

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^۱

محمدسلطانی 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 دانش‌آموزان دختر دبیرستانی مبتلا اختلال بدشکلی بدن شهرستان نجف‌آباد 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 دانش‌آموزان 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 نجف‌آباد، نجف‌آباد، اصفهان، ایران

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

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

Bjornsson و همکاران در پژوهشی نشان دادند شدت علائم اختلال بدشکلی بدن در سنین پایین تر بیش تر است و احتمال اقدام به خودکشی نیز بیش تر است. سن پایین در شروع اختلال با تاریخچه خشونت بدنی، بستری روانشناختی، تعداد بیش تری 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 می باشد (۱۰). شیوع اختلال بدشکلی بدنی احتمالاً زیاد است اما به دلایل مختلفی شیوع این اختلال کم برآورد می شود. از جمله دلایل این امر، شرم و تردید برای درمان این اختلال (۱۱)، انجام عمل های 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 می یابد. این افراد، علاوه بر اختلال بدشکلی ممکن است اضطراب اجتماعی، افسردگی یا علائم دیگری داشته باشند که برای بیان آنها کم تر خجالت زده می شوند. بنابراین ممکن است که سایر تشخیص ها 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 درمان های دارویی، درمان های روانشناختی متعددی نیز در طول سالیان متمادی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان تحلیلی بر پایه دیدگاه های شرطی کلاسیک و عواملی در دهه های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم این درمان ها تحت عنوان درمان "رفتاری شناختی"، تا دهه ۱۹۹۰ با تاکید بیش تر بر جنبه های شناختی بوجود آمدند که تاکید این درمان ها

تفسیر می کنند و ساعات بسیاری از روز را در حال فکر کردن و رنج بردن از این نقص به سر می برند (۲). با این که افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن نقص ندارند یا اگر نقصی هم دارند، خیلی جزئی است. این افراد فکر می کنند 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 فیزیکی شان را می بینند، 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 نومییدی یا شرمندگی، فرایندهایی مثل نشخوار ذهنی و افکار خودکار از دیگر ویژگی های این افراد است. تصور می شود که ارزیابی منفی از تصویر بدنی، باعث ایجاد احساس شرم، تفر و افسردگی می شود (۴). در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، ترس از ارزیابی منفی، نارضایتی بدنی و عزت نفس ضعیف برای شرکت در فعالیت های روزانه و اجتناب از فعالیت های اجتماعی مثل تعامل با همسالان یا همکاران در محیط کار می تواند منجر به انزوای اجتماعی شدید گردد (۵). اختلال بدشکلی بدن معمولاً در دوران نوجوانی آغاز می شود (۶) و می تواند با رشد بهنجار تداخل پیدا کند (۷). دوران نوجوانی با ویژگی های جسمانی، روان شناختی، هیجانی و تغییرات اجتماعی مشخص می شود. داده های مربوط به رشد بدن، در بیش تر نوجوانان نشان از عدم رضایت آنها است و به نظر می رسد که اختلال بدشکلی بدن، پاسخ آسیب شناختی به تغییرات جسمانی و هورمونی است که در طی بلوغ رخ می دهد. نوجوانان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن به طور مکرر ساعاتی را جلوی آینه می ایستند و به واری و آراستن خود می پردازند. آنها اغلب در تمرکز برای انجام تکالیف درسی خود دچار مشکل می شوند، در فعالیت های اجتماعی دچار انزوای اجتماعی می شوند و هم چنین افسردگی و نشخوارهای فکری و اقدام به خودکشی در آنها دیده می شود (۸).

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).

بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها و نظام پردازش 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. هر یک 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

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 ساختار یافته برای اختلال‌های

پیش‌آزمون، 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، درحالی‌که گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

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

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که ۷۳/۳ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل در پایه تحصیلی دوم و ۲۶/۷ درصد در پایه تحصیلی سوم هستند. همچنین، ۶۶/۶ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش در پایه تحصیلی دوم و ۳۳/۴ درصد در پایه تحصیلی سوم می‌باشند. در زمینه تحصیلات والدین، تحصیلات پدر ۲۰ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل ابتدایی، ۲۶/۶ درصد راهنمایی، ۴۰ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد کاردانی و ۶/۷ درصد تحصیلات کارشناسی داشته‌اند. هم‌چنین تحصیلات پدر ۳۳/۳ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش راهنمایی و ۴۰ درصد دیپلم و ۶/۷ درصد تحصیلات کاردانی و ۲۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی بوده‌اند. تحصیلات مادر ۲۰ درصد از آزمودنی‌های گروه کنترل ابتدایی، ۲۰ درصد راهنمایی، ۴۶/۷ درصد دیپلم و ۱۳/۳ درصد تحصیلات کاردانی می‌باشد. هم‌چنین تحصیلات مادر ۲۶/۷ درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش، ابتدایی، ۲۰ درصد راهنمایی، ۴۰ درصد دیپلم و ۱۳/۳ درصد کارشناسی بوده است. میانگین سن پدر آزمودنی‌های گروه کنترل $52/33$ ($SD=4/23$) و گروه آزمایش $49/73$ ($SD=6/51$) بود. میانگین سن مادر آزمودنی‌های گروه کنترل $45/93$ ($SD=3/78$) و گروه آزمایش $44/20$

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

۴- پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی

این پرسشنامه ۱۹ ماده‌ای توسط Littleton و همکاران، ساخته شد که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره ظاهرش می‌پردازد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای است و نمره کل پرسشنامه، بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده که کسب نمره بیش‌تر، 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 $0/93$ را به دست آوردند (۳۱). خصوصیات روان‌سنجی این ابزار در جامعه ایران نیز رضایت‌بخش 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 & Frieen ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۲ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. آیتم‌های ۲، ۴، ۷، ۱۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشانگر میزان بالاتر ترس از ارزیابی منفی می‌باشد (۳۴، ۳۳). شکری و همکاران در ایران مقیاس ترس از ارزیابی منفی را بر روی ۳۲۵ دانش‌آموز دبیرستانی اجرا کردند و پایایی $0/87$ 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، پرسشنامه‌های پژوهش توسط اعضای هر دو گروه در قالب مرحله

ارزیابی منفی در پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۴۲ و ۴۳/۸۶ است. میانگین ترس از ارزیابی منفی، در پس آزمون گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۴۳/۸۰ و ۳۳/۳۳ بود. جهت بررسی پیش فرض‌های 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 خرده مقیاس نارضایتی بدنی ادراک شده (F=۱/۰۲؛ p=۰/۳۲)، نگرانی بدنی ادراک شده (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 پیش فرض تساوی واریانس‌ها بود.

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

(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 پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۳۵/۸۶ و ۳۷/۴۰ بود. این میانگین‌ها در مرحله پس آزمون ۳۶/۶۶ و ۲۷/۶۰ بود. هم‌چنین، نگرانی بدنی ادراک شده در پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۲۸/۳۶ و ۲۹/۰۶ بود. این میانگین‌ها در مرحله پس آزمون ۲۷/۸۶ و ۲۰/۳۳ بود. میانگین نمره کل نارضایتی بدنی در پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش به ترتیب ۶۶/۴۶ و ۶۴/۱۳ بود. این میانگین‌ها در پس آزمون برابر با ۶۴/۵۳ و ۴۷/۹۳ بود. میانگین ترس از

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 | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|-------------------------|--------|-----------|------------------|----------|------------------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | 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 |

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 از آزمون ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری 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 ناراضیاتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس از 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).

ادراک شده، نگرانی بدنی ادراک شده و ناراضیاتی بدنی کلی رابطه معنی داری با نمرات این متغیرها در مرحله پس از آزمون ندارد. با حذف تأثیر این متغیرها، بین میانگین تعدیل شده نمرات ناراضیاتی ادراک شده بدنی، نگرانی ادراک شده بدنی و ناراضیاتی بدنی کلی بر حسب عضویت گروهی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/01$). بدین معنی که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ناراضیاتی بدنی نوجوانان دختر مؤثر است. میزان تأثیر برای ناراضیاتی ادراک شده بدنی برابر با $0/388$ ، برای نگرانی ادراک شده بدنی $0/467$ و برای ناراضیاتی بدنی کلی $0/553$ می باشد؛ یعنی $38/8$ درصد از واریانس نمرات ناراضیاتی ادراک شده بدنی، $46/7$ درصد از واریانس نمرات نگرانی ادراک شده بدنی و $55/3$ درصد از واریانس نمرات ناراضیاتی بدن کلی آزمودنی ها در مرحله پس از آزمون ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری 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 از آزمون ترس از ارزیابی منفی رابطه معنی داری با نمرات ترس از ارزیابی منفی در مرحله پس از آزمون

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

| متغیرها | آزمون شاپیرو-ویلک | | | | آزمون لاین | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------|-----------|----------------|----------------|------------|------------|-------|-------|-------|---|----|-------|
| | کنترل | آزمایش | درجه آزادی اول | درجه آزادی دوم | معنی داری | توان آماری | | | | | | |
| ناراضیاتی بدنی ادراک شده | آماره | معنی داری | آماره | معنی داری | ۰/۹۳۰ | ۰/۲۷۵ | ۰/۹۱۹ | ۰/۱۸۴ | ۱/۰۲۳ | ۱ | ۲۸ | ۰/۳۲۰ |
| ناراضیاتی بدنی نگرانی بدنی ادراک شده | آماره | معنی داری | آماره | معنی داری | ۰/۹۸۰ | ۰/۹۶۶ | ۰/۹۵۵ | ۰/۶۰۳ | ۰/۲۵۰ | ۱ | ۲۸ | ۰/۶۲۱ |
| نمره کل ناراضیاتی بدنی | آماره | معنی داری | آماره | معنی داری | ۰/۹۲۵ | ۰/۲۳۳ | ۰/۹۲۲ | ۰/۲۰۶ | ۰/۰۲۸ | ۱ | ۲۸ | ۰/۸۶۹ |
| ترس از ارزیابی منفی | آماره | معنی داری | آماره | معنی داری | 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 ناراضیاتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی

| متغیر | شاخص | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معنی داری | میزان تأثیر | توان آماری |
|--------------------------|-----------|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|-----------|-------------|------------|
| ناراضیاتی بدنی ادراک شده | پیش آزمون | ۵/۴۰ | ۱ | ۵/۴۰ | ۰/۱۴ | ۵/۴۰ | 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 | ۰/۱۱ | ۲/۱۰ | ۰/۸۳ | ۰/۰۰ | ۰/۰۶ |
| عضویت گروهی | ۴۲۷/۶۶ | ۱ | ۴۲۷/۶۶ | ۱ | ۴۲۷/۶۶ | ۲۳/۶۱ | ۰/۰۰ | ۰/۴۶ | ۰/۹۹ |
| نمره کل ناراضیاتی بدنی | پیش آزمون | ۶۷/۶۶ | ۱ | ۶۷/۶۶ | ۱/۰۶ | ۶۷/۶۶ | 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 | ۰/۰۲ | ۰/۷۸ | ۰/۸۸ | ۰/۰۰ | ۰/۰۵ |
| عضویت گروهی | ۷۵۸/۵۵ | ۱ | ۷۵۸/۵۵ | ۱ | ۷۵۸/۵۵ | ۲۲/۵۸ | ۰/۰۰ | ۰/۴۵ | ۰/۹۹ |

به نارضایتی بدن، عمل می‌کند، یعنی با محتوای آن آمیخته شده است و حاصل این آمیختگی، باورهای مربوط به بدشکلی بدن هستند. تکنیک‌های 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 می‌آموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را فقط احساسات بدنی ببینند. هیچ‌یک از این رویدادهای درونی وقتی تجربه می‌شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان آسیب‌زا نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که آن‌ها تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده شوند که باید کنترل و حذف شوند (۳۷).

درمانگر از طریق فرایند گسلش شناختی به مراجع می‌آموزد که رویدادهای درون را همان‌گونه که هستند ببینند نه آن‌طور که خود آن رویدادها می‌گویند و این باعث می‌شود پذیرش بهتر رخ دهد (۳۸). این روش درمانی باعث می‌شود که مراجعان تجارب ناخوشایند درونی را بدون تلاش برای کنترل کردن آن‌ها، احساس کنند و انجام این کار باعث می‌شود آن تجارب کم‌تر تهدیدکننده به نظر برسند. دلیل موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با انواع گوناگون اختلالات بالینی و نیز گروه‌های مختلف افراد این است که این رویکرد بجای تمرکز بر شکل یا فراوانی نشانه‌ها که ویژگی یک اختلال هستند، بر فرایندهای کارکردی متمرکز است که در پس بسیاری از تظاهرات رفتاری مختل وجود دارند.

نتایج این پژوهش، هم‌چنین بیانگر اثر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان دختر دبیرستانی بود. این نتایج را می‌توان با نتایج پژوهش‌های Dalrymple و Herbert همسو دانست. آن‌ها در پژوهشی نشان دادند که کاهش اجتناب تجربی که از مولفه‌های مطرح در پذیرش و تعهد درمانی است با کاهش نشانه‌های هراس اجتماعی از جمله ترس از ارزیابی منفی مرتبط است (۳۹).

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

Forman و همکاران در پژوهشی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به درمان شرم و خجالت مرتبط با بدن کمک می‌کند (۱۹). هم‌چنین 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 آن‌ها 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 اختلالات خلقی و وسواس (۲۱، ۲۲) به اثبات رسیده است می‌توان گفت که نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های قبلی همسو است. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان به جنبه‌های مختلفی اشاره کرد. بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، افکار پریشان‌کننده‌ای دارند. این افراد از موقعیت‌ها یا فعالیت‌هایی برانگیزاننده این افکار و احساسات، اجتناب می‌کنند. سرخوردگی ناشی از عدم کنترل این افکار و احساسات پریشان‌کننده، اثرات ناخواسته جدیدی ایجاد می‌کند و فرد را به طور فزاینده‌ای از چیزهایی که برایش اهمیت دارند از قبیل سلامتی، کار، دوستان و خانواده دور می‌کند. کسی که به خاطر نگرانی از تصویر بدن و آمیختگی با افکاری هم‌چون "من زشتم"، "من جذاب و دوست‌داشتنی نیستم"، در خانه می‌ماند، یا زیاد آرایش می‌کند شاید در کوتاه‌مدت، آرامش داشته باشد اما به طور مداوم درگیر چنین افکاری می‌شود، که "من زشتم"، "کسی دوست ندارد با من صحبت کند" و همین موضوع در بلندمدت باعث تشدید نارضایتی بدنی وی می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افکار، نتیجه یک ذهن طبیعی‌اند و باورها حاصل فرایند آمیختگی شناختی. آن‌چه افکار را تبدیل به باور می‌کند، آغشته شدن فرد به محتوای افکار است. وقتی فردی طبق یک فکر مربوط

مسئله مدارافزایش یابد (۱۶). درمان مبتنی برپذیرش 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 فرایندهایی 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 کارسخت 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. به‌علاوه، 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،

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

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.