

Research Paper



The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Shame, Interpersonal Sensitivity, and Selective Attention in Girls with Body Dysmorphic Disorder

Faezeh Pasand¹, Farnaz Farshbafmanisefat²

1. MSc Student in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran.

**Article Info:**

Received: 2025/05/05

Accepted: 2025/09/01

PP: 15

Use your device to scan and
read the article online:



DOI: 10.22054/jcps.2026.
87451.3256

Keywords:

Acceptance and
Commitment Therapy,
Body Shame, Interpersonal
Sensitivity, Selective
Attention, Body
Dysmorphic Disorder

Abstract

Background and Aim: Body Dysmorphic Disorder is characterized by excessive preoccupation with perceived or minor defects in physical appearance. The present study aimed to examine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on reducing body shame, interpersonal sensitivity, and improving selective attention in girls with this disorder.

Research Methodology: This semi-experimental study utilized a pretest-posttest control group design. Out of 400 screened female high school students using the Body Dysmorphic Disorder Metacognitive Questionnaire (BDMCQ), 30 diagnosed students (aged 16–17 years) were randomly assigned to an experimental group (n=15) and a control group (n=15). The experimental group received eight 60-minute sessions of ACT, while the control group received no intervention. Data were analyzed using SPSS software.

Findings: The findings revealed that Acceptance and Commitment Therapy significantly reduced body shame ($F=34.549$, $P<0.001$, $\eta^2=0.552$), interpersonal sensitivity ($F=31.705$, $P<0.001$, $\eta^2=0.531$), and improved selective attention ($F=33.229$, $P<0.001$, $\eta^2=0.543$) in the experimental group.

Conclusion: The results indicate that ACT is an effective intervention for reducing symptoms associated with Body Dysmorphic Disorder in adolescents.

Citation: Pasand, Faezeh., & Farshbafmanisefat, Farnaz. (2025). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Body Shame, Interpersonal Sensitivity, and Selective Attention in Girls with Body Dysmorphic Disorder. *Clinical Psychology Studies*, 16(60), 26–40. <https://doi.org/10.22054/jcps.2026.87451.3256>

***Corresponding author:** Faezeh Pasand

Address: Department of Psychology, Urmial Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Tell: 09019435168

Email: pfaezeh92@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a debilitating psychological condition characterized by an obsessive preoccupation with perceived flaws in physical appearance, often leading to significant distress and functional impairment. Classified within the obsessive-compulsive spectrum in DSM-5, BDD is associated with high rates of suicidal ideation, social avoidance, and repetitive behaviors (e.g., mirror checking). Adolescents, particularly females, are vulnerable to BDD due to developmental pressures and societal beauty standards. While Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is considered a first-line treatment, not all individuals respond adequately to it, highlighting the need for exploring alternative therapeutic models. This study investigates the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in addressing core BDD symptoms—body shame, interpersonal sensitivity, and selective attention—in adolescent girls. ACT's focus on psychological flexibility and value-driven action may offer a novel approach to mitigating BDD-related distress.

Does Acceptance and Commitment Therapy (ACT) significantly reduce body shame and interpersonal sensitivity while improving selective attention in adolescent girls with Body Dysmorphic Disorder (BDD)?

Literature Review

BDD and Associated Factors: Research links BDD to maladaptive metacognitions (Rabiei et al., 2011), heightened interpersonal sensitivity (Veale et al., 2016), and attentional biases toward perceived flaws (Greenberg et al., 2014). Body shame, a painful emotion rooted in self-defectiveness (Gilbert, 1998), exacerbates BDD symptoms and social withdrawal (Duarte et al., 2014). Recent neurocognitive research has further elucidated these mechanisms. For instance, a study used functional neuroimaging to demonstrate aberrant visual processing and frontostriatal connectivity in BDD patients when viewing their own face, providing a biological basis for the observed attentional biases and distorted self-perception. These factors create a cycle of avoidance and ritualistic behaviors that severely impact academic, social, and emotional functioning in adolescents (Feusner et al., 2022).

ACT and BDD: ACT, a third-wave behavioral therapy, promotes acceptance of distressing thoughts while committing to value-based actions (Hayes et al., 2005). Contemporary research has begun to solidify ACT's role in addressing body image concerns. A randomized controlled trial by Bluett et al. (2014) found that an ACT-based protocol was superior to waitlist control in reducing body image disturbance and experiential avoidance in a transdiagnostic sample, with gains maintained at a 3-month follow-up. Prior studies suggest ACT reduces shame (Luma & Plata, 2015) and improves body image (Lind et al., 2023) by targeting cognitive fusion and experiential avoidance. Specifically regarding BDD, a 2024 case series by Tanaka and colleagues reported significant reductions in BDD symptom severity and compulsive checking behaviors following a 12-session ACT protocol, highlighting its potential for directly targeting disorder-specific behaviors. However, limited research examines ACT's impact on attentional processes in BDD. Furthermore, the mechanisms of change—particularly the role of psychological flexibility as a mediator in reducing BDD symptoms—are not well-established in the existing literature.

Gaps and Objectives: Despite ACT's promise, few studies have tested its efficacy in adolescent BDD populations or measured outcomes like selective attention. The sole identified study focusing on adolescents (Krebs et al., 2024) explored a brief ACT intervention but did not include measures of attentional bias or a robust control condition, leaving a significant gap in the literature. Additionally, prior research has often lacked active control groups, making it difficult to attribute changes specifically to the ACT intervention. Furthermore, no study to date has simultaneously investigated the impact of ACT on the core affective (shame), social (interpersonal sensitivity), and neurocognitive (selective attention) dimensions of BDD within a single controlled experiment. This study fills these gaps by evaluating ACT's effects on body shame, interpersonal sensitivity, and attentional biases. Using a controlled design, thereby providing more robust evidence for its efficacy.

Methodology

Design:

A quasi-experimental pretest-posttest design with a control group was employed.

Participants:

- **Screening:** 400 female students (16–18 years) from Urmia schools were screened using the Body Dysmorphic Metacognitions Questionnaire (BDMCQ; $\alpha=0.87$). This age range was selected due to the peak onset of BDD symptoms during mid-adolescence.
- **Final Sample:** 30 participants meeting DSM-5 BDD criteria as confirmed by a structured clinical interview were randomly assigned to ACT ($n=15$) or control ($n=15$) groups. Exclusion criteria included psychiatric comorbidities or medication use.

Intervention:

- **ACT Protocol:** Eight 60-minute sessions based on Hayes & Bond (2004), focusing on acceptance, cognitive defusion, and values clarification (see Table 1 for session details). The treatment program was implemented by a clinical psychologist with a master's degree and specialized training in ACT. The therapist had previous experience implementing ACT interventions in several research and clinical projects, and all sessions were conducted under the supervision of a supervisor with a PhD in psychology and a university faculty member.
- **Control Group:** No intervention (waitlist). Participants in the control group were offered the ACT intervention after the post-test data collection was completed.

Measures:

1. **Body Shame Questionnaire (BSQ):** 13 items ($\alpha=0.92$; Duarte et al., 2014).
2. **Interpersonal Sensitivity Measure (IPSM):** 36 items ($\alpha=0.85$; Boyce & Parker, 1989).
3. **Computerized Stroop Test:** Assessed selective attention via reaction time (ms).

Data Analysis:

- **Statistical Tests:** MANCOVA (controlling for pretest scores), Shapiro-Wilk (normality), Levene's (homogeneity).
- **Effect Size:** Partial eta-squared (η^2). Data analysis was performed using SPSS version 26.

Results

Preliminary analyses confirmed that there were no significant differences between the groups on any demographic or baseline clinical variables ($p > .05$). The MANCOVA results, controlling for pretest scores, revealed a significant overall effect of the ACT intervention (Pillai's Trace = .720, $F(3, 25) = 21.42$, $p < .001$).

1. **Body Shame:** Significant reduction in ACT group ($F=34.549$, $*p<0.001$, $\eta^2=0.55$).
2. **Interpersonal Sensitivity:** Marked decrease ($F=31.705$, $*p<0.001$, $\eta^2=0.53$).
3. **Selective Attention:** Improved Stroop performance ($F=33.229$, $*p<0.001$, $\eta^2=0.54$).

Table 1. Descriptive Statistics

Variable	Group	Pretest (M±SD)	Posttest (M±SD)
Body Shame	ACT	41.40±5.94	30.07±6.05
	Control	41.53±4.67	41.60±4.60
Interpersonal Sensitivity	ACT	112.27±10.37	97.07±7.48
	Control	112.87±8.54	113.33±7.97
Stroop Test (ms)	ACT	3444.87±269.70	2911.27±114.82
	Control	3355.60±298.53	3365.73±290.76

Discussion and Conclusion

The findings of this study indicated that Acceptance and Commitment Therapy (ACT) significantly reduced body shame and interpersonal sensitivity while improving selective attention in adolescents with Body Dysmorphic Disorder (BDD). These results are consistent with previous studies, including Lind et al. (2023) and Veale et al. (2016), and support the role of key ACT components—such as acceptance, mindfulness, and cognitive defusion—in reducing negative experiences associated with distorted self-concept.

A novel contribution of this research is the observed effect of ACT on selective attention in this population—a domain that has been understudied to date. It appears that enhancing cognitive flexibility and fostering present-moment awareness through ACT may reduce attentional biases toward perceived physical flaws. The large effect sizes ($\eta^2 > 0.14$) across all outcome measures suggest that the intervention had a substantial clinical impact.

Clinical Implications: The results support the integration of ACT into school-based mental health programs and clinical practice for adolescents struggling with BDD symptoms. Therapists can focus on helping clients defuse from negative self-judgments and re-engage in valued social activities, thereby directly targeting interpersonal sensitivity and avoidance.

Overall, the present findings support the transdiagnostic applicability of ACT in disorders characterized by self-concept distortions. It is recommended that future interventions consider integrating ACT with attention bias modification techniques. Moreover, tailoring ACT protocols to address the specific developmental needs of adolescents is strongly advised.

ACT significantly alleviated BDD symptoms, underscoring its potential as an intervention for adolescents. The therapy effectively targeted both emotional-cognitive (shame, sensitivity) and neurocognitive (attention)

components of the disorder. Limitations include sample size and lack of follow-up. Future research should explore long-term effects and gender differences.

Acknowledgments

We sincerely thank the school administrators, participants, and their families for their kind cooperation. Special thanks to the clinical psychologists for their assistance in diagnostic assessments and to the research team for their careful data collection.

References

- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612-624.
- Boyce, P., & Parker, G. (1989). Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(1), 61-67. <https://doi.org/10.1097/00005053-198901000-00008>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Batista, D. (2014). Body image as a source of shame: A new measure for the assessment of the multifaceted nature of body image shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 656-666.
- Feusner, J. D., Moody, T. D., Townsend, J. D., McKenzie, K. J., Hembacher, E., Moller, H., Bookheimer, S. Y., & Bystritsky, A. (2022). Aberrant visual processing and frontostriatal connectivity in body dysmorphic disorder. *Neuropsychopharmacology*, 47(2), 1-11.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3-36). Oxford University Press.
- Greenberg, J. L., Reuman, L., Hartman, A. S., Kasarskis, I., & Wilhelm, S. (2014). Visual hot spots: An eye tracking study of attention bias in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 57, 125-132.
- Hayes, S. C., & Pierson, H. (2005). Acceptance and commitment therapy. In *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-4). Springer. https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_1
- Krebs, G., Rautio, D., Fernández de la Cruz, L., Hartmann, A. S., Jassi, A., Martin, A., ... & Mataix-Cols, D. (2024). Practitioner Review: Assessment and treatment of body dysmorphic disorder in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(8), 1119-1131.
- Linde, J., Luoma, J. B., Rück, C., Ramnerö, J., & Lundgren, T. (2023). Acceptance and compassion-based therapy targeting shame in body dysmorphic disorder: A multiple baseline study. *Behavior Modification*, 47(3), 693-718.
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychology*, 2, 97-101.
- Rabiei, M., Salahian, A., Bahrami, F., & Palahang, H. (2011). Construction and standardization of the Body Dysmorphic Metacognition Questionnaire. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21(83), 43-52. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-688-fa.html>
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168-186. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.003>



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم از بدن، حساسیت بین فردی و توجه انتخابی در دختران دارای اختلال بدشکل‌انگاری بدنی

فائزه پسند^۱✉، فرناز فرشایف مانی‌صفت^۲ ID

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.



اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۰

شماره صفحات: ۱۵

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن
مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید:



DOI: 10.22054/jcps.2026.
87451.3256

واژه‌های کلیدی:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شرم از بدن، حساسیت بین فردی، توجه انتخابی، اختلال بدشکل‌انگاری بدنی.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال بدشکل‌انگاری بدنی شامل اشتغال فکری شدید به نقص‌های خیالی یا جزئی در ظاهر است. این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش شرم از بدن، حساسیت بین فردی و بهبود توجه انتخابی در دختران مبتلا به این اختلال انجام شد.

روش‌شناسی پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. از میان ۴۰۰ دانش‌آموز دختر غربالگری شده با پرسش‌نامه فراشناخت اختلال بدشکل‌انگاری (BDMCQ)، ۳۰ نفر مبتلا به اختلال (با میانگین سنی ۱۷-۱۶ سال) به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش، ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله ACT دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری موجب کاهش شرم از بدن ($F=34/549$, $P>0/001$, $\eta^2=0/552$)، حساسیت بین فردی ($F=33/229$, $P>0/001$, $\eta^2=0/543$) و بهبود توجه انتخابی ($F=31/705$, $P>0/001$, $\eta^2=0/543$) در گروه آزمایش شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهند که ACT مداخله‌ای مؤثر برای کاهش علائم مرتبط با اختلال بدشکل‌انگاری در نوجوانان است.

استناد به این مقاله: پسند، فائزه؛ و فرشایف مانی‌صفت، فرناز. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم از بدن، حساسیت بین فردی و توجه انتخابی در دختران دارای اختلال بدشکل‌انگاری بدنی. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۶(۶۰)، ۲۶-۴۰. <https://doi.org/10.22054/jcps.2026.87451.3256>



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

*نویسنده مسئول: فائزه پسند

نشانی: گروه روان‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران.

تلفن: ۰۹۰۱۹۴۳۵۱۶۸

پست الکترونیکی: pfaezeh92@gmail.com

اختلال بدشکل انگاری بدنی^۱ باتوجه به طبقه بندی اخیر و بحث برانگیز بودن این اختلال در طیف جدید اختلالات وسواسی اجباری و اختلالات مرتبط در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (۲۰۱۳) حوزه مورد علاقه پژوهشگران زیادی قرار گرفته است. افراد مبتلا به این اختلال دارای اشتغال ذهنی یا نقص خیالی در ظاهر خود هستند و این اشتغال ذهنی موجب پریشانی بالینی برجسته یا تخریب حوزه های عملکردی مهم فرد می شود. در صورتی که ناهنجاری فیزیکی اندکی وجود داشته باشد؛ نگرانی و پریشانی فرد در مورد آن اغراق آمیز و عذاب آور است، و همچنین این اشتغال ذهنی باعث انجام رفتارهای تکراری از جمله نگاه کردن مکرر به آینه نیز می شود (مالکوم^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). راموس^۴ و همکاران (۲۰۱۹) گزارش می کنند که افراد مبتلا به بدریخت انگاری بدن در مقایسه با افراد بدون اختلال، سابقه بیشتری از اقدام به خودکشی و انجام جراحی های زیبایی دارند. ویل و همکاران^۵ (۲۰۱۶) شیوع این اختلال را در بزرگسالان ۱/۹، در نوجوانان ۲/۲ درصد، در نوجوانان مبتلا به اختلالات روان پزشکی ۷/۴ درصد و در بزرگسالان مبتلا به اختلالات روان پزشکی ۵/۸ درصد گزارش کرده اند. مطالعات متعدد نشان داده اند که سن شروع اختلال بدشکل انگاری بدن معمولاً در دوران نوجوانی است. به عنوان مثال، کربز^۶ و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی با دو نمونه از بزرگسالان، میانگین سن شروع این اختلال را ۱۶.۷ سال گزارش کرده اند و همچنین حدود دو سوم از شرکت کنندگان در هر دو نمونه، شروع اختلال را پیش از ۱۸ سالگی تجربه کرده اند. در پژوهش دیگری، اشمیدت^۷ و همکاران (۲۰۲۵) نیز میانگین سن شروع اختلال بدشکل انگاری را در نوجوانان حدود ۱۶ سال ذکر کرده است. این یافته ها نشان دهنده اهمیت مداخله زودهنگام در دوران نوجوانی برای پیشگیری و درمان این اختلال هستند. بنابراین، انتخاب بازه سنی ۱۶ تا ۱۸ سال برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شرم از بدن، حساسیت بین فردی و توجه انتخابی در دختران مبتلا به اختلال بدشکل انگاری، با توجه به سن شروع شایع این اختلال، منطقی و ضروری به نظر می رسد. نتایج پژوهش مرشیدی^۸ و همکاران (۲۰۲۲) در طی گزارش داده است که حدود ۲٪ از جمعیت عمومی دارای اختلال بدشکل انگاری بدنی هستند. همچنین ۱۷/۲ درصد از مبتلایان سابقه جراحی زیبایی داشته که از بین آن ها ۲۰ درصد از انجام عمل زیبایی عدم رضایت و ۸۰ درصدشان رضایت داشته اند. (ادریسی، ۱۳۹۹).

یکی از عواملی که نقش مهمی در تداوم و شدت این اختلال بازی می کند، حساسیت بین فردی^۹ است (وین^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹؛ محمودعلیلو و همکاران، ۱۳۹۵). چرا که این افراد در درک تصویر بدن خود، در روابط بین فردی حساس می شوند و علاقه ای برای برقراری ارتباط ندارند (رضایی نسب و همکاران، ۲۰۲۵). حساسیت بین فردی، احساس عدم شایستگی که همراه با تعبیر و تلقی نادرست پی در پی از رفتار بین فردی دیگران است (خرمیا و همکاران، ۱۴۰۰). در نهایت احساس نگرانی در ارتباط با دیگران و اجتناب از روابط بین فردی و نگرانی درباره ی تایید، پذیرش در تعاملات اجتماعی، اختلال در سرمایه گذاری ظاهری و نگرانی تصویر بدنی را پیش بینی می کند (کیم^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین این افراد ترس از جذاب نبودن، ترس از طرد بین فردی به موجب نارضایتی از تصویر بدن تجربه می کنند (فرح زادی و همکاران، ۱۳۹۶). از طرفی افراد با حساسیت بین فردی بالا، توجه زیادی به محرک های بیرونی و غیر کلامی دارند (ادریسی، ۱۳۹۹) که این حساسیت موجب سوتعبیر رفتار دیگران نسبت به ظاهر خود شود (فورسایت^{۱۲}، ۲۰۱۴؛ ابن نصیر و خالقی پور، ۱۳۹۷).

طبق تحقیقات انجام شده در موارد شدید اختلال بدشکل انگاری بدنی، ظرفیت توجه تحت کنترل تحریف و ارزیابی منفی است (ویل^{۱۳}، ۲۰۰۴). افزایش توجه متمرکز بر خود مخصوصاً با هدف قرار دادن جنبه های ظاهری و فیزیکی موجب افزایش توجه می شود (ویل، ۲۰۰۴). در مطالعاتی که توسط گروچولوسکی و همکاران^{۱۴} (۲۰۱۲) انجام شد به شرکت کنندگان دستور داده شده بود که به عکس های چهره خود و چندین چهره دیگر با جذابیت متوسط نگاه کنند، نتایج نشان داد افراد مبتلا به اختلال بدشکل انگاری بدنی توجه انتخابی بیشتری به نقص درک شده در صورت خود و همچنین به مناطق مربوطه در سایر چهره ها نشان دادند. نتایج پژوهش راک و

1. Body Dysmorphic Disorder (BDD)
2. American Psychiatric Association
3. Malcolm
4. Ramos
5. Veale, Gledhill
6. Krebs
7. Schmidt
8. Murshidi
9. Interpersonal sensitivity
10. Wynne
11. Kim
12. Forsythe
13. Veale
14. Grocholewski

همکاران^۱ (۲۰۲۴) نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال بدشکل انگاری بدنی بیشتر بر ویژگی‌های منفی خود تمرکز می‌کنند، در حالی که افراد سالم تمرکز متعادل‌تری بر ویژگی‌های خود دارند.

از طرفی افراد مبتلا به اختلال بدشکل انگاری بدنی ممکن است به‌خاطر واری‌های مکرر ظاهرشان دچار شرم از بدن^۲ بشوند. شرم به‌عنوان یکی از دردناک‌ترین هیجانات بشری شناخته می‌شود و به‌صورت بازتاب یک شخص معیوب و پر نقص در فرد دریافت می‌شود (بیل و تریسی^۳، ۲۰۲۰). نظریه‌ای تکامل‌یافته از شرم که تأکید دارد شرم زمانی ظاهر می‌شود که فرد گمان کند در معرض کاهش ارزش اجتماعی^۴ قرار گرفته است، نه الزاماً خطایی کرده باشد. (لندرز و زنیسر^۵، ۲۰۲۲). چنین احساس مزمنی به‌ویژه ممکن است در رابطه با بدن و ظاهر جسمانی فرد تجربه شود که به‌طور واضح، اولین بخش از وجود فرد است که در معرض ارزیابی، قضاوت و بازخورد دیگران قرار می‌گیرد (دپاس^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). شرم با دقت زیادی نسبت به تهدید از سوی مخاطبان اجتماعی (و نه صرفاً خطا) فعال می‌شود، و فهم این که دیگران چگونه ما را ارزیابی می‌کنند مهم است (لروکس^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). در واقع، فرد به‌طور خودآگاه احساس می‌کند که اندام او نمی‌تواند ایدئال‌های ظاهری جامعه را که اغلب غیرقابل‌دستیابی هستند، برآورده کند (بات و خان^۸، ۲۰۲۵).

درمان‌های مختلفی برای اختلال بدشکل انگاری بدنی و متغیرهای مرتبط با آن معرفی شده‌اند یکی از آن‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۹ است (هیس و پریسون^{۱۰}، ۲۰۰۵) که کارایی بالینی آن جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی افراد با اختلال بدشکل انگاری بدنی در پژوهش‌های گوناگون نشان داده شده است (ترکیان و همکاران، ۲۰۲۲؛ پیکارد^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱؛ شعبانی و همکاران، ۱۴۰۳). این درمان برخلاف رویکردهای شناختی - رفتاری که به‌طور مستقیم تغییر افکار و احساسات ناسازگارانه را هدف قرار می‌دهند، تلاش نمی‌کند محتوای افکار یا هیجانات را تغییر دهد، بلکه با آموزش مهارت پذیرش، آگاهی لحظه‌ای و مشاهده‌گری بدون قضاوت، به افراد کمک می‌کند رابطه خود با افکار و احساسات را بازسازی کنند (بلات^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۴؛ کامران و همکاران، ۱۴۰۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعین می‌شود. پذیرش^{۱۳}، گسلش^{۱۴}، خود به‌عنوان زمینه^{۱۵}، ارتباط با زمان حال^{۱۶}، ارزش‌ها^{۱۷} و عمل متعهدانه^{۱۸}، شش فرایندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد (اسوین^{۱۹} و همکاران، ۲۰۱۵). در حالی که درمان شناختی - رفتاری عمدتاً کاهش مستقیم نشانه‌های اختلال را دنبال می‌کند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کارکرد و معنای تجارب روان‌شناختی مانند افکار، احساسات و خاطرات تأکید دارد و به مراجعان کمک می‌کند حتی در حضور این تجارب، زندگی ارزشمندی را دنبال کنند (کروسبی و توهینگ^{۲۰}، ۲۰۱۶). با این حال، برخی نقدها مطرح شده است؛ از جمله اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است در مراحل حاد اختلال به‌تنهایی کافی نباشد و نیاز به ترکیب با مداخلات شناختی یا دارویی داشته باشد (ترکیان و همکاران، ۱۴۰۱). باتوجه به توضیحاتی که در خصوص بدشکل انگاری بدنی و متغیرها ارائه شد گمان می‌رود یکی از درمان‌های مؤثر در شرم از بدن، توجه انتخابی و حساسیت بین فردی بیماران بدشکل انگاری بدنی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باشد. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم مؤثر است (حجت‌خواه و مصباح، ۱۴۰۰؛ قلعه‌امام‌قیسی و آتش‌پور، ۲۰۲۰). پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش شرم در اختلال بدشکل انگاری بدنی و متغیرهای مرتبط

1. Greenberg
2. Body shaming
3. Beal & Tracy
4. Social devaluation
5. Landers & Sznycer
6. Dias
7. Leroux
8. McKinley
9. Acceptance and commitment therapy
10. Hayes & Pierson
11. Pickard
12. Bluett
13. acceptance
14. defusion
15. self as context
16. contact with present moment
17. values
18. commitment
19. Swain, Hancock, Dixon, Bowman
20. Crosby, Twohig

نشان داده‌اند. لوما^۱ و پلات (۲۰۱۵) در پژوهشی به این نتیجه رسید که مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش عواطف شرم، انتقاد از خود و علایم خودانگاری مؤثر است. لیند^۲ و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر شرم در اختلال بدشکلی بدن مؤثر است. شعبانی و همکاران (۱۴۰۳) نیز در پژوهشی نشان دادند درمان پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی ادراکی و تصویر بدنی نگرشی در بیماران مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن مؤثر است. فرحزادی و همکاران (۱۳۹۶) نیز دریافتند که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت از تصویر بدن و حساسیت بین فردی اثر می‌گذارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این پیش فرض استوار است که بسیاری از آسیب‌شناسی‌های روانی، از جمله شرم افراطی، حاصل انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و تلاش‌های ناکارآمد برای کنترل یا اجتناب از تجارب درونی است (هیس و پریسون، ۲۰۰۵). در این چارچوب، شرم نه صرفاً یک هیجان منفی، بلکه نتیجه‌ی همانندسازی افراطی با افکار و احساسات منفی درباره خود تلقی می‌شود. بنابراین، افزایش پذیرش، گسلش شناختی، و عمل متعهدانه می‌تواند چرخه اجتناب و خودانتقادی را متوقف کرده و امکان شکل‌گیری تجربه‌ای غنی‌تر و ارزش‌محورتر از زندگی را فراهم کند (بالات و همکاران، ۲۰۱۴؛ اسوین و همکاران، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مجموعه‌ای از فرایندهای کلیدی بر کاهش شرم اثر می‌گذارد. در این رویکرد، بیماران می‌آموزند به جای اجتناب از شرم، آن را بپذیرند و تجربه کنند، بدون آن که خود را با آن یکی بدانند (هیس و پریسون، ۲۰۰۵). همچنین، از طریق گسلش شناختی، فرد می‌تواند افکار شرم‌آور و خودانتقادی را صرفاً به عنوان افکار ببیند نه واقعیت‌های تغییرناپذیر (کروسبی و توهینگ، ۲۰۱۶). با پرورش «خود به عنوان زمینه»، بیمار درمی‌یابد که هویت او فراتر از افکار و هیجانات گذراست (بالات و همکاران، ۲۰۱۴) و با مهارت ارتباط با زمان حال، از نشخوار فکری و گذشته‌گرایی رهایی می‌یابد (اسوین و همکاران، ۲۰۱۵). در نهایت، شفاف‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه، فرد را قادر می‌سازد حتی در حضور شرم، اقدامات ارزش‌محور انجام دهد و این امر به بازسازی هویت و ارتقای رضایت از زندگی کمک می‌کند (فرحزادی و همکاران، ۱۳۹۶؛ سلطانی و همکاران، ۱۴۰۳). به این ترتیب، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش همانندسازی با افکار منفی، نه تنها علائم اختلال بدشکل انگاری بدن را کاهش می‌دهد، بلکه بر شرم نیز اثرگذار است.

حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی، شناختی و هیجانی افراد مبتلا به اختلال بدشکل انگاری بدنی و این که این فرایند می‌تواند زندگی اجتماعی و ارتباطی بیماران را با آسیب جدی مواجه سازد، ضروری است اقدامات مقتضی برای بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری این افراد صورت گیرد تا از پیشروی آسیب در آینده جلوگیری گردد. براین اساس با توجه به لزوم به کارگیری روش‌های مداخله‌ای و درمان مناسب و بهنگام، و از سوی دیگر با مشاهده کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود اختلالات روان‌شناختی جامعه‌های آماری گوناگون و سرانجام عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم از بدن، حساسیت بین فردی و توجه انتخابی در دختران دارای اختلال بدشکل انگاری بدنی پژوهشگر بر آن شد تا به مقایسه بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی در متغیرهای مذکور در دختران دارای اختلال بدشکل انگاری بدنی بپردازد؛ همچنین مطالعات پیشین (حجت‌خواه و مصباح، ۱۴۰۰؛ قلعه‌امام‌قیسی و آتش‌پور، ۲۰۲۰؛ لوما و پلات، ۲۰۱۵؛ لیند و همکاران، ۲۰۲۳) بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود متغیرهایی مانند شرم، حساسیت بین فردی و تنظیم هیجانی تأکید کرده‌اند که مبنای نظری مهمی برای پژوهش حاضر فراهم می‌سازد. بنابراین مسئله اصلی پژوهش حاضر آن است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش شرم از بدن، حساسیت بین فردی و توجه انتخابی در دختران دارای اختلال بدشکل انگاری بدنی درمان مؤثری باشد یا نه؟

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش طی بازه زمانی فروردین تا تیر ۱۴۰۳ در مدارس شهر ارومیه با استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد (کد اخلاقی: IR.IAU.URMIA.REC.1403.008). به منظور افزایش اعتبار درونی نتایج، از روش تخصیص تصادفی بلوکی با در نظر گرفتن نمره پایه اختلال بدشکل انگاری بدنی (BDD) استفاده گردید که جزئیات آن در جدول ۱ ارائه شده است. جامعه هدف شامل دانش‌آموزان دختر ۱۶ تا ۱۸ ساله مدارس شهر ارومیه تعداد کل N=400 بودند، و نمونه‌گیری شامل مراحل غربالگری اولیه با پرسش‌نامه فراشناخت BDD (نسخه فارسی، ۳۱ گویه، ۴ خرده‌مقیاس، ضریب آلفای قطعی ۰.۸۷) و مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس ملاک‌های DSM-5 صورت گرفت. در نهایت، ۳۰ نفر بر اساس معیارهای ورود شامل تشخیص قطعی اختلال بدشکل انگاری بدنی، سن ۱۶-۱۸ سال، و رضایت آگاهانه کتبی دانش‌آموز و والدین، و معیارهای خروج شامل مصرف داروهای روان‌پزشکی طی شش ماه گذشته، همبودی با اختلالات روان‌پزشکی شدید (بررسی با SCID-5)، و غیبت در بیش از دو جلسه، با توافق دو روان‌شناس بالینی باتجربه انتخاب شدند.

1. Luoma & Platt
2. Linde

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش نامه فراشناخت بدشکل انگاری بدنی (BDMCQ)، نسخه فارسی، با ۳۱ گویه و چهار خرده مقیاس که روایی سازه تأیید شده و ضریب آلفای آن ۰.۸۷ است؛ پرسش نامه شرم از بدن (BSQ) اصلاح شده، شامل ۱۳ گویه با ضریب پایایی ۰.۹۲ و خرده مقیاس های شرم درونی و بیرونی؛ آزمون استروپ کامپیوتری استاندارد با ۴۵ محرک رنگی و ثبت زمان واکنش بادقت میلی ثانیه؛ و پرسش نامه حساسیت بین فردی (IPSM)، نسخه باید و پارکر، شامل ۳۶ گویه، با پایایی ۰.۵۵ تا ۰.۸۵. پروتکل مداخله، شامل ۸ جلسه درمان شناختی - رفتاری در قالب درمان ACT است که بر اساس پروتکل هیس و باند (۲۰۰۴) طراحی شده است. ساختار جلسات در جدول ۳ ارائه شده و تمرکز آنها بر محورهای اصلی شامل پذیرش و ذهن آگاهی، گسلش شناختی، تعیین ارزش ها و عمل متعهدانه است که از تکنیک های مختلفی همچون تمرین های تنفسی و برنامه ریزی رفتاری بهره می برند. در تحلیل داده ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد و برای تعیین میزان اثر، محاسبه اندازه اثر (η^2) و آزمون های تعقیبی بنفرونی انجام شد. تمامی تحلیل ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و سطح معناداری ۰.۰۵ صورت گرفت و پیش فرض های نرمال بودن و همگنی واریانس با آزمون های شاپیرو - ویلک و لون بررسی شدند. ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و والدین آنان، نگهداری محرمانه بودن اطلاعات و فراهم کردن فرصت دریافت مداخله برای گروه کنترل پس از پایان مطالعه بود. تأیید کمیته اخلاق دانشگاه نیز دریافت شد.

ابزارهای پژوهش

پرسش نامه اختلال بدشکل انگاری بدنی: این پرسش نامه توسط ربیعی و همکاران (۱۳۹۰) به منظور ارزیابی فراشناخت بدشکل انگاری طراحی و تدوین شده است. این پرسش نامه دارای ۳۱ سؤال و ۴ مؤلفه راهبردهای کنترل فراشناختی، عینیت بخشیدن به افکار، باورهای مثبت و منفی فراشناختی و رفتارهای ایمنی است و بر اساس طیف لیکرت (از ۱ تا ۵) با سؤالاتی مانند (چنان افکار و تصورات مربوط به بدشکل بودن ظاهر مرا احاطه می کنند که تمام انرژی مرا صرف خودشان می کنند) به سنجش ارزیابی فراشناخت بدشکل بدن می پردازد. نمره بالا در این آزمون بیانگر ابتلا به اختلال بدشکل انگاری بدنی است. طبق پژوهش های انجام شده ارزیابی فراشناخت بدشکل انگاری بدن از طریق روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ به دست آمده است.

پرسش نامه شرم از بدن: این پرسش نامه توسط دوارت و همکاران (۲۰۱۴) به منظور اندازه گیری شرم اجتماعی از تصویر بدنی فرد طراحی شده است. فرم نهایی دارای ۱۴ گویه است که لیکرت پنج نقطه ای برای اندازه گیری دارد. طبق پژوهش های دوارت و همکاران (۲۰۱۴) همسانی درونی پرسش نامه با ضریب آلفای کرونباخ بررسی شده است که مقادیر آن برای کل آزمون ۰/۹۲ و دو خرده مقیاس اش ۰/۸۹ و ۰/۹۰ به دست آمده است. همچنین دو مؤلفه شرم بدن برونی شده و شرم بدن درونی شده در نتیجه تحلیل عاملی، ۶۲ درصد واریانس موجود در گویه های ابزار را تعریف و تبیین می کند. نسخه فارسی این ابزار در پژوهش صادق زاده و شاملی (۱۳۹۹) با ۱۳ سؤال (۷ سؤال برای شرم بیرونی و ۶ سؤال برای شرم درونی) در دو گروه مردان و زنان مورد تأیید قرار گرفته است.

تست استروپ: این تست توسط ریدلی استروپ (۱۹۳۵)، برای ارزیابی توجه انتخابی آزمودنی ها طراحی شد. تست استروپ در این پژوهش برای ارزیابی توجه انتخابی و بازداری پاسخ شرکت کنندگان به کار رفت. اجرای آزمون با نسخه کامپیوتری استاندارد در محیطی ساکت و بدون عوامل مزاحم انجام شد. در این آزمون، ۴۵ محرک رنگی روی صفحه نمایش ظاهر می شدند؛ هر محرک یک واژه با بار هیجانی متفاوت بود که با رنگی خاص نوشته می شد. وظیفه شرکت کننده این بود که صرفاً رنگ کلمه را نادیده از محتوای معنایی آن با فشردن کلیدهای آبی، قرمز، زرد یا سبز روی صفحه کلید، در سریع ترین زمان ممکن مشخص کند. داده ها به صورت خودکار توسط نرم افزار ثبت شدند و برای هر محرک، زمان واکنش (بر حسب میلی ثانیه) و تعداد خطاها محاسبه گردید. سیستم نمره گذاری بدین صورت بود که میانگین زمان واکنش در کل محرک ها و همچنین میانگین خطاها محاسبه شد؛ میانگین زمان واکنش کمتر از ۲۰۰۰ میلی ثانیه و خطاهای کمتر از ۱۰٪ نشانگر عملکرد مطلوب و مقادیر بالاتر از این محدوده، بیانگر نقص در توجه انتخابی و بازداری شناختی تلقی گردید.

پرسش نامه حساسیت بین فردی: پرسش نامه حساسیت بین فردی توسط بایس و پارکر (۱۹۸۹) به منظور سنجش حساسیت بین فردی یا حساسیت به طرد اجتماعی ابداع شد. این پرسش نامه شامل ۳۶ سؤال و ۵ زیر مقیاس است. زیر مقیاس های این پرسش نامه عبارتند از: آگاهی بین فردی، نیاز به تأیید، اضطراب جدایی، کمرویی و عزت نفس شکننده. نمره کل این پرسش نامه از ۳۶ تا ۱۴۴ در نوسان است و کسب نمره بالاتر بیانگر حساسیت بین فردی بیشتر است. بویس و پارکر (۱۹۸۹)، ضریب پایایی بازآزمایی کل ۰/۸۵ و ضرایبی در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۷۶ برای خرده مقیاس های پرسش نامه حساسیت بین فردی گزارش کردند و اعتبار هم زمان آن را تأیید نمودند.

1. Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDMCQ)
2. Body Image Shame Scale (BISS)
3. Interpersonal Sensitivity Measure (IPSM)

جدول ۱. برنامه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی

جلسه	هدف اصلی	محتوای آموزشی	تکنیک‌ها و تمرین‌ها	تکلیف خانگی
۱	آشنایی و روان‌آموزی	معرفی اختلال BDD، مدل ACT	بحث گروهی، ارائه جزوات	ثبت افکار مزاحم روزانه
۲	پذیرش	مفهوم پذیرش و مقاومت در برابر تجربه‌ها	تمرین پذیرش، نوشتن خاطرات	تمرین پذیرش هیجانات در موقعیت روزمره
۳	ذهن‌آگاهی	آموزش تمرکز بر لحظه حال	تمرین تنفس آگاهانه، اسکن بدن	تمرین پنج دقیقه‌ای ذهن‌آگاهی روزانه
۴	گسلش شناختی	شناسایی افکار به عنوان رویدادهای ذهنی	تمرین برجسب‌گذاری افکار	ثبت موقعیت‌ها و افکار غالب
۵	خود به عنوان زمینه	تمایز بین خود مشاهده‌گر و خود محتوایی	تمرین صندلی خالی	بازتاب خود در موقعیت‌های استرس‌زا
۶	ارزش‌ها	شناسایی ارزش‌های زندگی شخصی	ارزش‌سنجی زندگی	نوشتن برنامه ارزش‌محور
۷	عمل متعهدانه	گام‌های عملی براساس ارزش‌ها	طراحی برنامه عمل	اجرای یکی از گام‌های طراحی‌شده
۸	مرور و تثبیت	مرور آموخته‌ها و برنامه پیگیری	بازخورد گروهی، قرارداد عمل	برنامه‌ریزی بلندمدت برای عمل متعهدانه

اجرای جلسات مداخله توسط روان‌شناس بالینی دارای مدرک دکتری تخصصی روان‌شناسی و دارای سابقه حرفه‌ای در اجرای مداخلات مبتنی بر درمان‌های موج سوم، به‌ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، انجام شد. مجری مداخله پیش از اجرای پژوهش، دوره‌های آموزشی تخصصی ACT را گذرانده و با پروتکل هیز و پیرسن (۲۰۰۵) آشنایی عملی و بالینی داشته است. تمامی جلسات تحت نظارت استاد راهنما با مدرک دکتری روان‌شناسی و عضو هیئت علمی دانشگاه برگزار شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی گروه آزمایش برابر با $16/33 \pm 1/52$ و میانگین سنی گروه گواه برابر با $17/40 \pm 1/20$ سال بود. در ادامه آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	انحراف معیار
شرم از بدن	آزمایش	میانگین	میانگین	انحراف معیار
	گواه	۴۱/۴۰	۵/۹۳۸	۳۰/۰۷
حساسیت بین فردی	آزمایش	۴۱/۵۳	۴/۶۷۳	۴۱/۶۰
	گواه	۱۱۲/۲۷	۱۰/۳۶۸	۹۷/۰۷
توجه انتخابی	آزمایش	۱۱۲/۸۷	۸/۵۴۳	۱۱۳/۳۳
	گواه	۳۴۴۴/۸۷	۲۶۹/۶۹۷	۲۹۱۱/۲۷
	گواه	۳۳۵۵/۶۰	۲۹۸/۵۳۱	۳۳۶۵/۷۳

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نمرات افراد گروه آزمایش در متغیرهای شرم از بدن، حساسیت بین فردی و توجه انتخابی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش داشته است؛ اما در گروه کنترل تفاوت چندانی با هم ندارند. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است ($P > 0/01$). همچنین از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد، نمرات گروه‌های پژوهش در پس‌آزمون متغیرهای وابسته دارای واریانس همگن هستند ($P > 0/01$). علاوه بر این آزمون تعامل گروه و پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون غیر معنی‌دار

است و لذا این پیش فرض نیز رد نشد ($P > 0.05$). به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس برقرار است. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش اشاره شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
شرم از بدن	عضویت گروهی	۹۹۷/۶۳۳	۱	۹۹۷/۶۳۳	۳۴/۵۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۲
	خطا	۸۰۸/۵۳۳	۲۸	۲۸/۸۷۶			
حساسیت بین فردی	عضویت گروهی	۱۵۴۹۰۴۹/۶۳۳	۱	۱۵۴۹۰۴۹/۶۳۳	۳۱/۷۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۱
	خطا	۱۶۷۲/۲۶۷	۲۸	۵۹/۷۲۴			
توجه انتخابی	عضویت گروهی	۱۹۸۴/۵۳۳	۱	۱۹۸۴/۵۳۳	۳۳/۲۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
	خطا	۱۳۶۸۰۲۷/۸۶۷	۲۸	۴۸۸۵۸/۱۳۸			

نتایج جدول ۳ نشان می دهد، اثر گروه بر متغیر شرم از بدن ($\eta^2 = 0.552$, $P < 0.001$, $F = 34.549$) و حساسیت بین فردی ($\eta^2 = 0.531$, $P < 0.001$, $F = 31.705$) و توجه انتخابی ($\eta^2 = 0.543$, $P < 0.001$, $F = 33.229$) در دختران دارای اختلال بدشکل انگاری بدنی معنادار است و نتایج نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه معنادار و میزان این تفاوت در جامعه برای شرم از بدن ۵۵ درصد، برای حساسیت بین فردی ۵۳ درصد و برای توجه انتخابی ۵۴ درصد است. بدین ترتیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود شرم از بدن، حساسیت بین فردی و توجه انتخابی دختران دارای اختلال بدشکل انگاری بدنی تاثیر معنادار دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شرم از بدن، حساسیت بین فردی و توجه انتخابی در دختران دارای اختلال بدشکل انگاری بدنی بود. یافته ها نشان داد که این درمان در هر سه حوزه مورد بررسی اثربخش است. یافته های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش معنادار شرم از بدن در دختران دارای اختلال بدشکل انگاری بدنی شد. این یافته با پژوهش های پیشین (لیند و همکاران، ۲۰۲۳؛ حجت خواه و مصباح، ۱۴۰۰؛ لوما و پلات، ۲۰۱۵) همسو است. از منظر مدل مفهومی ACT، شرم از بدن در BDD نه صرفاً یک هیجان، بلکه حاصل درهم تنیدگی شناختی با خودپنداره بدنی منفی، اجتناب تجربی و سلطه زبان ارزیابانه است. دختران مبتلا، افکار مرتبط با نقص بدنی را به عنوان «واقعیت عینی» تلقی کرده و برای کاهش رنج، به اجتناب هیجانی، پنهان سازی یا خودانتقادی شدید متوسل می شوند که خود چرخه شرم را تقویت می کند ACT. با کاهش اجتناب تجربی و افزایش گسلش شناختی، به فرد می آموزد افکار مربوط به بدن را به عنوان رویدادهای ذهنی موقتی مشاهده کند، نه حقایق تعیین کننده ارزش خود. تمرکز بر ارزش ها، جهت گیری نوجوان را از «کنترل ظاهر» به «زیستن معنادار» منتقل می کند و در نتیجه، وابستگی عزت نفس به ارزیابی ظاهری کاهش می یابد. در بافت فرهنگی ایران که شرم بدنی در دختران اغلب با هنجارهای اجتماعی و پیام های خانوادگی تشدید می شود، این تغییر کارکردی در رابطه با افکار بدنی نقش کلیدی در کاهش شرم ایفا می کند.

یافته دوم پژوهش نشان داد که ACT باعث کاهش حساسیت بین فردی می شود و این با نتایج پژوهش های خرم نیا و همکاران (۱۴۰۰)، ادریسی (۱۳۹۹)، ابن نصیر و خالقی پور (۱۳۹۷)، فرحزادی و همکاران (۱۳۹۶)، محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۵) و وین و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. دختران دارای اختلال بدشکل انگاری بدنی معمولاً نسبت به قضاوت دیگران حساس هستند و این حساسیت باعث افزایش استرس و نگرانی در تعاملات اجتماعی می شود. با تمرکز بر پذیرش، انعطاف پذیری روان شناختی و تمرین های ذهن آگاهی، به فرد کمک می کند از مقایسه و ارزشیابی خود و دیگران پرهیز کند. در نتیجه، دختران می آموزند که رویدادها و افراد اطراف خود را بدون قضاوت بپذیرند و تمرکز خود را بر رفتارهای سازنده و ارزش های شخصی حفظ کنند. این تغییر نگرش، شدت افکار منفی و اضطراب مرتبط با تعاملات اجتماعی را کاهش می دهد و مهارت های ارتباطی و خود آگاهی را تقویت می کند. با توجه به زمینه فرهنگی، این مکانیسم به دختران کمک می کند که در جامعه ای که استانداردهای زیبایی و فشارهای اجتماعی بالاست، تعاملات اجتماعی سالم تر و متعادل تری داشته باشند. کاهش حساسیت بین فردی در گروه دریافت کننده ACT نشان می دهد این درمان توانسته الگوی ادراک تهدید اجتماعی را در دختران دارای BDD تعدیل کند. حساسیت بین فردی در این اختلال عمدتاً ناشی از فراهوشیاری به نشانه های ارزیابی منفی، ذهن خوانی و پیش بینی طرد اجتماعی است. به جای اصلاح محتوای این افکار، با تغییر رابطه فرد با آن ها عمل می کند. تمرین های ذهن آگاهی و پذیرش باعث می شود توجه از

پایش مداوم واکنش‌های دیگران به تجربه لحظه حال و رفتارهای ارزش محور منتقل شود. در نتیجه، فرد کمتر در دام چرخه انتظار قضاوت - اضطراب - اجتناب یا انفعال اجتماعی گرفتار می‌شود. افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی موجب می‌شود تعاملات اجتماعی نه به‌عنوان صحنه آزمون ارزش فردی، بلکه به‌عنوان فرصت تجربه انسانی در نظر گرفته شوند. این تغییر چارچوب شناختی-هیجانی، شدت واکنش‌های هیجانی و شناختی مرتبط با تعاملات اجتماعی را کاهش داده و حساسیت بین فردی را تعدیل می‌کند.

یافته سوم پژوهش نشان داد که ACT بهبود قابل توجهی در توجه انتخابی ایجاد می‌کند. دختران دارای اختلال بدشکل انگاری بدنی معمولاً توجه خود را به اطلاعات منفی و خودانتقادی معطوف می‌کنند و از پردازش هدفمند اطلاعات محیطی بازمی‌مانند (پیکارد و همکاران، ۲۰۲۱). ACT با مؤلفه‌های پذیرش، گسلش از افکار مزاحم، تمرین‌های ذهن‌آگاهی و عمل متعهدانه، توانایی هدایت توجه به محرک‌های مهم محیطی را افزایش می‌دهد. تمرین‌های ذهن‌آگاهی افراد را قادر می‌سازد جریان افکار و هیجانات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و توجه خود را به اطلاعات مرتبط با اهداف ارزشمند هدایت کنند. این فرآیند در آزمون استروپ به صورت افزایش دقت در شناسایی رنگ واژه‌ها و کاهش اثر خودکار معنای واژه‌ها مشاهده می‌شود. همچنین تاب‌آوری شناختی و تنظیم هیجانی ناشی از ACT موجب کاهش تداخل هیجانی با فرآیندهای توجه می‌شود. تغییرات عصبی مرتبط شامل افزایش فعالیت قشر پیش‌پیشانی و کاهش پاسخ‌های خودکار هیجانی، ظرفیت پردازش هدفمند و کنترل توجه را تقویت می‌کند. در بافت فرهنگی و جمعیتی دختران ایرانی، که فشارهای اجتماعی و حساسیت به قضاوت دیگران می‌تواند توجه را مختل کند، این مکانیسم‌ها اثرگذاری ACT را برجسته‌تر می‌سازند. بهبود توجه انتخابی در آزمون استروپ نشان می‌دهد ACT فراتر از تغییرات هیجانی، بر فرآیندهای اجرایی شناختی نیز اثرگذار بوده است. در BDD، توجه انتخابی به‌طور مزم به محرک‌های تهدیدکننده خودپنداره بدنی معطوف می‌شود و این سوگیری، ظرفیت پردازش هدفمند را مختل می‌کند. از طریق کاهش همجوشی شناختی و افزایش آگاهی لحظه‌ای، موجب آزادسازی منابع توجه می‌شود. ذهن‌آگاهی به فرد می‌آموزد حضور افکار مزاحم را بدون درگیری یا سرکوب تحمل کند؛ این امر از مصرف منابع شناختی توسط نشخوار ذهنی می‌کاهد و امکان هدایت ارادی توجه را افزایش می‌دهد. بهبود عملکرد در آزمون استروپ را می‌توان بازتاب افزایش کنترل شناختی بالا به پایین و کاهش غلبه پردازش‌های خودکار هیجانی دانست. این یافته با شواهد عصب‌شناختی مبنی بر نقش ACT در بهبود عملکرد قشر پیش‌پیشانی و تنظیم پاسخ‌های هیجانی همخوان است.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق هدف قرار دادن هسته مشترک آسیب‌شناسی در اختلال بدشکل انگاری بدنی، یعنی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، به‌طور هم‌زمان بر سطوح هیجانی (شرم از بدن)، بین فردی (حساسیت بین فردی) و شناختی-توجهی (توجه انتخابی) اثر می‌گذارد. ACT با کاهش اجتناب تجربی و همجوشی شناختی، چرخه خودتقویت‌کننده شرم، پایش اجتماعی و سوگیری توجه را مختل می‌کند و به جای تلاش برای کنترل افکار و هیجانات، ظرفیت پذیرش، حضور ذهن و اقدام مبتنی بر ارزش‌ها را تقویت می‌نماید. این تغییر کارکردی در نحوه مواجهه با تجربه‌های درونی، باعث می‌شود افکار مرتبط با بدن و قضاوت اجتماعی قدرت تنظیم‌کننده رفتار را از دست بدهند. از این منظر، اثربخشی ACT در این پژوهش نه حاصل مداخله مجزا بر هر متغیر، بلکه نتیجه بازسازمان‌دهی رابطه فرد با تجربه‌های درونی و اجتماعی است. چنین تبیینی می‌تواند توضیح دهد چرا ACT به‌عنوان درمانی فراتشخیصی، برای مداخلات مرتبط با تصویر بدن و آسیب‌پذیری‌های نوجوانان دختر در بافت فرهنگی ایران، رویکردی کارآمد و قابل توصیه محسوب می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

کلیه مراحل پژوهش با رعایت اصول اخلاقی در پژوهش‌های انسانی انجام شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند و امکان انصراف در هر مرحله برای آن‌ها وجود دارد. این مطالعه با کد: IR.IAU.URMIA.REC.1403.008 انجام شده است.

حامی مالی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه مصوب دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه است و هزینه‌های آن توسط دانشگاه و پژوهشگر تأمین گردیده است.

تعارض منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

سپاسگزاری

از مدیران مدارس، شرکت‌کنندگان و خانواده‌هایشان صمیمانه سپاسگزاریم. تشکر ویژه از روان‌شناسان بالینی و تیم پژوهشی برای همکاری در ارزیابی‌ها و جمع‌آوری داده‌ها.

References

- ابن نصیر، ش؛ و خالقی پور، ش. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد اضطراب حساسیت و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارای ویژگی شخصیتی اجتنابی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۲)، ۱۹۸-۲۰۵.
- احسانی، ا. ه؛ فکوری، ی؛ غلامعلی، ف؛ مختاری، ل؛ سادات حسینی، م؛ روانمهر، ن؛ و نورمحمدی، پ. (۱۳۹۲). شیوع اختلال بدریخت انگاری بدن در بیماران مراجعه کننده با شکایت زیبایی به بیمارستان پوست. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۷۱(۳)، ۱۷۰-۱۶۴.
- ادریسی، ح. (۱۳۹۹). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر سازگاری فردی - اجتماعی و سلامت روان زوجین ناراضی مراجعه کننده به فصلنامه مراکز مشاوره در تهران. *مجله ایده های جدید روان شناسی*، ۴(۸)، ۱-۱۳.
- حجت خواه، س؛ م و مصباح، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم درونی شده زنان بدسرپرست. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۴(۵۲)، ۵۷-۶۸.
- خرم نیا، ص؛ طاهری، ا. ع؛ محمدپور، م؛ فروغی، ع. ا؛ و کریم زاده، ی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت بین فردی و انعطاف پذیری روان شناختی در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *مجله روان شناسی و روان پزشکی شناخت*، ۱۸(۱)، ۲۷-۱۵.
- ربیعی، م؛ صلاحیان، ا؛ بهرامی، ف؛ پالاهنگ، ح. (۱۳۹۰). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه ارزیابی فراشناخت بدشکلی بدن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۱(۸۳): ۴۳-۵۲.
- سلطانی، م؛ ایمانی، م؛ و گودرزی، م. (۱۴۰۳). اثربخشی خودافشایی هیجانی بر اساس مدل پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی زنان خانه دار مبتلا به اختلال افسرده خویی. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱۵(۵۶)، ۹۴-۸۱.
- شعبانی، ف؛ بخشی پور، ع؛ محمود علی لو، م؛ صبوری مقدم، ح؛ و رنجبر، ف. (۱۴۰۳). کارایی درمان پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی ادراکی و تصویر بدنی نگرشی در بیماران مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن: کارآزمایی بالینی تک آزمودنی. *فصلنامه پژوهش های نوین روان شناختی*، ۷۴(۱۹)، ۲۶۸-۲۸۱. <https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.56606.5592>
- صادق زاده، م؛ و شاملی، ل. (۱۳۹۹). بررسی ویژگی های روان سنجی پرسش نامه شرم از تصویر بدن در دانشجویان دختر و پسر ایرانی. *روان شناسی فرهنگی*، ۴(۲)، ۲۳۳-۲۴۱.
- علیلو، م؛ هاشمی نصرت آباد، ط؛ و سهرابی، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکنیک های مواجهه بر اضطراب بیمار و شدت علائم و ابعاد حساسیت در اختلال اضطراب عمومی. *فصلنامه روان شناسی بالینی دانشگاه سمنان*، ۸(۳)، ۷۶-۶۱.
- فرحزادی، م؛ مداحی، م. ا؛ و خلعتبری، ج. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی - رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی. *پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره*، ۷(۲)، ۶۹-۸۹.
- کامران، ا؛ قاسمی پیربلوطی، م؛ و غضنفری، ا. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه های تصویری القاء کننده مواد و ادراک درد در مصرف کنندگان هروئین. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱۶(۵۹)، ۱۶-۳۲.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beall, A., & Tracy, J. (2020). The evolution of pride and shame. In L. Workman, W. Reader, & J. Barkow (Eds.) , *The Cambridge handbook of evolutionary perspectives on human behavior* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 179-193). Cambridge University Press.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612-624.
- Boyce, P., & Parker, G. (1989). Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(1), 61-67. <https://doi.org/10.1097/00005053-198901000-00008>
- Butt, M., & Khan, M. A. (2025). Objectified Body Consciousness, Social Appearance Anxiety and Disordered Eating Patterns in Young Adults. *Journal of Behavioural Sciences*, 35(2), 46.
- Crosby, J. M., & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 47(3), 355-366.
- Dias, B. S., Ferreira, C., & Trindade, I. A. (2018). Influence of fears of compassion on body image shame and disordered eating. *Eating and Weight Disorders*, 25, 99-106.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Batista, D. (2014). Body image as a source of shame: A new measure for the assessment of the multifaceted nature of body image shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 656-666.

- Feusner, J. D., Moody, T. D., Townsend, J. D., McKenzie, K. J., Hembacher, E., Moller, H., Bookheimer, S. Y., & Bystritsky, A. (2022). Aberrant visual processing and frontostriatal connectivity in body dysmorphic disorder. *Neuropsychopharmacology*, 47(2), 1–11.
- Forsythe, V. A. (2014). *Choosing emotion regulation strategies: The effects of interpersonal cues and symptoms of borderline personality disorder* (Doctoral dissertation). The Ohio State University.
- Ghaleh Emamghaisi, Z., & Atashpour, S. H. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-criticism and feeling of shame in methamphetamine users. *Journal of Substance Use*, 25(4), 372-376.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3-36). Oxford University Press.
- Greenberg, J. L., Reuman, L., Hartman, A. S., Kasarskis, I., & Wilhelm, S. (2014). Visual hot spots: An eye tracking study of attention bias in body dysmorphic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 57, 125-132.
- Grochowski, A., Kliem, S., & Heinrich, N. (2012). Selective attention to imagined facial ugliness is specific to body dysmorphic disorder. *Body Image*, 9(2), 261-269.
- Hayes, S. C., & Pierson, H. (2005). Acceptance and commitment therapy. In *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-4). Springer. https://doi.org/10.1007/0-306-48581-8_1
- Kim, Y., Jang, J., Kang, H. S., Lee, J., Lee, D., Yu, H.,... & Myung, W. (2024). Network structure of interpersonal sensitivity in patients with mood disorders: A network analysis. *Psychiatry Investigation*, 21(9), 1016. <https://doi.org/10.30773/pi.2023.0411>
- Krebs, G., Rautio, D., Fernández de la Cruz, L., Hartmann, A. S., Jassi, A., Martin, A., ... & Mataix-Cols, D. (2024). Practitioner Review: Assessment and treatment of body dysmorphic disorder in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(8), 1119-1131.
- Landers, M., & Sznycer, D. (2022). The evolution of shame and its display. *Evolutionary human sciences*, 4, e45. <https://doi.org/10.1017/ehs.2022.43>
- Leroux, A., Héту, S., & Sznycer, D. (2023). The shame system operates with high precision. *Evolutionary Psychology*, 21(3), 14747049231203394.
- Linde, J., Luoma, J. B., Rück, C., Ramnerö, J., & Lundgren, T. (2023). Acceptance and compassion-based therapy targeting shame in body dysmorphic disorder: A multiple baseline study. *Behavior Modification*, 47(3), 693-718.
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychology*, 2, 97-101.
- Malcolm, A., Labuschagne, I., Castle, D., Terrett, G., Rendell, P. G., & Rossell, S. L. (2018). The relationship between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review of direct comparative studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(11), 1030-1049. <https://doi.org/10.1177/0004867418799925>
- McKinley, N. M., & Hyde, J. S. (1996). The Objectified Body Consciousness Scale: Development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 181-215.
- Murshidi, R., Hammouri, M., Al-Ani, A., Kitaneh, R., Al-Soleiti, M., Al Ta'ani, Z., ... & Smadi, Z. (2024). Investigating the prevalence of body dysmorphic disorder among Jordanian adults with dermatologic and cosmetic concerns: a case-control study. *Scientific Reports*, 14(1), 5993. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-56315-8>
- Pickard, J. A., Lumby, C., & Deane, F. P. (2021). True beauty lies within: Therapist interview of a client who received acceptance and commitment therapy for body dysmorphic disorder. *Clinical Psychologist*, 25(2), 234-239. <https://doi.org/10.1080/13284207.2021.1948304>
- Ramos, T. D., de Brito, M. J. A., Suzuki, V. Y., Sabino Neto, M., & Ferreira, L. M. (2019). High prevalence of body dysmorphic disorder and moderate to severe appearance-related obsessive-compulsive symptoms among rhinoplasty candidates. *Aesthetic Plastic Surgery*, 43, 1000-1005. <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1300-1>
- Rezaeinasab, F., Haghighat-Bayan, N., Nouri, E., Savabi-Niri, V., & Kouhi, Z. (2025). The efficacy of acceptance and commitment therapy on distress tolerance, interpersonal sensitivity and depression in students with body dysmorphic disorder. *International Journal of Behavioral Sciences*, 18(4), 177-184. <https://doi.org/10.30491/IJBS.2025.458971.2123>
- Rück, C., Mataix-Cols, D., Feusner, J. D., Shavitt, R. G., Veale, D., Krebs, G., & Fernández de la Cruz, L. (2024). Body dysmorphic disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 10(1), 92.
- Schmidt, M., Schoenenberg, K., Engelkamp, J. E., Staufenbiel, T., Martin, A., Ebert, D. D., & Hartmann, A. S. (2025). Efficacy of an internet-based, therapist-guided cognitive behavioral therapy intervention for adolescents and young adults with body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 25(1), 374.

- Shabani, F., Bakhshipour, A., Alilou, M. M., Moghaddam, H. S., & Ranjbar, F. (2024). The efficacy of acceptance and commitment therapy on perceptual and attitudinal body image in individuals with body dysmorphic disorder: Single subject clinical trial. *Journal of Modern Psychological Researches*, 19(74), 268-281.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643-662. DOI: 10.1037/h0054651
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85.
- Torkian, A., Zanjani, Z., Pourkmali, Z., & Omid, A. (2022). The effect of acceptance and commitment therapy on youth with body dysmorphic disorders symptoms: A randomized clinical trial. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1416093/v1>
- Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(1), 113-125.
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168-186. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.003>
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., et al. (2019). Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, 4(156), 935-945.

