ها

جامعه پژوهش در پژوهش مداخله‌ای حاضر (پیش‌آزمون - پس‌آزمون)، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان نجف‌آباد در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ بود که با تکمیل پرسشنامه‌ی بدشکلی بدن و سپس مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی بر اساس ضوابط تشخیصی DSM_IV_TR، اختلال بدشکلی در آن‌ها تشخیص داده شده بود. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول از نمونه‌گیری خوشه‌ای جهت غربالگری استفاده شد. بدین صورت که از بین ۳۲ هنرستان و دبیرستان دخترانه شهرستان نجف‌آباد، سه مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس با استفاده از پرسشنامه وسواس فکری عملی ییل - براون برای اختلال بدشکلی بدن، غربالگری جهت تشخیص اولیه افراد دارای اختلال بدشکلی بدن انجام گردید. این آزمون روی ۳۲۰ نفر دانش‌آموز اجرا شد و افرادی که نمره آن‌ها در این پرسشنامه بالاتر از ۲۵ بود (۳۹ نفر) انتخاب شدند. در مرحله دوم تعداد ۳۰ نفر نوجوان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن که تشخیص نهایی اختلال بدشکلی بدن را با استفاده از مصاحبه‌ی بالینی بر

اساس DSM_IV_TR دریافت کردند، انتخاب شدند. مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I (SCID-I) انجام شد و ملاک‌های ورود و خروج توسط وی بررسی شد. سپس افراد انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. هم‌چنین جهت کاهش سوگیری در پژوهش، درمان توسط یک روانشناس بالینی آموزش دیده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام گردید. ملاک‌های ورود پژوهش حاضر عبارت بودند از تشخیص اختلال بدشکلی بدن به عنوان تشخیص اصلی، عدم همبودی با سایر اختلالات روان‌شناختی، دامنه‌ی سنی ۱۴ تا ۱۷ سال و اشتغال به تحصیل در دبیرستان. ملاک‌های خروج پژوهش حاضر نیز عبارت بودند از مصرف هر داروی روان‌پزشکی، سه جلسه غیبت، عدم رعایت قوانین گروه.

ابزارهای پژوهش

- ۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه شامل سوالات میزان تحصیلات آزمودنی‌ها، سن، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی والدین آن‌ها بود.
- ۲- مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی ییل براون برای اختلال بدشکلی بدن (YBOCS_BDD) این ابزار خودسنجی دارای ۱۲ سوال است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را موردسنجش قرار می‌دهد. پاسخ دهندگان میزان توافق خود را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت نشان می‌دهند که از دامنه "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" گسترده است. به‌طور کلی، مطالعات نشان می‌دهد که این پرسشنامه دارای روایی و پایایی مطلوبی می‌باشد (۲۸). ربیعی و همکاران این ابزار را در یک نمونه ایرانی اجرا و ویژگی‌های روانسنجی آن را بررسی نموده و نشان دادند که مقیاس اصلاح شده وسواس فکری عملی ییل براون برای اختلال بدشکلی بدن از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است (۲۹).
- ۳- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های

محور I در DSM-IV (SCID): این مصاحبه از نوع نیمه ساختار یافته می باشد که جهت تشخیص اختلالات محور I توسط First و همکاران ساخته شد (۳۰).

۴- پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی

این پرسشنامه ۱۹ ماده ای توسط Littleton و همکاران، ساخته شد که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره ظاهرش می پردازد. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه ای است و نمره کل پرسشنامه، بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده که کسب نمره بیش تر، نشانگر بالا بودن میزان نارضایتی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است. Littleton و همکاران پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی بررسی کرده و ضریب آلفای کرانباخ ۰/۹۳ را به دست آوردند (۳۱). خصوصیات روان سنجی این ابزار در جامعه ایران نیز رضایت بخش گزارش شده است (۳۲).

۵- پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی

مقیاس کوتاه ترس از ارزیابی منفی توسط لری به منظور سنجش اضطراب ناشی از ارزیابی اجتماعی و بر مبنای مقیاس ترس از ارزیابی منفی Watson & Frie ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۲ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شود. آیتم های ۲، ۴، ۷، ۱۰ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشانگر میزان بالاتر ترس از ارزیابی منفی می باشد (۳۳، ۳۴). شکری و همکاران در ایران مقیاس ترس از ارزیابی منفی را بر روی ۳۲۵ دانش آموز دبیرستانی اجرا کردند و پایایی ۰/۸۷ را برای این پرسشنامه محاسبه نمودند (۳۵).

روش اجرای پژوهش

پس از انتخاب نمونه اولیه پژوهش و گمارش تصادفی نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه های پژوهش توسط اعضای هر دو گروه در قالب مرحله

پیش آزمون، تکمیل گردید. سپس جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در قالب هشت جلسه گروهی هفتگی ۱/۵ ساعته برای گروه آزمایش اجرا شد، در حالی که گروه کنترل، هیچ مداخله ای دریافت نکرد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

جهت بررسی توصیفی داده ها از شاخص های میانگین و انحراف استاندارد و جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تحلیل کوواریانس استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 18 انجام گردید.

یافته ها

یافته های پژوهش نشان داد که ۷۳/۳ درصد از آزمودنی های گروه کنترل در پایه تحصیلی دوم و ۲۶/۷ درصد در پایه تحصیلی سوم هستند. همچنین، ۶۶/۶ درصد از آزمودنی های گروه آزمایش در پایه تحصیلی دوم و ۳۳/۴ درصد در پایه تحصیلی سوم می باشند. در زمینه تحصیلات والدین، تحصیلات پدر ۲۰ درصد از آزمودنی های گروه کنترل ابتدایی، ۲۶/۶ درصد راهنمایی، ۴۰ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد کاردانی و ۶/۷ درصد تحصیلات کارشناسی داشته اند. هم چنین تحصیلات پدر ۳۳/۳ درصد از آزمودنی های گروه آزمایش راهنمایی و ۴۰ درصد دیپلم و ۶/۷ درصد تحصیلات کاردانی و ۲۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی بوده اند. تحصیلات مادر ۲۰ درصد از آزمودنی های گروه کنترل ابتدایی، ۲۰ درصد راهنمایی، ۴۶/۷ درصد دیپلم و ۱۳/۳ درصد تحصیلات کاردانی می باشد. هم چنین تحصیلات مادر ۲۶/۷ درصد از آزمودنی های گروه آزمایش، ابتدایی، ۲۰ درصد راهنمایی، ۴۰ درصد دیپلم و ۱۳/۳ درصد کارشناسی بوده است. میانگین سن پدر آزمودنی های گروه کنترل ۵۲/۳۳ ($SD=4/23$) و گروه آزمایش ۴۹/۷۳ ($SD=6/51$) بود. میانگین سن مادر آزمودنی های گروه کنترل ۴۵/۹۳ ($SD=3/78$) و گروه آزمایش ۴۴/۲۰

(SD=۶/۲۵) بود. در زمینه وضعیت اقتصادی اجتماعی، ۴۰ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل از نظر وضعیت اقتصادی ضعیف و ۶۰ درصد از نظر وضعیت اقتصادی متوسط بوده‌اند. هم‌چنین ۲۶/۷ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش از نظر وضعیت اقتصادی ضعیف، ۵۳/۳ درصد از نظر وضعیت اقتصادی متوسط و ۲۰ درصد از نظر وضعیت اقتصادی خوب بوده‌اند.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات نارضایتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی در دو گروه آزمایش و کنترل، در جدول شماره ۲، ارائه شده است. نارضایتی بدنی ادراک شده در پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۳۵/۸۶ و ۳۷/۴۰ بود. این میانگین‌ها در مرحله پس‌آزمون ۳۶/۶۶ و ۲۷/۶۰ بود. هم‌چنین، نگرانی بدنی ادراک شده در پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۲۸/۳۶ و ۲۹/۰۶ بود. این میانگین‌ها در مرحله پس‌آزمون ۲۷/۸۶ و ۲۰/۳۳ بود. میانگین نمره کل نارضایتی بدنی در پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۶۶/۴۶ و ۶۴/۱۳ بود. این میانگین‌ها در پس‌آزمون برابر با ۶۴/۵۳ و ۴۷/۹۳ بود. میانگین ترس از

ارزیابی منفی در پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۴۲ و ۴۳/۸۶ است. میانگین ترس از ارزیابی منفی، در پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۴۳/۸۰ و ۳۳/۳۳ بود. جهت بررسی پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه و تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه از آزمون‌های شاپیرو-ویلک و آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ مشاهده می‌گردد. فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در تمام متغیرهای وابسته تأیید می‌گردد. نتایج آزمون لوین برای خرده‌مقیاس نارضایتی بدنی ادراک‌شده ($F=۱/۰۲$; $p=۰/۳۲$)، نگرانی بدنی ادراک‌شده ($F=۰/۲۵$; $p=۰/۶۲$)، نمره کل نارضایتی بدنی ($F=۰/۰۲$; $p=۰/۸۶$) و ترس از ارزیابی منفی ($F=۰/۲۹$; $p=۰/۵۸۹$) نشانگر تحقق پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها بود.

نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل نارضایتی بدنی در جدول شماره ۴ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد نمرات پیش‌آزمون نارضایتی بدنی

جدول شماره ۱: چهارچوب کلی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	موضوع	محورها
اول	معرفی مبانی اساسی درمان	(۱) آشنایی با اعضاء گروه (۲) تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان (۳) تصریح رابطه درمانی (۴) معرفی و سنجش اختلال بدشکلی بدن (۵) درماندگی خلاق
دوم	درماندگی خلاق	(۱) ادامه درماندگی خلاق (۲) استعاره چاله
سوم	کنترل مسئله است	(۱) معرفی کنترل به عنوان مسئله (۲) تفاوت دنیای درون و بیرون (۳) استعاره پلی گراف
چهارم	پذیرش جایگزینی برای اجتناب	(۱) معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل (۲) استعاره میهمان (۳) بیان احساسات پاک و ناپاک
پنجم	گسلش	(۱) گسلش (۲) استعاره اتوبوس
ششم	خود به عنوان زمینه بودن در زمان حال	(۱) معرفی انواع خود (۲) استعاره شطرنج (۳) آشنایی با گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده
هفتم	ارزش‌ها	(۱) حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر (۲) شناسایی ارزش‌ها و سنجش ارزش‌های مراجع
هشتم	تعهد به عمل	(۱) تعهد به عمل و پایبندی به ارزش‌ها با وجود موانع (۲) استعاره نهال (۳) ارزیابی تعهد به عمل و پیشگیری از عود

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
نارضایتی بدنی ادراک شده	کنترل	۳۵/۸۶	۶/۹۷	۳۶/۶۶	۶/۳۶
	آزمایش	۳۷/۴۰	۵/۹۴	۲۷/۶۰	۵/۴۶
نگرانی بدنی ادراک شده	کنترل	۲۸/۲۶	۵/۵۲	۲۷/۸۶	۴/۳۷
	آزمایش	۲۹/۰۶	۴/۳۶	۲۰/۳۳	۳/۹۹
نمره کل نارضایتی بدنی	کنترل	۶۶/۴۶	۷/۴۲	۶۴/۵۳	۸
	آزمایش	۶۴/۱۳	۹/۴۷	۴۷/۹۳	۷/۹۷
ترس از ارزیابی منفی	کنترل	۴۲	۴/۸۶	۴۳/۸۰	۴/۶۶
	آزمایش	۴۳/۸۶	۲/۱۳	۳۳/۳۳	۶/۵۶

ادراک شده، نگرانی بدنی ادراک شده و نارضایتی بدنی کلی رابطه معنی داری با نمرات این متغیرها در مرحله پس آزمون ندارد. با حذف تأثیر این متغیرها، بین میانگین تعدیل شده نمرات نارضایتی ادراک شده بدنی، نگرانی ادراک شده بدنی و نارضایتی بدنی کلی بر حسب عضویت گروهی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/01$). بدین معنی که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نارضایتی بدنی نوجوانان دختر مؤثر است. میزان تأثیر برای نارضایتی ادراک شده بدنی برابر با $0/388$ ، برای نگرانی ادراک شده بدنی $0/467$ و برای نارضایتی بدنی کلی $0/553$ می باشد؛ یعنی $38/8$ درصد از واریانس نمرات نارضایتی ادراک شده بدنی، $46/7$ درصد از واریانس نمرات نگرانی ادراک شده بدنی و $55/3$ درصد از واریانس نمرات نارضایتی بدن کلی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری پیش آزمون بین $0/979$ تا 1 می باشد که حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است. هم چنین، نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهد، نمرات پیش آزمون ترس از ارزیابی منفی رابطه معنی داری با نمرات ترس از ارزیابی منفی در مرحله پس آزمون

ندارد. با حذف تأثیر این متغیر، بین میانگین تعدیل شده نمرات ترس از ارزیابی منفی بر حسب عضویت گروهی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/01$). بدین معنی که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ترس از ارزیابی منفی نوجوانان دختر مؤثر است. میزان تأثیر برابر با $0/455$ می باشد؛ یعنی $45/5$ درصد از واریانس نمرات ترس از ارزیابی منفی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری پیش آزمون بین $0/996$ است که حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث کاهش نارضایتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. نتایج به دست آمده با یافته های رفیعی و همکاران که نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه های اضطراب و رضایتمندی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی مؤثر است همسو است (۳۶).

جدول شماره ۳: نتایج آزمون شاپیرو-ویلک و لوین جهت ارزیابی پیش فرض های پژوهش

متغیرها	آزمون شاپیرو-ویلک				آزمون لوین			
	آماره	معنی داری	کنترل	آماره	معنی داری	آزمایش	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم
نارضایتی بدنی ادراک شده	۰/۹۳۰	۰/۲۷۵	۰/۹۱۹	۰/۱۸۴	۱/۰۲۳	۱	۲۸	۰/۳۲۰
نگرانی بدنی ادراک شده	۰/۹۸۰	۰/۹۶۶	۰/۹۵۵	۰/۶۰۳	۰/۲۵۰	۱	۲۸	۰/۶۲۱
نمره کل نارضایتی بدنی	۰/۹۲۵	۰/۲۳۳	۰/۹۲۲	۰/۲۰۶	۰/۰۲۸	۱	۲۸	۰/۸۶۹
ترس از ارزیابی منفی	۰/۹۴۰	۰/۳۸۳	۰/۹۲۹	۰/۲۶۳	۰/۲۹۸	۱	۲۸	۰/۵۸۹

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نارضایتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی

متغیر	شاخص	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
نارضایتی بدنی ادراک شده	پیش آزمون	۵/۴۰	۱	۵/۴۰	۵/۴۰	۰/۱۴	۰/۷۰	۰/۰۰	۰/۰۶
عضویت گروهی	۶۲۱/۴۲	۱	۶۲۱/۴۲	۱	۶۲۱/۴۲	۱۷/۱۲	۰/۰۰	۰/۳۸	۰/۹۷
نگرانی بدنی ادراک شده	پیش آزمون	۲/۱۰	۱	۲/۱۰	۲/۱۰	۰/۱۱	۰/۷۳	۰/۰۰	۰/۰۶
عضویت گروهی	۴۲۷/۶۶	۱	۴۲۷/۶۶	۱	۴۲۷/۶۶	۲۳/۶۱	۰/۰۰	۰/۴۶	۰/۹۹
نمره کل نارضایتی بدنی	پیش آزمون	۶۷/۶۶	۱	۶۷/۶۶	۶۷/۶۶	۱/۰۶	۰/۳۱	۰/۰۳	۰/۱۶
عضویت گروهی	۲۱۳۱/۲۸	۱	۲۱۳۱/۲۸	۱	۲۱۳۱/۲۸	۳۳/۴۳	۰/۰۰	۰/۵۵	۱/۰۰
ترس از ارزیابی منفی	پیش آزمون	۰/۷۸	۱	۰/۷۸	۰/۷۸	۰/۰۲	۰/۸۸	۰/۰۰	۰/۰۵
عضویت گروهی	۷۵۸/۵۵	۱	۷۵۸/۵۵	۱	۷۵۸/۵۵	۲۲/۵۸	۰/۰۰	۰/۴۵	۰/۹۹

Pearson و همکاران در پژوهشی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رفتارهای خوردن را در زنان دارای نگرانی تصویر بدنی، کاهش می دهد (۱۸).

Forman و همکاران در پژوهشی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به درمان شرم و خجالت مرتبط با بدن کمک می کند (۱۹). هم چنین Collins و همکاران، به تحقیق و بررسی اختلال بدشکلی بدنی و پریشانی روانی در بیمارانی که تحت عمل جراحی آرواره قرار گرفته بودند پرداختند. نتایج تحقیق آن ها حاکی از آن بود که بین اختلال بدشکلی بدنی و اضطراب، افسردگی و وسواس همبستگی زیادی وجود دارد (۲۰). از آن جاکه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اختلالات خلقی و وسواس (۲۱، ۲۲) به اثبات رسیده است می توان گفت که نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های قبلی همسو است. در تبیین این یافته پژوهش می توان به جنبه های مختلفی اشاره کرد. بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، افکار پریشان کننده ای دارند. این افراد از موقعیت ها یا فعالیت هایی برانگیزاننده این افکار و احساسات، اجتناب می کنند. سرخوردگی ناشی از عدم کنترل این افکار و احساسات پریشان کننده، اثرات ناخواسته جدیدی ایجاد می کند و فرد را به طور فزاینده ای از چیزهایی که برایش اهمیت دارند از قبیل سلامتی، کار، دوستان و خانواده دور می کند. کسی که به خاطر نگرانی از تصویر بدن و آمیختگی با افکاری هم چون "من زشتم"، "من جذاب و دوست داشتنی نیستم"، در خانه می ماند، یا زیاد آرایش می کند شاید در کوتاه مدت، آرامش داشته باشد اما به طور مداوم درگیر چنین افکاری می شود، که "من زشتم"، "کسی دوست ندارد با من صحبت کند" و همین موضوع در بلندمدت باعث تشدید نارضایتی بدنی وی می شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افکار، نتیجه یک ذهن طبیعی اند و باورها حاصل فرایند آمیختگی شناختی. آن چه افکار را تبدیل به باور می کند، آغشته شدن فرد به محتوای افکار است. وقتی فردی طبق یک فکر مربوط

به نارضایتی بدن، عمل می کند، یعنی با محتوای آن آمیخته شده است و حاصل این آمیختگی، باورهای مربوط به بدشکلی بدن هستند. تکنیک های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی، تأکید زیادی دارند. وقتی آمیختگی شناختی کاهش یابد، یعنی فرد از محتوای افکار، گسلیده شده است. تمرینات گسلش شناختی به مراجعان می آموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند. هیچ یک از این رویدادهای درونی وقتی تجربه می شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیبزا نیستند. آسیبزا بودن آن ها از این ناشی می شود که آن ها تجارب آسیبزا، ناسالم و بدی دیده شوند که باید کنترل و حذف شوند (۳۷). درمانگر از طریق فرایند گسلش شناختی به مراجع می آموزد که رویدادهای درون را همان گونه که هستند ببینند نه آن طور که خود آن رویدادها می گویند و این باعث می شود پذیرش بهتر رخ دهد (۳۸). این روش درمانی باعث می شود که مراجعان تجارب ناخوشایند درونی را بدون تلاش برای کنترل کردن آن ها، احساس کنند و انجام این کار باعث می شود آن تجارب کم تر تهدید کننده به نظر برسند. دلیل موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با انواع گوناگون اختلالات بالینی و نیز گروه های مختلف افراد این است که این رویکرد بجای تمرکز بر شکل یا فراوانی نشانه ها که ویژگی یک اختلال هستند، بر فرایندهای کارکردی متمرکز است که در پس بسیاری از تظاهرات رفتاری مختل وجود دارند. نتایج این پژوهش، هم چنین بیانگر اثر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان دختر دبیرستانی بود. این نتایج را می توان با نتایج پژوهش های Dalrymple و Herbert همسو دانست. آن ها در پژوهشی نشان دادند که کاهش اجتناب تجربی که از مولفه های مطرح در پذیرش و تعهد درمانی است با کاهش نشانه های هراس اجتماعی از جمله ترس از ارزیابی منفی مرتبط است (۳۹).

Masuda و همکاران در پژوهشی نشان دادند که تکنیک‌های گسلش شناختی، افکار خودارزیابی منفی مانند افکار مرتبط با ناکارآمدی را کاهش می‌دهند (۴۰). هنگامی که پذیرش و تعهد درمانی در مورد نشانه‌های هراس اجتماعی بکار گرفته می‌شود، علاوه بر فرآیندهایی که در مورد نارضایتی بدنی ذکر شد، سعی می‌شود تا در درمان به جای تلاش برای تغییر شکل و محتوای رویدادهای روانی ترس آور، به تغییر در زمینه‌ها و کنش‌های پاسخ‌دهی که چرخه اختلال را نگهداری می‌کنند، متمرکز شود (۱۵). به نظر می‌رسد که هر چه فردی دچار نشانه‌های مربوط به ترس و قضاوت اجتماع باشد و بیش‌تر به فرار و یا اجتناب از تجارب نامطلوب درونی تأکید ورزد، بیشتر زمینه اجتناب تجربی را فراهم می‌کند و بنابراین مشکل خود را تشدید می‌کند. در مورد ترس از ارزیابی منفی، راهبردهای کنترل هیجانی (از قبیل اجتناب و آرامسازی) که افراد استفاده می‌کنند، در حقیقت اضطراب را افزایش می‌دهد (۳۸). درمانگر تلاش می‌کند تا مراجع به جای اجتناب پذیرش را تجربه کند. Hayes مطرح ساخت که پذیرش شامل: تجربه رویدادها بطور کامل و عاری از دفاع، همان‌گونه که هستند؛ می‌باشد و ذکر نمود که متخصصین بالینی که تجربه مدار هستند، ممکن است بر اهمیت تغییر کلیه نشانه‌های ناخوشایند تأکید بیش از حدی داشته باشند و اهمیت پذیرش را مورد توجه قرار ندهند. در پذیرش عاری از دفاع فرد یاد می‌گیرد که وقایع زندگی را همان‌گونه که هستند ببیند و سعی در دخالت یا عوض کردن آن‌ها نکند، زیرا افراد زمانی که با رویدادی غیرقابل تغییر روبرو می‌شوند دچار افکار، احساسات و هیجانات می‌شوند که باعث بروز راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار و اجتناب مدار می‌شود اما در پذیرش فرد می‌آموزد به وجود این مسئله در زندگی اش آگاه باشد و تلاشی برای از بین بردن آن نکند، همین مسئله باعث می‌شود که شدت راهبردهای مقابله‌ای اجتناب مدار و هیجان مدار در فرد کاهش و راهبرد

مسئله مدارافزایش یابد (۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ارزش‌ها را به عنوان کیفیت‌های انتخاب شده‌ی اعمال هدفمندانه جهت حل مسائل شان، تعریف می‌کند و به مراجعین یاد می‌دهد تا بین انتخاب و قضاوت‌های مستدل تمایز قائل شوند و ارزش‌ها را انتخاب نمایند. به مراجعین گفته می‌شود تا آنچه را از زندگی می‌خواهند بررسی کرده و آن را در حوزه‌های مختلف زندگی از قبیل: زندگی شغلی، روابط صمیمانه، دوستی، رشد شخصی، سلامتی و معنویت مدنظر قرار دهند. فرآیندهای گسلش، پذیرش، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به مراجع کمک می‌کند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد. کار روی ارزش‌ها انگیزه مراجع برای مشارکت در درمان را افزایش می‌دهد. ارزش‌ها با فرآیندهایی که قبلاً اشاره شد مرتبط هستند. برای مثال آن‌ها بخش مهمی از کارپذیرش هستند به این صورت که انگیزه‌ای برای پذیرش فراهم می‌کنند. پذیرش می‌تواند تجربه‌ای دشوار و گاهی اوقات دردناک باشد و تصریح ارزش‌ها این رنج و کار سخت را تسهیل می‌کند.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: محدود بودن دامنه تحصیلی شرکت‌کنندگان پژوهش که شامل دانش‌آموزان متوسطه می‌شدند. هم‌چنین دامنه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال در این پژوهش، می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش حاضر را به نمونه‌های خارج از این دامنه محدود سازد. به علاوه، این پژوهش فقط بر نوجوانان دختر انجام شده بود و بنابراین نمی‌توان نتایج آن را به نوجوانان پسر تعمیم داد. همچنین عدم اجرای مرحله پیگیری را می‌توان از جمله محدودیت‌های این پژوهش در نظر گرفت. با توجه به این که این پژوهش در شرایط کنترل شده انجام گرفته و آزمودنی‌های پژوهش فقط درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را دریافت کردند و مداخله دارویی برای آنها انجام نگرفت، تعمیم نتایج با محدودیت روبرو است، زیرا در دنیای واقعی افراد از مداخلات دارویی نیز استفاده می‌کنند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی،

سپاسگذاری

در پایان از تمامی شرکت کنندگان عزیز، مدارس مربوطه و سایر عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال قدردانی و تشکر را داریم.

این مداخله با جمعیت پسران نوجوان و نیز سایر نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن نیز، مورد بررسی قرار بگیرد. هم‌چنین به مقایسه اثر بخشی این روش درمان با درمان دارویی و درمان‌های ترکیبی پرداخته شود.

References

1. Neziroglu F, Khemlani-Patel S. Therapeutic approaches to body dysmorphic disorder. Brief Treatment and Crisis Intervention 2003; 3(3): 307- 322.
2. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: Apopulation-based survey. Psychiatry Res 2010; 178(1): 171-175.
3. Bordner MA. A cognitive-behavioral treatment program for body dysmorphic disorder. USA: Alliant International University, San Francisco; 2007.
4. Kollei II, Brunhoeber S, Rauh E, De zewaan M, Martin A. Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. J Psychosom Res 2012; 72(4): 321-327.
5. Fang A, Hofmann SG. Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. Clin Psychol Rev 2010; 30(8): 1040-1048.
6. Gunestad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry 2003; 44(4): 270-276.
7. Phillips KA. The Broken Mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder-revised and expanded edition. UK: Oxford University Press; 2005.
8. Rudiger JA, Cash TF, Roehrig M, Thompson JK. Day-to-day body image states: Prospective predictors of intra-individual level and variability. Body Image 2007; 4(1): 1-9.
9. Bjornsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Phillips KA. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry. 2013; 54(7): 893-903.
10. Phillips KA. Understanding body dysmorphic disorder. UK: Oxford University Press; 2009.
11. Fuchs T. The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression. Journal of Phenomenological Psychology 2002; 33(2): 223-243.
12. Cansever A, Uzun O, Donmez E, Ozsahin A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: A study in a Turkish sample. Compr Psychiatry 2003; 44(1): 60-64.
13. Pavan C, Simonato P, Marini M, Mazzoleni F, Pavan L, Vindigni V. Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: A literature review. Aesthetic Plast Surg 2008; 32(3): 473-484.
14. Rabei M, Bahrami F, Kalantari M. Body dysmorphic disorder (Nature, causes and remedies). Tehran: Arjmand; 2011: (Persian)
15. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change. New York: Guilford Press. 1999.
16. Hayes SC, Strosahl KD. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New

- York: Springer Science and Business Media Inc; 2010.
17. Blackledge JT, Hayes SC. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *J Clin Psychol* 2001; 57(2): 243-255.
 18. Pearson AN, Follette V, Hayes SC. A pilot study of Acceptance and commitment therapy (ACT) as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice* 2012; 19(1): 181-197.
 19. Forman EM, Butryn ML, Hoffman KL, Herbert JD. An open trial of an acceptance-based behavioral treatment for weight loss. *Cognitive and Behavior Practice* 2009; 16(2): 223-235.
 20. Collins B, Gonzalez D, Gaudilliere DK, Shrestha P, Girod S. Body Dysmorphic Disorder and Psychological Distress in Orthognathic Surgery Patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72(8): 1553-1558.
 21. Zettle RD, Rains JC, Hayes SC. Processes of Change in Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Depression: A Mediational Reanalysis of Zettle and Rains. *Behav Modif* 2011; 35(3): 265-283.
 22. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behav Ther* 2006; 37(1): 3-13.
 23. Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. *Cognitive Behav Practice* 2009; 16: 243-252.
 24. López FC, Salas SV. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Treatment of Panic Disorder: Some Considerations from the Research on Basic Processes. *Int J Psychol Psychological Ther* 2009; 9(3): 299-315.
 25. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Ther* 2007; 38(1): 72-85.
 26. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behav Res Ther* 2006; 44(10): 1513-1522.
 27. Hayes SC, Strosahl KD. *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc; 2004.
 28. 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.
 29. Rabiee M, Khorramdel K, Kalantari M, Molavi H. Factor structure, validity and reliability of modified Yale- Brown OCD scale for body dysmorphic disorder in students. *J Psychiatr Clin Psychol* 2010; 15(4): 343-350 (Persian).
 30. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1997.
 31. Littleton HL, Axsom DS, Pury CL. Development of the body image concern inventory. *Behav Res Ther* 2005; 43(2): 229-241.
 32. Mohammadi N, Sajadinegad M. Psychometric evaluation of measures concerns about body image questionnaire and test the

-
- communication model, BMI, dissatisfaction with body image and self esteem in adolescent girls. Quarterly Journal of Psychological Studies 2007; 1(3): 85-101 (Persian).
33. Leary RM. A Brief version of the fear of negative evaluation scale. Personality and Social Psychology Bulletin. 1983; 9(3): 371-375.
34. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. J Consul Clinical Psychol 1969; 33(4): 448-457.
35. Shokri O, Geravand F, Naghsh Z, AliTarkhan R, Paezi M. The psychometric properties of the brief fear of negative evaluation scale. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 14(3): 316-325 (Persian).
36. Rafiee M, Sedrpoushan N, Abedi MR. Study and Investigate the Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Anxiety Symptoms and Body Image Dissatisfaction in Obese. Journal of Social Welfare and Human Rights 2013; 1(2): 477-485 (Persian).
37. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relation frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy 2004; 35(4): 639-665.
38. Hayes, SC. Lillis J. Acceptance and commitment therapy (Theories of psychotherapy). USA: American Psychological Association; 2012.
39. Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study. Behav Modif 2007; 31(5): 543-568.
40. Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP. Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. Behav Res Ther 2004; 42(4): 477-485.