

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال بدشکلی بدن و وزن زنان دارای اضافه‌وزن

سحر اشرفی<sup>۱</sup>

عبدالمجید بحرینیان<sup>۲\*</sup>

کبری حاجی‌علیزاده<sup>۳</sup>

علی دلاور<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اختلال بدشکلی بدن و وزن زنان دارای اضافه‌وزن بود. روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. نمونه موردپژوهش شامل ۴۰ نفر از زنان دارای اضافه‌وزن با شاخص توده بدنی بزرگتر از ۳۰ در شهر تهران که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری پژوهش پرسش‌نامه مقیاس بدشکلی بدن یل و براون بود. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی و در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و یک جلسه در هفته برگزار شد. در این مدت گروه گواه هیچ‌گونه مداخله درمانی را دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس و از نرم‌افزار SPSS.۲۵ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال بدشکلی بدن ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و وزن ( $P < ۰/۰۰۱$ ) در زنان دارای اضافه‌وزن اثرگذار بوده است. به‌طور کلی نتایج حاکی از تأثیر معنادار یک دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای اختلال بدشکلی بدن و کاهش وزن در زنان دارای اضافه‌وزن بود. از این روش می‌توان برای درمان عصبی افراد دارای اضافه‌وزن استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلال بدشکلی بدن، وزن بدن، اضافه‌وزن

۱ دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

۲ استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)  
majid.bahrainian@gmail.com

۳ دانشیار گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

۴ استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

## مقدمه

چاقی و اضافه‌وزن که تجمع غیرطبیعی و بیش‌ازحد چربی در بدن است، در حال حاضر به یک مشکل بهداشت عمومی در نقاط مختلف دنیا تبدیل شده است. بررسی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ نشان داد که ۲/۳ میلیارد نفر مبتلا به اضافه‌وزن و ۷۰۰ میلیون نفر چاق بودند. با وصف آن که در بیست سال گذشته شیوع چاقی در کشورهای درحال توسعه سه برابر شده همچنین بر اساس گزارش این سازمان، ایران به‌عنوان یکی از هفت کشور دارای بالاترین میزان شیوع چاقی گزارش شده است (نوریان و آقایی، ۱۳۹۴). هرچند که بیشتر محققان در زمینه عوارض ناشی از چاقی بر سلامت انسان هم‌عقیده هستند اما توافق کمی در بین محققین در زمینه چگونگی مدیریت و درمان چاقی وجود دارد. در همین راستا مشخص شده که یکی جنبه‌های مهم سلامت روان‌شناختی افراد تصویر بدنی آن‌ها از خودشان است (ذوقی‌پایدار، کرمی و نبی‌زاده، ۱۳۹۷). کیتلر، منارد و فیلیپس (۲۰۰۷)، معتقدند که زنانی که دچار چاقی و اضافه‌وزن هستند، از افسردگی و اضطراب شدید به خاطر چاقی و بدشکلی بدنشان رنج می‌برند. اختلال بدشکلی بدن ۲، عبارت است از اشتغال ذهنی با نوعی نقص در ظاهر، که این نقص یا خیالی است یا چنانچه نابهنجاری جسمی جزئی وجود داشته باشد، دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است. چک کردن مکرر در آینه و دیگر سطوح منعکس‌کننده که اغلب با رفتارهای نظافت بیش‌ازحد مانند شانه کردن مو، استفاده از آرایش و یا دست‌کاری کردن پوست از ویژگی‌های مرتبط با این اختلال هستند. با این حال، برخی از افراد دچار بدشکلی بدن از آینه اجتناب می‌کنند و یا متناوباً بین مراحل چک کردن آینه و اجتناب از آن درگیر هستند. معمولاً اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و قطع رابطه دوستی نیز در این افراد وجود دارد. به‌علاوه، آن‌ها اغلب با درخواست مکرر برای اطمینان‌یابی در مورد نقصشان مشخص می‌شوند که تنها به صورت موقت آن‌ها را آرام می‌کند. افراد مبتلا به این اختلال، اغلب ظاهر خود را با دیگران مقایسه می‌کنند و اغلب نگران هستند که افراد دیگر ممکن است متوجه ویژگی‌های بدشکلی ظاهری که فرد بیمار متصور است، شده باشند. پوشاندن نقص (مثلاً پوشیدن کلاه برای مخفی کردن ریزش موی خیالی) در این اختلال رایج است (فیلان، بورگز، یازل، هیلرستد، گریفین ۳ و همکاران، ۲۰۱۵).

پژوهش‌های گوناگونی ارتباط اختلال بدشکلی بدن را با اختلال‌های روانی بررسی کرده‌اند. از نظر آسیب‌شناسی روانی این اختلال خصوصیات شبیه با اختلال وسواسی-اجباری و هراس اجتماعی و از طرفی با این اختلالات همبودی نیز دارد (زرگر، صیاد و بساک‌نژاد، ۱۳۹۰). دسته‌بندی اختلال بدشکلی بدن، دشوار و تاندازه‌ای گیج‌کننده است، از این جهت که ویژگی‌های دیگر اختلالات، به‌خصوص اختلالات هم‌زمان در آن سهیم هستند. مثلاً اختلالاتی که با رفتارهای تکانشی و اجباری درگیرند از

1 Kittler, Menard &amp; Phillips

2 Body Dysmorphic Disorder

3 Phelan, Burgess, Yeazel, Hellerstedt &amp; Griffin

قبیل، اختلالات کندن پوست روان‌زاد، وسواس موکنی و اختلال وسواسی، اختلالات سوءمصرف مواد و اختلالات تیک (گرنیت، منارد، پاگانو، فای و فیلیپس ۱، ۲۰۰۵). محققان معتقدند اختلال بدشکلی بدن، مشترکاتی را با طیف وسواس-بی‌اختیاری دارد به همین خاطر این اختلال را یکی از انواع وسواس می‌دانند. همپوشی بیشتر بین این دو اختلال در سن شروع، توزیع جنسی، دوره مزمن، سابقه خانوادگی اختلالات روان‌پزشکی و نوع درمان وجود دارد. ادبیات پژوهشی در این زمینه اشاره به برخی خصوصیات شخصیتی مثل سستی، گرایش به خودانتقادی شدید، ناایمنی و کمال‌گرایی دارند که به عنوان عوامل پیش‌بینی کننده برای ابتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و اختلال بدشکلی بدن است. نگرانی تصویر بدنی مشکل جدی است که شامل عوامل شناختی، شناختی- رفتاری ۲ و زیست‌شناختی است که پژوهشگران خواهان پاسخ مؤثر برای حل این مشکل هستند. متخصصان بهداشت روانی روش‌های مختلفی را علاوه بر دارویی جهت درمان اختلال بدشکلی بدن پیشنهاد می‌کنند و درمان موفقیت‌آمیز در مورد این اختلال می‌تواند نقش مهمی در ارتقای بهداشت و سلامت روانی افراد جامعه داشته باشد (گیلنت و مارکی ۳، ۲۰۱۵).

پژوهش‌ها در زمینه بهبود سلامت روان افراد با مشکل چاقی گزارش کردند، مداخلات روان‌شناختی می‌توانند نقش مؤثری در مشکل چاقی افراد بازی کنند. در این زمینه چندین رویکرد درمانی وجود دارد که می‌توان به آن‌ها اشاره کرد: نسل اول رویکردهای رفتاری که بر پایه دیدگاه‌های شرطی کلاسیک و عاملی مطرح شدند. نسل دوم درمان‌های شناختی به وجود آمدند. تأکید این نوع درمان‌ها بیشتر بر نقش شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها ۴ و باورها در ایجاد اختلالات روانی بود که با گذشت زمان به علت استفاده از تکنیک‌های مختلف که باید تغییر یا حذف در شناخت و باور ایجاد می‌شد، ماندگاری خوبی نداشت؛ بنابراین به این نتیجه رسیدند که می‌توان از درمان‌های دیگری با بازدهی و ثبات بیشتر بهره برد. امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که یکی از آن‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۵ است (هایز، لوما، باند، ماسودا و لیلز ۶، ۲۰۰۶). در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است. 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 لحظه‌لحظه حالات روانی خود، آگاهی پیدا کرده و در مرحله بعد بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. در نهایت شناخت ارزش‌های شخصی فرد و ایجاد انگیزه جهت

1 Grant, Menard, Pagano, Fay & Phillips

2 CBT (Cognitive - Behavioral Therapy)

3 Gillen & Markey

4 Schema

5 Therapy Based on Admission and Commitment

6 Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis

عمل متعهدانه (یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی) انجام می‌شود (جونز، اولیور، خوندوکر، بیرن، جولی ۱ و همکاران، ۲۰۱۶). افکار افسرده کننده، وسواس، هراس‌ها یا اضطراب اجتماعی نتیجه همین تجارب ذهنی است. در پژوهشی‌های گوناگون اثربخشی این درمان بر انواع بیماری‌ها و اختلالات بررسی شده است. به‌عنوان مثال قدم‌پور، حیدریانی و رادمهر (۱۳۹۸)، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس را معنادار و مفید گزارش کردند. همچنین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انواع اختلالات روانی که همسویی بالایی با اختلال بدشکلی بدن دارد به تأیید رسیده است (هایز، لوما، باند، ماسودا و لیلز، ۲۰۰۶). لوبرتو، ماگیدسون و بلاشیل (۲۰۱۷)، در مطالعه‌ای موردی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌گرا به صورت فردی برای اضطراب شدید نشان دادند نمرات اضطراب سلامتی کاهش قابل ملاحظه‌ای در طول جلسات درمان داشته است. نوریان، آقایی و قربانی (۱۳۹۴)، در پژوهشی به اثربخشی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در سبک زندگی و خودکارآمدی زنان دارای اضافه‌وزن تأکید کردند. ایزدی، نشاط دوست، عسگری و عابدی (۱۳۹۶)، ابراز داشتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی- رفتاری در اختلال وسواس- اجبار مفید واقع شده است. همچنین حبیب‌الهی و سلطان‌زاده (۱۳۹۴)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر وسواس فکری - عملی نوجوانان دختر دارای اختلال بدشکلی بدن را معنادار توصیف کردند.

همان‌گونه که اشاره شد اختلال بدشکلی بدن می‌تواند، مشکلات روان‌شناختی بسیاری به وجود آورد و حتی گاهی باعث بروز مشکلات جسمانی جدی و ناتوان‌کننده‌ای نیز گردد. از آنجاکه زنان قشر آسیب‌پذیر و حساس جامعه در ابتلا به بیماری‌های روانی به‌خصوص نسبت به اختلال بدشکلی بدن هستند. درمان موفقیت‌آمیز در مورد این اختلالات می‌تواند نقش مهمی در ارتقای بهداشت و سلامت روانی افراد جامعه داشته باشد. از سویی با توجه به پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی روش‌های درمانی روان‌شناختی جدید از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که روشی نسبتاً کوتاه‌مدت و کم‌هزینه است، یافته‌های پژوهش حاضر را با اهمیت جلوه می‌دهد. با جمع‌بندی مطالب فوق، هدف اصلی پژوهش حاضر حاکی از بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال بدشکلی بدن و کاهش وزن در زنان دارای اضافه‌وزن است.

### روش

پژوهش حاضر پژوهشی کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش تمام زنان دارای اضافه‌وزن ( $BMI > 30$ ) در منطقه ۱ شهر تهران هستند که به‌منظور بهره‌گیری از درمان‌های روان‌شناختی به مراکز روان‌درمانی منطقه یک تهران مراجعه کرده‌اند. نمونه موردپژوهش شامل ۴۰ نفر

1 Johns, Oliver, Khondoker, Byrne, Jolley

2 Luberto, Magidson & Blashill,

از جامعه آماری ذکر شده است که به صورت داوطلبانه و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۲۰ زن به عنوان گروه آزمایش و ۲۰ زن به عنوان گروه کنترل) قرار گرفتند. در طول مدت تحقیق پرسش‌نامه‌ها با رضایت کامل پر شدند و به افراد اطمینان داده شده که آن‌ها کاملاً محرمانه باقی می‌مانند. قبل از پر کردن پرسشنامه‌ها به افراد توضیح داده شد که این یک تحقیق دانشگاهی است و هیچ‌گونه استفاده شخصی از آن نخواهد شد.

ملاک‌های ورود به مداخله عبارت بودند از:

زنان دارای اضافه‌وزن (BMI بیشتر از ۳۰)؛ تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش؛ داوطلب بودن آزمودنی؛ سن ۲۵-۵۰ سال؛ حداقل تحصیلات دیپلم؛ نداشتن بیماری‌های زمینه‌ای ایجادکننده چاقی و کسب نمره بالاتر از ۹۳ از پرسشنامه ۳۱ سؤالی اختلال بدشکلی بدن.

ملاک‌های خروج از مداخله عبارت بودند از:

عدم شرکت در برنامه جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ غیبت بیشتر از دو جلسه در برنامه جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و عدم تکمیل کامل و صحیح پرسشنامه‌ها در هر مرحله از پژوهش.

### ابزار گردآوری اطلاعات

۱) مقیاس بدشکلی بدن: مقیاس اصلاح‌شده وسواس جبری یل و براون ۱ برای اختلال بدشکلی بدن استفاده شد. که شدت علایم اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجد و در واقع اصلاح‌شده مقیاس یل و براون است که وسواس را می‌سنجد و برای نخستین بار توسط ربیعی، خرم‌دل، کلانتری و مولوی (۱۳۸۸) در ایران ترجمه و جهت اجرا آماده شد. این مقیاس یک ابزار خودسنجی دارای ۳۱ گویه است و نمره‌دهی در آن به صورت طیف لیکرت ۵ تایی از ۱ تا ۵ است. این پرسشنامه دارای چهار بُعد است که شامل؛ راهبردهای کنترل فراشناختی (سؤال ۱ تا ۱۴)، ائتلاف فکر-عمل یا درآمیختگی افکار (سؤال ۱۵ تا ۲۲)، باورهای مثبت و منفی فراشناختی (سؤال ۲۳ تا ۲۷) و رفتارهای ایمنی (سؤال ۲۸ تا ۳۱) است. در این پرسشنامه حداقل نمره ۳۱ و حداکثر نمره ۱۵۵ است و هر چه نمره فرد بالاتر باشد علایم اختلال بدشکلی بدن در آن بیشتر است. نمره بین ۳۱ تا ۶۲ (میزان اختلال بدشکلی بدن کم)، نمره بین ۶۲ تا ۹۳ (میزان اختلال بدشکلی بدن متوسط) و نمره بالاتر از ۹۳ (میزان اختلال بدشکلی بدن زیاد) است. ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۲ به روش دونیمه سازی برابر با ۰/۹۳ به دست آمد، ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه وسواس جبری پادوا و مقیاس رضایت بدن به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۳۳ بود (۱۵). در پژوهش زرگر، صیاد و بساک نژاد (۱۳۹۰)، نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ

۱ Yale- Brown

۲ Cronbach Alpha Method

برابر با ۰/۸۰ گزارش شد. نظر به اینکه پرسش‌نامه‌ها به صورت طیف لیکرت طراحی شده‌اند و در واقع از نوع نگرش سنج است، به همین جهت مناسب‌ترین روش برای محاسبه اعتبار، ضریب آلفای کرونباخ است. در پژوهش حاضر نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ میزان پایایی آن محاسبه گردید که ۰/۷۸ به دست آمد. مقادیر آلفای کرونباخ سازه اصلی بیش‌تر از ۰/۷ شده است که بیانگر پایایی قابل قبول پرسش‌نامه پژوهش است.

۲) سنجش وزن: وزن تمام زنان با لباس نازک و بدون کفش با استفاده از ترازوی پزشکی سکا، هر جلسه با یک وزنه شاهد ۵ کیلویی کنترل، اندازه‌گیری شد.

۳) درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد: همچنین از پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بررسی اثربخشی بر بازخوردهای خوردن استفاده شد. در این مطالعه برای درمان پذیرش و تعهد از طرح درمانی رویکرد پذیرش و تعهد بر اساس راهنمای درمانی هایز، لومبا، باند، ماسودا و لیلز (۲۰۰۶)؛ هایز، لوین، پلامب، ویلیت و پیستورلا ۱ (۲۰۱۳)؛ توهینگ ۲ (۲۰۱۲) و خانابایی، زاهدی و رفیعی‌پور (۱۳۹۸) استفاده شد. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده شده در پژوهش حاضر در جدول ۱، ذکر شده است. لازم به ذکر است این جلسات به صورت گروهی و در هر ۸ جلسه، هر جلسه در یک هفته برگزار گردید.

#### جدول ۱. خلاصه محتوای طرح درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	مداخلات / محتوا
پیش جلسه	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پیش‌آزمون
جلسه اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضا با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان ACT، اهداف و محورهای آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات، آموزش روانی؛ استراحت و پذیرایی.
جلسه دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات از درمان ACT، ایجاد درماندگی خلاق؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه.
جلسه سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها؛ توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و ... و اینکه پذیرش یک فرآیند همیشگی است، نه مقطعی؛ مشکلات و چالش‌های پذیرش نشانه‌های پرخوری مورد بحث قرار گرفت؛ توضیح در مورد اجتناب از تجارب ناخوشایند و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آن‌ها از طریق پذیرش؛ تعریف مقابله و راهبردهای کارآمد و ناکارآمد؛ احساس کارایی و کنترل؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه.

<p>مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلس؛ کاربرد تکنیک‌های گسلس شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف؛ استراحت و پذیرایی؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح‌شده در جلسه.</p>	جلسه چهارم
<p>مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود (توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند). در این تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی و ...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند.</p>	جلسه پنجم
<p>مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد؛ شناسایی "ارزش‌های زندگی" و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها؛ استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال.</p>	جلسه ششم
<p>مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد؛ بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ توضیح تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها؛ بحث از موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها؛ اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند، را تعیین کردند و در آخر کارها/رفتارهایی که قصد داشتند برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج.</p>	جلسه هفتم
<p>درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و درنهایت از مراجعان برای شرکت در گروه تشکر و پس‌آزمون اجرا شد.</p>	جلسه هشتم

برای نشان دادن نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک ۱ استفاده گردید و همچنین برای بررسی تأثیر ۸ جلسه مداخله گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای مورد مطالعه از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد.

#### یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات هر یک از متغیرهای تحقیق به تفکیک محاسبه شد و در جدول ۲ ذکر گردید.

برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. سطح معنی‌داری در هر دو متغیر برای هر دو گروه کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بالاتر از مقدار خطای ۰/۰۵ است پس نتیجه می‌گیریم که داده‌های متغیرهای وابسته در هر دو گروه به تفکیک مرحله، توزیع نرمال داشتند. برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۲ ذکر گردیده است.

### جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهش در

#### مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

متغیر	مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		اندازه اثر	مقدار F	مقدار P
		گروه	میانگین	SD	میانگین			
اختلال بدشکلی بدن	آزمایش	۱۲۰/۵۰	۱۶/۲۵	۹۲/۰۰	۱۱/۲۹	۰/۷۶۸	۱۲۲/۳۹	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۱۸/۸۵	۱۷/۳۳	۱۱۸/۹۰	۱۶/۸۵			
وزن	آزمایش	۹۲/۰۳	۱۲/۳۹	۸۸/۴۹	۱۱/۰۶	۰/۷۸۷	۱۳۷/۱۰	<۰/۰۰۱
	گواه	۹۸/۱۵	۱۰/۵۶	۹۸/۲۰	۹/۸۹			

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود برای متغیر اختلال بدشکلی زنان ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و حاکمی از تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال بدشکلی بدن زنان دارای اضافه‌وزن است. به عبارت دیگر تفاوت ایجادشده در میزان بدشکلی بدن زنان دارای اضافه‌وزن در دو مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ناشی از مداخله محقق بوده است و پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر آن نداشته است. مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که این تأثیر ۷۶/۸٪ است.

همچنین در متغیر کاهش وزن زنان دارای اضافه‌وزن ( $P > ۰/۰۰۱$  و  $F = ۱۳۷/۱۰$ ) و حاکمی از تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وزن زنان دارای اضافه‌وزن است. به عبارت دیگر تفاوت ایجادشده در میزان کاهش وزن زنان دارای اضافه‌وزن در دو مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ناشی از مداخله محقق در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار بوده است. مقدار اندازه اثر نشان می‌دهد که این تأثیر ۷۸/۷٪ است.

### نتیجه‌گیری و بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر حاکمی از بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال بدشکلی بدن و کاهش وزن در زنان دارای اضافه‌وزن بود. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال بدشکلی بدن و وزن زنان دارای اضافه‌وزن اثرگذار بوده است. به عبارت دیگر تفاوت ایجادشده در میزان کاهش وزن زنان دارای اضافه‌وزن در دو مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ناشی از مداخله محقق بوده است و پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر آن نداشته است. در راستای اثربخشی



درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال بدشکلی بدن، حبیب‌الهی و سلطانی‌زاده (۱۳۹۴)، پیرسون، فولت و هایز ۱ (۲۰۱۲)، فورمن، باترین، هافمن و هربرت ۲ (۲۰۰۹)، نوربان و آقایی (۱۳۹۴) و غلامحسینی، خدابخشی‌کولایی و تقوایی (۱۳۹۴) گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اختلالات بدشکلی بدن تأثیر معنادار داشته و موجب بهبود یا کاهش اختلالات ناشی از بدشکلی بدن می‌گردد. عباسی، پرزور، معاضدی و اصلانی (۱۳۹۴)، نیز در پژوهشی گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر مبتلا به پرخوری عصبی مؤثر است و می‌توان از این درمان برای کاهش پرخوری عصبی و بهبود تصویر بدنی افراد تحت درمان استفاده کرد. در تبیین این یافته می‌توان به جنبه‌های گوناگونی اشاره کرد. بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن دارای افکار پریشان‌کننده‌ای هستند که آن‌ها را مجبور به دور شدن از موقعیت‌ها یا فعالیت‌های برانگیزاننده این افکار می‌کند. سرخوردگی ناشی از عدم کنترل این افکار و احساسات موجب بروز اثرات ناخواسته جدیدی در فرد می‌گردد و فرد را از افرادی که دوستانشان دارد دور می‌سازد. این افراد به خاطر نگرانی زیادی که از تصویر بدن خود دارند و آمیختگی این تصورات با افکاری همچون "من زشتم"، "من جذاب و دوست‌داشتنی نیستم" در خانه مانده و با آرایش زیاد شاید در کوتاه‌مدت آرامش نسبی به دست می‌آورد اما به‌طور مدام درگیر این افکار پریشان‌کننده خواهد بود که همین امر موجب تشدید نارضایتی بدنی در طولانی‌مدت می‌گردد.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افکار، برون‌داد یک ذهن طبیعی هستند و باورها حاصل فرآیند آمیختگی شناختی می‌باشند. آنچه افکار را به باورها تبدیل می‌کند آغشته شدن فرد به محتوای افکارش است. وقتی فردی طبق یک فکر در ارتباط با نارضایتی از بدن، عمل می‌کند، یعنی با محتوای آن آمیخته شده و نتیجه این آمیختگی، باورهای غلط مربوط به بدشکلی بدن است. تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تأکیدی بسیاری دارند. وقتی که آمیختگی شناختی کاهش پیدا کند، یعنی شخص از محتوای افکارش، گسلیده شده است. تمرینات گسلش شناختی به مراجع یاد می‌دهد که افکار را تنها افکار، احساسات را تنها احساسات، خاطرات را تنها خاطرات و احساسات بدنی را تنها احساسات بدنی ببیند. هیچ‌کدام از این رویدادهای درونی به‌خودی‌خود آسیب‌زا نیستند اما وقتی که این رویدادها به صورت بدی دیده شوند به سمت آسیب‌زا و ناسالم شدن سوق داده می‌شوند و در این موقع است که باید حذف شوند (هایز، لوین، پلامب-ویلارد، ویلات و پیستورلو، ۲۰۱۳). درمانگر به‌وسیله فرایند گسلش شناختی به مراجع یاد می‌دهد که رویدادهای درونی را همان‌طور که هستند ببیند نه آن‌طور که خود آن رویدادها می‌گویند و همین موجب پذیرش بهتر رویداد یا احساس نسبت به خود در فرد می‌شود.

1 Pearson, Follette &amp; Hayes

2 Forman, Butryn, Hoffman &amp; Herbert

در راستای اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وزن زنان دارای اضافه‌وزن، نوربان و آقای (۱۳۹۴)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص توده بدنی در زنان مبتلا به چاقی پرداختند و گزارش کردند که این درمان موجب کاهش معنادار شاخص توده بدنی در مرحله پیگیری یک‌ماهه می‌گردد. لیلیز، هایز، بونتینگ و ماسودا (۲۰۰۹)، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش وزن معنادار گروه تجربی در دوره پیگیری ۳ ماهه شده است. تیپر، شاو، لسلی، هیل، باند ۲ و همکاران (۲۰۰۹)، در پژوهشی نشان دادند که ۴ تا ۶ ماه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش معنادار وزن در زنان دارای اضافه‌وزن و چاق می‌گردد. نمیر، لیپی، رید، برون و وینگ ۳ (۲۰۱۲)، در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش وزن افرادی که در پاسخ به هیجان‌ها و افکار خود اقدام به پرخوری می‌کنند، پرداخت. مداخله درمانی در یک دوره ۶ ماهه و ۳ ماه پیگیری بود که بر روی ۲۱ فرد مبتلا به اضافه‌وزن یا چاقی انجام گردید. یافته‌ها حاکی از تأثیر معنادار این درمان بر کاهش وزن آزمودنی‌ها داشت (۲۵). فورمن، باترین، هافمن و هربرت ۴ (۲۰۰۹)، هم پژوهشی بر روی ۲۹ زن مبتلا به چاقی و یا دارای اضافه‌وزن انجام دادند. یافته پژوهش بیانگر تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وزن زنان مبتلا به چاقی بود.

در تبیین یافته‌های مذکور می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به اشخاص چاق و دارای اضافه‌وزن می‌آموزد تا تجربیات آزاردهنده خود را که در حین تلاش برای کاهش وزن با آن‌ها مواجه می‌شوند (مثل گرسنگی، احساس‌های منفی، خستگی ناشی از فعالیت‌های بدنی و ورزش، میل به زیاده‌روی در خوردن و ...) را در عوض اجتناب کردن از آن‌ها، پذیرفته و در مقابل این احساسات گشودگی داشته باشد. آن‌ها یاد می‌گیرند که هر عملی برای اجتناب و یا کنترل این تجربه‌های درونی ناخواسته، بی‌اثر است و یا حتی می‌تواند سبب تشدید آن‌ها شود. آن‌ها یاد می‌گیرند که اگرچه خوردن در کوتاه‌مدت موجب کاهش و تسکین دردهایشان می‌شود ولی در درازمدت شدت و تأثیر این تجربه‌ها بیشتر می‌شود و برای کنترل آن‌ها باید به‌طور مضاعف تلاش شود. همچنین این درمان موجب شناسایی و درونی‌سازی ارزش‌ها و اهداف زندگی فرد متمرکز شده و به وی کمک می‌کند تا فردی متعهد به انجام اعمال در راستای ارزش‌های زندگی شخصی (مثل ارزش سلامتی) و اهداف (مثل داشتن وزن متناسب) او باشد. اگر شخص تا این زمان عمل خوردن را برای دوری از افکار و احساساتش انجام می‌داد، حال یاد می‌گیرد که عمل خوردن را برای ارزش سلامتی انجام دهد. در انتها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌وسیله آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به افراد دارای اضافه‌وزن و چاق کمک می‌کند

1 Lillis, Hayes, Bunting & Masuda

2 Tapper, Shaw, Ilsley, Hill & Bond

3 Niemeier, Leahey, Reed, Brown & Wing

4 Forman, Butryn, Hoffman & Herbert

تا بتوانند نسبت به هدف‌های کاهش وزن و رفتارهای خوردن خود در حین مواجهه با موانع درونی و بیرونی (مثل افکار، احساسات، امیال و احساس‌های آزاردهنده) آگاه شده و در نهایت منجر به کاهش رفتارهای خوردن ناآگاهانه گردد.

هر پژوهش کاستی‌ها و محدودیت‌هایی دارد و پژوهش حاضر هم عاری از این نیست. از جمله محدودیت‌های موجود در پژوهش حاضر به شرح زیر می‌باشد؛ در این پژوهش صرفاً از پرسشنامه استفاده شده است. به همین خاطر ممکن است در اطلاعات به دست آمده سوگیری ایجاد شده باشد؛ محدود بودن جامعه پژوهش به شهر تهران تعمیم نتایج به سایر شهرها را با محدودیت مواجه می‌سازد؛ نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت نمونه‌گیری در دسترس بوده که خود تعمیم نتایج این پژوهش را به جامعه بزرگتر با مشکل مواجه می‌کند، حجم نسبی آزمودنی‌ها به دلیل افزایش دقت در درمان کوچک بوده است، این مطالعه محدود به سن و جنس خاص بوده لذا برای تعمیم به سن و جنس دیگر باید رعایت احتیاط انجام پذیرد، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، مدت‌زمان اندک و نبود دوره پیگیری از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

#### سپاسگزاری

در انتها از تمامی آزمودنی‌هایی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردن کمال تقدیر و تشکر را داریم.

#### References

- Abbasi, M., Porzoor, P., Moazedi, K., Aslani, T. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Improving Body Image of Female Students with Bulimia Nervosa. *J Ardabil Univ Med Sci*, 15(1), 15-24. (In Persian)
- Fanaee, S., Habibollahi, A., Ghazanfari, A. (2015). Flexibility in individuals with overweight. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 2(2), 28-38. (In Persian)
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral practice*, 16(2), 223-235.
- Ghadampour, E., Heidaryani, L., & Radmehr, F. (2018). The Effectiveness on Acceptance and Commitment Group Therapy Based on Cognitive Flexibility and Life Satisfaction Women with Multiple Sclerosis. *Health Psychology*, 8(29), 153-167. (In Persian)
- Gillen, M. M., Markey, C. N. (2015). Body image and mental health. *Encyclopedia of Mental Health*, Second Edition, Elsevier Inc, 187-92.

Grant, J. E., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., & Phillips, K. A. (2005). Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 66(3), 309.

Habibollahi, A., Soltanizadeh, M. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on obsessions-compulsions in girl adolescents with body dysmorphic disorder. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*, 2(4), 1-10. (In Persian)

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

Izadi, R., Neshatdust, H, T., Asgari, K., Abedi, M. R. (2014). Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive- compulsive disorder. *J Res Behave Sci*, 12(1), 19-33. (In Persian)

Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., & Morris, E. M. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: the 'ACT for life' study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 50, 257-263.

Khanbabaei, N., Zahedi, R., & Rafiepoor, A. (2019). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the psychological distress and fear of disease progression in patients with rheumatoid arthritis. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 8(30), 117-132. (In Persian)

Kittler, J. E., Menard, W., & Phillips, K. A. (2007). Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eating behaviors*, 8(1), 115-120.

Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58-69.

Luberto, C. M., Magidson, J. F., & Blashill, A. J. (2017). A case study of individually delivered mindfulness-based cognitive behavioral therapy for severe health anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(4), 484-495.

Niemeier, H. M., Leahey, T., Reed, K. P., Brown, R. A., & Wing, R. R. (2012). An acceptance-based behavioral intervention for weight loss: a pilot study. *Behavior therapy*, 43(2), 427-435.

Nourian, L., & Aghaei, A. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Body Mass Index in Women Afflicted with Obesity. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 3(2), 11-20. (In Persian)

Nourian, L., Aghaei, A., & Ghorbani, M. (2015). The efficacy of acceptance and commitment therapy on weight self-efficacy lifestyle in obese women. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 25(123), 159-169. (In Persian)

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.

Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, 16(4), 319-326.

Rabiee, M., Khorramdel, K., Kalantari, M., & Molavi, H. (2010). Factor structure, validity and reliability of the modified yale-brown obsessive compulsive scale for body dysmorphic disorder in students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(4), 343-350. (In Persian)

Tapper, K., Shaw, C., Ilsley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), 396-404.

Twohig, M. P. (2012). Acceptance and commitment therapy: The Basics of Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 499-507.

Zargar, Y., Sayad, S., & Bassak Nejad, S. (2012). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing body dysmorphic

---

disorder and interpersonal sensitivity among female high school students. *J Res Behav Sci*, 9(5), 341-9. (In Persian)

Zoghipaidar, M. R., Karami, A., & Nabizadeh, S. (2018). Compare body image disorder, body dysmorphic disorder and fashion trends in cosmetic surgery applicants and non-applicants. *Health Psychology*, 7(26), 7-24. (In Persian)

## The effect of of Acceptance Commitment Therapy On the Body Dysmorphic Disorder and Weight in Overweight Women

*Sahar Ashrafi*<sup>۱</sup>

*Abdolmajid Bahreinian*<sup>\*۲</sup>

*Kobra Hajjalizadeh*<sup>۳</sup>

*Ali Delavar*<sup>۴</sup>

### Abstract

The purpose of the present study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on Body Dysmorphic Disorder and Weight of overweight women. The method of this study was quasi-experimental with pre-test and post-test with control group. The statistical population of the study consisted of all overweight women with BMI greater than 30 in Tehran who referred to psychiatric centers in order to receive psychological treatment. The sample consisted of 40 statistical Population who were selected by convenience sampling method and were randomly divided into experimental and control groups. The research instrument was Yale and add date body deformity scale questionnaire. Acceptance and commitment therapy sessions were conducted in a group in 8 sessions of 60 minutes and one session per week. The control group received no treatment during this period. Covariance analysis was used for data analysis and SPSS.25 software was used at the significant level of 0.05. Findings showed that acceptance and commitment therapy was effective on Body Dysmorphic Disorder ( $P < 0.001$ ) and Weight ( $P < 0.001$ ) in overweight women. In general, the results indicated a significant effect of a course of acceptance and commitment therapy on the variables of body deformity disorder and weight loss in overweight women, and this method can be used for the neurological treatment of overweight people.

---

۱ PhD Candidate in general psychology, Department of psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

۲ Professor of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding author) majid.bahrainian@gmail.com

۳ Assistant Professor of Psychology, Department of psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

۴ Professor of Psychology, Allame Tabataba'i University, Tehran, Iran

---

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Body Deformity Disorder, Body Weight, Overweight