

Original Article

Comparing the Effectiveness Acceptance and Commitment-Therapy and Family-based Treatment on the Body Image of Girls with Anorexia Nervosa

Marzieh Babaee Heydarabadi*¹, Negin Fathpour Shafi², Asma Hanafi³, Zahra Shirzad⁴, Snoor Daneshkhah⁵

1. Department of Psychology and Counseling, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Department of Clinical Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

3. Department of Counselling, Shabestar Branch, Islamic Azad University, Shabestar, Iran

4. Department of Counselling, Almahdi Mehr University, Isfahan, Iran

5. Department of Counseling, Sari Branch, Payame Noor University, Sari, Iran

* **Corresponding author.** Tel: +989127695990, E-mail: marzieh.babaei1400@yahoo.com

Article info

Article history:

Received: Oct 16, 2024

Accepted: Feb 20, 2025

Keywords:

Acceptance and
Commitment Therapy
Family-based Treatment
Body Image
Anorexia Nervosa
Girls

ABSTRACT

Background: Anorexia nervosa is one of the most treatment-resistant mental disorders that seriously affects the mental health of the affected person. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of commitment and acceptance therapy and family-based treatment on improving the body image of female students with anorexia nervosa.

Methods: This study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a three-month follow-up with a control group. The statistical population was female students with anorexia nervosa in Karaj in the academic year 1402, of which 45 of them were randomly assigned to two intervention groups and a control group (15 people each) by purposive non-random sampling. The first and second intervention groups received commitment and acceptance-based therapies and family-based therapies, respectively, during 10 90-minute sessions, and the control group did not receive any therapy at this stage. All three groups answered the Garner and Gerfingel Eating Attitude Questionnaires (1982) to identify students with anorexia nervosa and the Cash and Prusinski Body Image Questionnaire (1990) before, after, and three months after completing the therapeutic interventions. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance using SPSS-24 software.

Results: The results showed that family-based treatment and commitment and acceptance-based treatment were able to significantly increase body image scores in the post-test of the experimental groups ($p \geq 0.01$) and there was no significant difference between these two treatments ($p \leq 0.01$). The results of the three-month follow-up test indicate the durability of the therapeutic effects of both treatments.

Conclusion: According to the results obtained, commitment and acceptance-based treatments and family-based treatment led to an improvement in positive body image in girls with anorexia nervosa disorder. Therefore, mental health professionals are advised to use these two treatments to improve the mental health of girls with anorexia nervosa.

How to cite this article: Babaee Heydarabadi M, Fathpour Shafi N, Hanafi A, Shirzad Z, Daneshkhah S. Comparing the Effectiveness Acceptance and Commitment- Therapy and Family-based Treatment on the Body Image of Girls with Anorexia Nervosa. Journal of Health & Care. 2025;27(1):7-20.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

مقایسه اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مبتنی بر خانواده بر تصویر بدنی دانش آموزان دختر مبتلا به بی اشتهایی عصبی

مرضیه بابایی حیدرآبادی^{۱*}، نگین فتح پور شافی^۲، اسما حنفی^۳، زهرا شیرزاد^۴، سنور دانشخواه^۵

۱. گروه مشاوره، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. گروه روانشناسی بالینی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۳. گروه مشاوره، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران

۴. گروه مشاوره، دانشگاه غیرانتفاعی المهدی مهر، اصفهان، ایران

۵. گروه مشاوره، واحد ساری، دانشگاه پیام نور، ساری، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۷۶۹۵۹۹۰ ایمیل: marzieh.babaei1400@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: بی اشتهایی عصبی یکی از اختلالات روانی مقاوم به درمان است که بهداشت روانی فرد را تحت تاثیر جدی قرار می دهد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر خانواده بر تصویر بدنی دانش آموزان دختر مبتلا به اختلال بی اشتهایی عصبی انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری، دانش آموزان دختر مبتلا به بی اشتهایی عصبی شهر کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۲ بودند که ۴۵ نفر از آنها به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به همراه خانواده هایشان با روش گمارش تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله اول و دوم به ترتیب درمان های مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر خانواده را طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند و گروه کنترل در این مرحله، درمانی دریافت نکرد. هر سه گروه پیش، پس و بعد از سه ماه از اتمام مداخلات درمانی، پرسشنامه های نگرش خوردن گارنر و گریفینگل (۱۹۸۲) برای شناسایی دانش آموزان با اختلال بی اشتهایی عصبی و پرسشنامه تصویر بدنی کش و پروژینسکی (۱۹۹۰) را پاسخ دادند. داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره با کمک نرم افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد هر دو روش درمان مبتنی بر خانواده و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش توانستند به صورت معناداری نمرات تصویر بدنی را در پس آزمون گروه های آزمایش افزایش دهند ($p \leq 0/01$). در مقایسه اثربخشی دو روش، تفاوت معناداری بین این دو روش دیده نشد ($p \geq 0/01$). نتایج آزمون پیگیری سه ماهه، حکایت از ماندگاری اثرات درمانی هر دو درمان داشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده، هر دو روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر خانواده منجر به بهبود تصویر بدنی در دختران دارای اختلال بی اشتهایی عصبی می شوند. بنابراین به متخصصان سلامت روان توصیه می شود از این دو درمان در بهبود بهداشت روانی دختران با اختلال یادشده بهره گیرند.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان مبتنی بر خانواده، تصویر بدنی، بی اشتهایی عصبی

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۰۲

دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۲۵

مقدمه

دوره نوجوانی به عنوان یکی از آسیب پذیرترین دوره‌های رشدی در برابر مشکلات روانشناختی می‌شود (۱). این مسئله می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد که از جمله آنها می‌توان به عدم آگاهی نوجوانان از ویژگی‌های روانشناختی خود، تحریک پذیری، عدم کسب هویت، زندگی در مناطق پرخطر، اختلاف با والدین، فشارهای گروه همسالان و مشکلات عاطفی و تحصیلی اشاره کرد (۲) که مجموعه این عوامل، بهداشت روانی نوجوانان را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد (۳)؛ به طوری که شاهد افزایش مشکلات روانشناختی در نوجوانان به ویژه در کشورهای در حال توسعه هستیم (۴).

از جمله شایع ترین اختلالات روانشناختی در دوره نوجوانی می‌توان به اضطراب (۳۴٪)، افسردگی (۲۱٪)، اختلال بیش فعالی- نقص توجه^۱ (۵٪)، اختلالات شخصیت^۲ (۱۷٪)، رفتارهای خودآسیبی (۲۱٪) و اختلالات خوردن^۳ (۵٪)، اشاره کرد (۵). در این بین مطالعات مختلف نشان داده‌اند بعضی از این اختلالات روانشناختی محصول زندگی صنعتی بوده و نرخ آن در جوامع جهانی در حال افزایش است. بی‌اشتهایی عصبی^۴، یکی از شناخته شده‌ترین اختلال‌های زندگی مدرن است (۶) که میزان آن در دختران ده برابر پسران است؛ به طوری که شیوع جهانی آن در دختران ۳ درصد و در پسران حدود ۰/۱ درصد تخمین زده شده‌است (۷). شیوع این اختلال در دختران ایرانی، حدود ۱ درصد بوده و داده‌های دقیقی در ارتباط با میزان این اختلال در پسران ایرانی وجود ندارد (۸). اختلال بی‌اشتهایی عصبی یک اختلال روانی مرتبط با ناهنجاری در الگوی مصرف غذا است که عوامل روانی متعدد مانند ترس از اضافه وزن، نارضایتی از ظاهر بدنی و فیزیکی، احساس ناراحتی و تنفر از خود و

اضطراب در آن نقش دارند (۹). نوجوانان به ویژه دختران همواره توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند و اغلب در تلاش هستند که از لحاظ ظاهری مورد تحسین و ارزیابی مثبت قرار گیرند، بنابراین این مورد می‌تواند منجر به ترس از اضافه وزن و یا تحریف تصویر بدنی در آنها شود (۱۰). در سبب شناسی این اختلال نشان داده شده است که عوامل زیستی، فرهنگی، شخصیتی و شناختی متعددی دخالت دارند و همچنین اینترنت و تعریف زن مدرن نیز سهم قابل توجهی در افزایش میزان این اختلال داشته‌اند (۱۱).

مطالعات انجام شده حکایت از مقاومت این اختلال به درمان دارد. این می‌تواند به علت نقش عوامل مختلف و تاثیر چند بعدی این اختلال بر عملکرد فرد مبتلا باشد که الگوهای فکری تثبیت شده درونی و سطوح بالای احساس شرم، در مقاومت بیماران به درمان دخیل هستند (۱۲). شرم، احساس ناشی از خودارزشیابی منفی و فقدان تحمل قرار گرفتن در معرض دید خود یا دیگران است که باعث می‌شود خودانگاره و هویت فرد زیر سوال برود (۱۳). درونمایه غالب طرحواره‌های افراد دارای اختلال بی‌اشتهایی عصبی، تصور خود به عنوان فرد کم ارزش، ناقص و یا حقیر است که باعث ایجاد تحریف در احساس ارزشمندی فرد مبتلا می‌شود (۱۴). عامل اصلی تداوم و استمرار این اختلال، قضاوت فرد درباره ارزش خود بر اساس وزن و فرم بدن است که فرد مبتلا را تشویق می‌کند که وعده‌های غذایی را کم و محدود کند که این مسئله در زنان و دختران با شدت بیشتری بروز پیدا می‌کند (۱۵). بنابراین افراد مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی، تصویر بدنی منفی از خود دارند. تصویر بدنی منفی و تحریف شده، منجر به نارضایتی از بدن و احساس عدم جذابیت و نشخوار فکری در مورد وضعیت ظاهری یا فرم بدن می‌شود که این درک اشتباه، زمینه مشکلات جسمانی و روانشناختی متعددی را فراهم می‌کند (۱۶)، به طوری

¹ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

² Personality Disorder

³ Eating Disorder

⁴ Anorexia Nervosa

که افسردگی، احساس شرم، کمال گرایی ناسالم، احساس تنهایی و در موارد شدید، افکار و رفتار خودکشی از جمله مشکلات روانشناختی شایع در افراد دارای اختلال بی اشتهایی عصبی است که در مجموع، سطح بهداشت روانی فرد مبتلا را به شدت کاهش می‌دهد (۱۷). بنابراین به نظر می‌رسد که تصویر بدنی منفی یکی از جدی‌ترین مشکلات مرتبط با افراد مبتلا به اختلال بی اشتهایی عصبی باشد که باید مورد توجه قرار گیرد. درمانگران و پژوهشگران به دنبال بهبود نگرش نسبت به تصویر بدنی در این افراد هستند و همواره یافتن درمان اثربخش و مقایسه اثربخشی درمان‌های مختلف یکی از مهم‌ترین اهداف آنها در این مورد است. روان‌درمانی در سال‌های اخیر در کشور ما رشد قابل توجهی داشته است که از جمله آنها می‌توان به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر خانواده اشاره کرد (۱۸).

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۱ (ACT)، یکی از درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری است که توسط استیون هیز^۲ (۱۹۸۷) در دانشگاه نوادا^۳ مطرح گردید (۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک نوع رفتار درمانی منحصر به فرد است که هدف آن بررسی مشکلات انسان و در عین حال ترغیب افراد به دنبال کردن چیزی که در زندگی آن را مهم می‌دانند، می‌باشد. این رویکرد دو هدف عمده دارد: بالا بردن قدرت پذیرش تفکرات و احساسات نامطلوبی که درمانجو کنترل روی آنها ندارد و همچنین تعهد و اقدام در جهت آن نوع زندگی که برای او ارزشمند است (۲۰). مطالعات قبلی حکایت از اثربخشی این درمان بر تصویر بدنی، شرم درونی و عزت نفس بوده است (۲۱-۲۳).

یکی دیگر از انواع مداخلات روان‌درمانی، درمان مبتنی بر خانواده^۴ (FBT) است. FBT یک رویکرد سرپایی یا

روش درمانی کوتاه مدت (۱۰ تا ۲۰ جلسه) برای درمان افرادی است که اختلال خوردن دارند (۲۴). مداخلات خاص آن به طور مستقیم از شاخه‌های گوناگون روان‌درمانی مثل رفتاری، سیستم‌های خانواده، خانواده درمانی استراتژیک، خانواده درمانی ساختاری، درمان سیستمی میلان و نظریه فمینیستی مشتق شده است (۲۵). فلسفه این رویکرد به این صورت است که نوجوان را در خانواده جا داده و مشارکت خانواده را ضروری می‌داند. نوجوان نمی‌تواند تصمیمات مناسبی برای رفتارهای خوردن داشته باشد؛ به همین علت والدین درگیر درمان می‌شوند، البته با حفظ احترام و توجه به نظرات و تجربه‌های نوجوان. این درمان به رشد نوجوان اهمیت می‌دهد و والدین را راهنمایی می‌کند که به نوجوانان برای انجام وظایف رشدی کمک کند. تفاوت درمان مبتنی بر خانواده با درمان‌های دیگر می‌تواند نخست به این دلیل باشد که در این درمان، نوجوان به عنوان کسی که می‌تواند رفتار خود را کنترل کند، در نظر گرفته نمی‌شود، دوم اینکه هدف آن بهبود کنترل والدین روی رفتار خوردن نوجوانان است و سوم اینکه درمانگر باید در درجه اول روی تمایل شخص بر انجام وظیفه ترمیم وزن (مخصوصاً در مراحل ابتدایی درمان) تمرکز کند (۲۶). مطالعات قبلی نیز حکایت از اثربخشی این درمان بر بهبود مشکلات روانشناختی از جمله افسردگی و اختلال بی اشتهایی عصبی داشت (۲۸،۲۷).

با توجه به آنچه گفته شد بی اشتهایی عصبی بر طیف وسیعی از سلامت جسمانی و روانشناختی افراد مبتلا اثر منفی دارد. این اختلال سبب می‌شود فرد، تصویر منفی از ظاهر و ارزش‌مندی خود داشته باشد و عملکرد فرد مبتلا به شدت افت پیدا کند. از آنجا که اکثر افراد دارای این اختلال، دختران و زنان جوان که مادران آینده و نیروی جوان و پویای جامعه خواهند بود، هستند، بنابراین تشخیص و درمان به موقع آن اهمیت خاصی برای بهبود بهداشت روانی جامعه خواهد

¹ Acceptance and Commitment Therapy

² Steven Hayes

³ Nevada University

⁴ Family-based Therapy

داشت. از طرفی رویکردهای درمانی همواره باید مورد مطالعه و بررسی قرار گیرند تا اثربخشی آنها مورد تأیید قرار بگیرد. شاید بهترین راه برای تشخیص درمان مناسب، مقایسه میزان اثربخشی آنها با همدیگر باشد تا با دستیابی به درمان‌های اثربخش بتوان بهداشت روانی دختران دارای بی‌اشتهایی عصبی را بهبود بخشید. جست و جوی مطالعات قبلی نشان داد مطالعات اندکی در زمینه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر خانواده، انجام شده و بیشتر مطالعات انجام شده روی سایر اختلالات خوردن مانند پراشتهایی عصبی و چاقی بوده و سهم بی‌اشتهای عصبی بسیار کمتر از سایر انواع اختلالات خوردن بوده است، بنابراین این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر خانواده بر تصویر بدنی دختران نوجوان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان ۱۶-۱۸ ساله مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی شهر کرج به همراه خانواده‌هایشان در سال تحصیلی ۱۴۰۲ بودند. به منظور انتخاب نمونه‌ها از بین نواحی چهارگانه شهر کرج، یک ناحیه به‌طور تصادفی انتخاب شد. پس از آن در تمامی مدارس دخترانه این ناحیه، دانش آموزانی که در آزمون نگرش خوردن نمره برش ۲۰ به بالا دریافت کردند، مورد بررسی قرار گرفتند. غربال‌گری براساس اطلاعات نمودارهای طرح سراسری پایش وزن که از مدارس جمع‌آوری شده بود، انجام گرفت. دانش آموزان کم‌وزن با بردن عدد شاخص توده بدنی روی نمودار شناسایی شدند. بعد از ارزیابی به روش مصاحبه بالینی جهت تشخیص دقیق اختلال بی‌اشتهایی عصبی توسط روانشناس بالینی، تعداد ۴۵ نفر از آنها به همراه خانواده‌هایشان به

روش هدفمند به‌عنوان شرکت‌کننده پژوهش انتخاب و با قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش (هر کدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. براساس راهنمای پژوهش در روانشناسی، حداقل حجم نمونه در تحقیقات مداخله‌ای، حداقل ۱۰ نفر در هر گروه می‌باشد که در این مطالعه جهت اطمینان، تعداد بیشتری در نظر گرفته شد (۲۹).

معیارهای ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل کسب نمره بالاتر از ۲۰ در پرسشنامه نگرش خوردن، ابتلا به بی‌اشتهایی عصبی براساس مصاحبه تشخیصی توسط روانشناس بالینی، بازه سنی ۱۶-۱۸ سال، سکونت در شهر کرج، رضایت آگاهانه و کتبی برای شرکت در مطالعه، حداقل مدرک تحصیلی سیکل، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی منجر به بستری و عدم دریافت هرگونه مداخله درمانی در مدت پژوهش بودند. غیبت بیش از ۲ جلسه در مدت جلسات درمانی، عدم پاسخدهی صحیح و دقیق به سوالات پرسشنامه و انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های نگرش‌های خوردن و نگرش در مورد تصویر بدنی از خود استفاده شد. پرسشنامه نگرش‌های خوردن^۱ (EAT-26) توسط گارنر^۲ و همکاران با ۲۶ گویه به عنوان یک ابزار خودسنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن معرفی شد. این ابزار دارای مؤلفه‌های «رژیم گرفتن (اجتناب از غذاهای چاق‌کننده)»، «پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا یا افکار و احساسات فرد در ارتباط با غذا» و «مهار دهانی یا کنترل ادراک شده توسط فرد در ارتباط با غذا خوردن و فشارهایی که از جانب دیگران برای افزایش وزن خود ادراک می‌کنند» است. این ابزار بر اساس طیف لیکرت (همیشه=۳، بیشتر اوقات=۲، گاهی

^۱ Eating Attitudes Test

^۲ Garner

اوقات = ۱، به ندرت = ۰ و هرگز = ۰) نمره دهی می‌شود. حداقل نمره ۰ و حداکثر آن ۷۸ بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده مشکلات شدیدتر در ارتباط با اختلال خوردن است. گارنر و همکاران (۱۹۸۲)، پایایی این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ گزارش کردند (۳۰). در ایران نیز عظیم زاده و همکاران، این پرسشنامه را روانسنجی کرده و پایایی و روایی آن را تأیید نمودند (۳۱). در مطالعه حاضر، پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ گزارش شد. پرسشنامه نگرش در مورد تصویر بدنی از خود^۱ (MBSRQ) توسط کش^۲ و همکاران، ساخته شده است. این ابزار از ۶۹ گویه و ۱۰ بعد ارزیابی ظاهر (۷ سوال)، گرایش ظاهر (۱۲ سوال)، ارزیابی تناسب (۳ سوال)، گرایش تناسب (۱۳ سوال)، ارزیابی سلامت (۶ سوال)، گرایش سلامت (۸ سوال)، گرایش بیماری (۵ سوال)، رضایت بدنی (۲ سوال)، وزن ذهنی (۲ سوال) و دل مشغولی به وزن (۴ سوال) تشکیل شده است. نمره دهی گویه‌ها به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای از خیلی ناراضیم (نمره ۱) تا خیلی راضیم (نمره ۵) متغیر بوده و حداقل نمره در این پرسشنامه عدد ۶۹ و حداکثر نمره، ۳۴۵ است. نمرات ۶۹-۱۳۸ نشان دهنده تصویر بدنی خود نامطلوب، ۱۳۹-۲۰۷ تصویر بدنی خود متوسط و ۲۰۸ و بالاتر نشان دهنده تصویر بدنی خود مطلوب است (۳۲). شمشادی و همکاران نیز، پایایی و روایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ بدست آوردند که ویژگی‌های مناسب این مقیاس را نشان می‌دهد (۳۳). بر اساس نتایج آلفای کرونباخ، میزان پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر، ۰/۸۲ محاسبه شد.

نحوه انجام کار به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با آموزش و پرورش شهر کرج، پرسشنامه نگرش‌های خوردن به دانش‌آموزان

دختر ۱۸-۱۶ ساله داده شد و کلیه نوجوانانی که نمره آنها بالای ۲۰ بود، انتخاب شدند. سپس با مراجعه به BMI آنها، دانش‌آموزانی که مشکوک به لاغری بودند، انتخاب و برای تشخیص نهایی بی‌اشتهایی عصبی به روانشناس بالینی ارجاع داده شدند. پس از تماس با خانواده این نوجوانان و توضیحات لازم درباره اهداف و فوائد این مطالعه و ذکر رعایت اصول اخلاقی از افرادی که تمایل به همکاری داشتند، تعداد ۴۵ نفر از آنها برای نمونه نهایی انتخاب شدند (لازم به ذکر است در گروه درمان مبتنی بر خانواده بر والدین نوجوانان دارای بی‌اشتهایی عصبی نیز مداخله انجام شد). سپس این نفرات به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارش شدند. در ابتدا پیش‌آزمون انجام شد، سپس گروه‌های آزمایش، مداخلات درمانی (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر خانواده) دریافت کردند. مداخلات ارائه شده در گروه آزمایشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش براساس پروتکل هیز^۳ (۳۴) و درمان مبتنی بر خانواده بر اساس پروتکل رینکه^۴ و همکاران (۳۵)، هر کدام طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه انجام شد (جدول شماره ۱). مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش توسط نویسنده اول و درمان مبتنی بر خانواده توسط یک درمانگر خانواده محور اجرا شد. پس از اتمام پژوهش، گروه کنترل نیز جهت عدالت درمانی و کمک به بهبود نگرش آنها نسبت به تصویر بدنی خود، روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را دریافت کردند. سپس، پس‌آزمون انجام شد. جهت بررسی ماندگاری این درمان، آزمون پیگیری پس از ۳ ماه اجرا گردید.

در این مطالعه سعی شد تمامی اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، عدم افشای اسامی و عدالت درمانی رعایت شود؛ به طوری که گروه کنترل نیز مداخلات درمانی را مانند گروه آزمایش با همان تعداد جلسات

^۱ Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

^۲ Cash

^۳ Hayes

^۴ Rienecke

و همان کیفیت دریافت کردند. همچنین به کلیه شرکت کنندگان این حق داده شد که می‌توانند در هر مرحله از مطالعه به اختیار خود انصراف دهند. تجزیه و تحلیل داده‌های آماری با کمک نرم‌افزار SPSS-24 انجام شد. پیش فرض همگنی واریانس‌ها با

آزمون کرویت ماچلی^۱ مورد آزمون قرار گرفت. آمار توصیفی به صورت میانگین و انحراف معیار بیان شد. همچنین برای بررسی آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

^۱ Mauchly

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان مبتنی بر خانواده

جلسات	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	درمان مبتنی بر خانواده
اول	قرارداد درمانی، ارزیابی، بیان اهداف، تمرین ذهن‌آگاهی مختصر	برقراری رابطه درمانی، ارزیابی مشکلات نوجوان، آموزش ماهیت اختلال، کمک خانواده به فرزند در غذا خوردن، عادی‌سازی رفتارهای غذایی فرزند
دوم	تمرین ذهن‌آگاهی، تنظیم آگاهی، استفاده از تمرین‌های تجربی و استعاره‌ها	مشاهده خانواده، ارزیابی الگوهای متداول، خوردن یک وعده غذایی در مطب، دستورات درمانگر در مورد چگونگی خوردن و ارتباط خانواده، چشیدن طعم موفقیت، ترغیب نوجوان، تعیین جزئیات فرآیند تغذیه در محیط خانه، تشویق به خوردن غذای اضافه‌تر و مراقبت از رفتارهای بعد از خوردن
سوم	تمرین ذهن‌آگاهی، پذیرش و ذهن‌آگاهی، آگاهی از بی‌بودگی تلاش‌ها برای کنترل رویدادهای داخلی ناخواسته، آموزش مهارت‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی، استعاره مهمان ناخوانده	توانمند کردن خانواده در زمینه ارتباط عاطفی با همدیگر، بررسی مجدد وزن، گرفتن گزارشات، توضیحات درمانگر و ارایه دستورات الگوی غذایی سالم، خوردن طیف وسیعی از غذاها، درخواست کمک از مدرسه، نظارت بر نوجوان ۱ ساعت قبل و بعد صبحانه و شام
چهارم	تمرین ذهن‌آگاهی، تعهد به زندگی ارزشمند، روشن کردن ارزش‌ها و تعهد در اقدام به روش‌های سازگار با آن تمرین‌هایی مثل شناسایی ارزش‌ها و استعاره «مسافران در اتوبوس» برای کمک آنها	درمان با خانواده در مقابل درمان خانواده، اتحاد درمانی با نوجوان و خانواده، همسو شدن خانواده و نوجوان با درمان، انجام تکالیف گذشته
پنجم	ذهن‌آگاهی و پذیرش هیجانات، استعاره فنجان بد، خوردن کشمش ذهن‌آگاهانه، ذهن‌آگاهی نقاط انتخابی	ایجاد فضای غیرانتقادی و تضادآمیز، آموزش خانواده و بازسازی مرزها و تعاملات، بهبود تعارض‌های خانواده، انجام تکالیف گذشته
ششم	مرور کاربرد درمان، عمل متعهدانه، اولویت بندی ارزش‌ها، حرکت به سمت زندگی ارزشمند با استعاره صفحه شطرنج	انتقال تدریجی کنترل از والدین به نوجوان، پایش وزن، مربیگری نوجوان در خانه و کاوش مداوم در پویایی خانواده، توانایی نوجوان در خوردن آنچه ارایه می‌شود، افزایش مداوم وزن حدود ۰/۵ تا ۱/۵ کیلوگرم در هفته، نظارت والدین و درک توجه والدین به نیازها و خواسته فرزند
هفتم	ذهن‌آگاهی، انتخاب اهداف، آموزش گسلش شناختی، مرور ارزش‌ها و عمل متعهدانه، بحث در مورد موانع و چالش‌ها	کنترل داشتن نوجوان بر غذا خوردن، کاوش مداوم در پویایی خانواده، بهبود روحیه نوجوان و خانواده، کاهش رفتارهای اختلال‌خوردن، نظارت والدین و درک توجه والدین به نیازها و خواسته او، غذا خوردن مستقلانه
هشتم	مرور درمان و احساس ارزشمندی در خود، مرور ارزش‌ها، تمرین عمل متعهدانه	کنترل رفتارهای خوردن توسط نوجوان، بررسی موانع مختل‌کننده، حمایت خانواده از فرد، کاهش رفتارهای اختلال‌خوردن، بهبود قابل توجه در خلق‌وخوی بیمار، غذا خوردن مستقلانه
نهم	تمرین مشاهده خود، ناهمجوشی و تعیین هدف مبتنی بر ارزش	ایجاد هویت سالم نوجوان، مروری بر رشد و نمو نوجوان، ثابت ماندن وزن، کاهش رفتارهای اختلالی خوردن، غذاخوردن به تنهایی، انجام تکالیف گذشته
دهم	ذهن‌آگاهی، خلاصه و جمع‌بندی، بررسی اعمالی که در عین حال هنوز مایل به انجام و عهده گرفتن مطابق با مقادیر مشخص شده خود هستند، متعهد شدن	تثبیت هویت سالم، مشخص کردن چالش‌های رشدی پیش رو توسط خانواده و چگونگی کمک به نوجوان، شناسایی و برطرف شدن نیازهای بهداشت روان و نیازهای موجود در اعضای خانواده، انجام تکالیف گذشته
پیگیری	بررسی پزشک متخصص و درمانگر، بررسی گزارش‌های خانواده و مراجع، ارایه جلسات درمانی در صورت لزوم	بررسی پزشک متخصص و درمانگر، بررسی گزارشات خانواده و مراجع، ارایه جلسات درمانی در صورت لزوم

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان $16/7 \pm 1/7$ سال بود و تمام آنها با والدین خود زندگی می‌کردند. نتایج حاصل از جدول ۲ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر خانواده (FBT) و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT)، هر دو توانسته‌اند رضایت از تصویر بدنی را در گروه‌های آزمایش افزایش دهند؛ به طوری که در

درمان FBT، میانگین نمره تصویر بدنی از $1/187$ در پیش آزمون به $2/93$ در پس آزمون و در درمان ACT، از $2/53$ به $3/27$ تغییر یافته که نشان دهنده افزایش میانگین نمرات تصویر بدنی است. این افزایش میانگین نمرات تصویر بدنی در مرحله پیگیری نیز ماندگار بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره تصویر بدنی از خود به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
تصویر بدنی از خود	FBT	میانگین	$1/87$	$2/93$	$3/17$
		انحراف معیار	$1/13$	$1/28$	$1/28$
	ACT	میانگین	$2/53$	$3/27$	$3/51$
		انحراف معیار	$1/19$	$0/80$	$0/08$
	کنترل	میانگین	$2/40$	$2/32$	$2/57$
		انحراف معیار	$0/74$	$0/72$	$0/72$

به منظور بررسی تأثیر مداخلات درمانی بر نگرش فرد در مورد تصویر بدنی از خود در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از روش تحلیل کوواریانس (یک عامل درون آزمودنی‌ها و یک عامل بین آزمودنی‌ها) استفاده شد. مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به‌عنوان عامل درون آزمودنی و گروه‌بندی آزمودنی‌ها در سه گروه به‌عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند. براساس جدول ۳ و سطح معناداری می‌توان فرض صفر (یعنی برابری میانگین طی تیمارها) را رد

کرد. زیرا مقدار p کوچکتر از حداقل احتمال خطای نوع اول ($0/05$) شده است. همه آماره‌های آزمون شامل اثر پیلای، لاندای ویلک، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی نیز رای به رد فرض صفر می‌دهند. به عبارتی دیگر، نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از متغیرها در دو گروه آزمایش و گروه کنترل، تفاوت معناداری وجود داشت.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

اثر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتای تفکیکی
بین گروهی	اثر پیلای	$0/59$	$5/51$	12	$160/00$	$<0/001$	$0/29$
	لاندای ویلک	$0/42$	$7/08$	12	$158/00$	$<0/001$	$0/35$
	اثر هتلینگ	$1/35$	$8/75$	12	$156/00$	$<0/001$	$0/40$
	بزرگترین ریشه روی	$1/33$	$17/77$	6	$80/00$	$<0/001$	$0/57$
سطح* گروه	اثر پیلای	$1/36$	$7/35$	24	$328/00$	$<0/001$	$0/09$
	لاندای ویلک	$1/65$	$9/53$	24	$276/81$	$<0/001$	$0/10$
	اثر هتلینگ	$1/54$	$11/73$	24	$310/00$	$<0/001$	$0/12$
	بزرگترین ریشه روی	$1/51$	$17/03$	6	$82/00$	$<0/001$	$0/34$

نتایج آزمون بونفرونی نیز نشان داد که بین دو گروه آزمایش یعنی درمان مبتنی بر خانواده و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تفاوت معناداری وجود ندارد. این

به معنای آن است که هیچکدام از درمان‌ها بر دیگری از لحاظ آماری برتری نداشته است (جدول ۴).

جدول ۴. مقایسه‌های زوجی متغیرهای پژوهش با آزمون اصلاح بونفرونی

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
کنترل	کنترل	ACT	-۰/۶۷	۰/۳۱	۰/۱۰۸
		FBT	-۰/۲۲	۰/۳۱	۱/۰۰۰
تصویر بدنی از خود	ACT	کنترل	۰/۶۷	۰/۳۱	۰/۱۰۸
		FBT	۰/۴۴	۰/۳۱	۰/۴۶۹
FBT	FBT	کنترل	۰/۲۲	۰/۳۱	۱/۰۰۰
		ACT	-۰/۴۴	۰/۳۱	۰/۴۶۹

نتایج جدول ۵، آزمون بونفرونی برای مقایسه‌های دوتایی مداخله‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر تصویر بدنی استفاده شده است. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که در همه آنها، بین

مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. اما، بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۵. مقایسه‌های دو تایی با اصلاح بونفرونی برای مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	میانگین تفاوت‌ها	انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۰/۵۸	۰/۲۱	۰/۱۹
		پیگیری	*-۰/۸۲	۰/۲۱	<۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	*۰/۵۸	۰/۲۱	۰/۱۹
		پیگیری	-۰/۲۴	۰/۲۱	۰/۷۵۷
پیگیری	پیگیری	پیش‌آزمون	*۰/۸۲	۰/۲۱	<۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	۰/۲۴	۰/۲۱	۰/۷۵۷

بحث

تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در خصوص اثربخشی هر کدام از این روش‌ها بر جنبه‌های روانشناختی افراد بیمار، مطالعات متعددی انجام شده است که به عنوان نمونه می‌توان به مطالعات مرادی و همکاران و مروین و همکاران در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود تصویر بدنی و عزت نفس زنان دارای سندرم تخمدان پلی کیستیک و نوجوانان چاق دارای اعتیاد به اینترنت و نیز اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده در بهبود وضعیت روانشناختی نوجوانان افسرده دارای اختلال بی‌اشتهایی عصبی در مطالعات نظام دوست و همکاران و استورات و

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر خانواده و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تصویر بدنی دختران نوجوان مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی انجام شد. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری میان نمرات پس‌آزمون و پیگیری تصویر بدنی در مقایسه با پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل وجود داشت یعنی هر دو روش درمانی در بهبود تصویر بدنی دختران دارای اختلال بی‌اشتهایی عصبی تاثیر داشتند. نتایج آزمون پیگیری نیز نشان داد که این درمان‌ها دارای اثرات ماندگار بودند. همچنین، در مقایسه اثربخشی دو گروه مداخله،

باومن^۱، اشاره کرد (۲۸-۲۷، ۲۳-۲۲). با این حال، مطالعه مشابهی در خصوص مقایسه اثربخشی این دو روش درمانی، یافت نشد. در تبیین جایگاه درمان FBT برای افراد مبتلا به بی‌اشتهایی می‌توان گفت اکثر درمان‌های مبتنی بر خانواده مطرح می‌کنند که علایم یک اختلال خوردن با در نظر گرفتن بیمار و نیز نحوه جای گرفتن علایم در ساختار خانواده کژکار به بهترین وجه درک می‌شود (۳۶). در این دیدگاه که معمولاً سیستم‌های خانواده نامیده می‌شود، کودک آسیب‌پذیر تلقی می‌شود (هر چند ماهیت این آسیب‌پذیری نامعلوم است) و خانواده کودک ویژگی‌های گوناگونی دارد که به پیدایش اختلال خوردن کمک می‌کنند. همچنین اختلال خوردن کودک، نقش مهمی در کمک به خانواده برای اجتناب از تعارض‌های دیگر دارد. از میان انواع درمان‌های خانواده در این پژوهش، درمان مبتنی بر خانواده برای بی‌اشتهایی عصبی به علت مداخلات خاص آن که به طور مستقیم از شاخه‌های گوناگون روان‌درمانی مثل رفتاری، سیستم‌های خانواده، خانواده‌درمانی استراتژیک، خانواده‌درمانی ساختاری، درمان سیستمی میلان و نظریه فمینیستی مشتق شده است، مورد توجه بوده است. فلسفه این رویکرد به این صورت است که نوجوان را در خانواده جا داده و مشارکت خانواده را ضروری می‌داند. والدین درگیر درمان می‌شوند البته با حفظ احترام و توجه به نظرات و تجربه‌های نوجوان زیرا با احترام گذاشتن به او و عدم سرزنش و تحقیر نوجوان، خودانگاره و تصویر بدنی مطلوب در نوجوان پدید می‌آید (۳۷).

در ادامه می‌توان گفت بی‌اشتهایی عصبی که عمدتاً در انتهای نوجوانی و اوایل جوانی در افراد دیده می‌شود، نوعی ترس مرضی از وزن گرفتن است و توسط الگوهای غیرطبیعی خوردن و تحریف‌شناختی در ارتباط با غذا و وزن مشخص می‌شود. همچنین یکی از

معیارهای تشخیصی آن، اختلال در تصویر بدن یا شکل آن در ارزیابی فرد از خود یا انکار وخامت وزن پایین فعلی یا تحریف شناختی در نحوه‌ای که فرد وزن یا شکل بدنش را احساس می‌کند، می‌باشد. تصویربدنی یعنی اینکه بدن خود را چگونه می‌بیند و چه احساسی در مورد این درک بدنی دارند (۱۴).

همچنین تصویر بدنی یکی از انواع سوگیری‌های شناختی است که از خودانگاره نشات می‌گیرد. از این رو فرض شده است که طرحواره خود منجر به توجه شخص به بدن (سایز و شکل بدنی) و محرک‌های مرتبط با غذا و تفسیرات سوگیرانه از وقایع مرتبط به خود در جهت تفسیرات و برداشت‌های چاقی می‌شود. بدن ملموس‌ترین جلوه خود است. بنابراین ساخت خودپنداره طبیعتاً تا اندازه‌ای بر روی ظاهر و عملکرد بدن فرد پایه‌ریزی شده است. تجربه‌ای که نخستین مفهوم ذهنی آن، به بدن وابسته است سپس این مفهوم معنایی فراتر از بدن می‌یابد و بازخوردها که از زاویه اجتماعی ارزش‌گذاری می‌شود، تغییر مسیر پیدا می‌کند (۱۷).

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر بی‌اشتهایی عصبی، می‌توان گفت این روش درمانی، یک درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و توجه‌آگاهی است که ممکن است به طور خاص برای افرادی که اختلال‌های خوردن دارند مناسب باشد؛ زیرا این رویکرد، مستقیماً هیجانات و رفتارهای ناسازگار را هدف می‌گیرد تا عملکرد روزانه را بهبود بخشد. این هدف با تضعیف تلاش‌های فراگیر برای تنظیم تجربیات هیجانی ناخواسته (شامل رفتارهای مشکل‌ساز خوردن یا روش‌های غیر کاربردی برای تنظیم تجربیات درونی) انجام می‌شود. در ادامه می‌توان گفت که تصویر بدنی یعنی اینکه فرد بدن خود را چگونه می‌بیند و چه احساسی در مورد این درک بدنی دارد. درمان ACT خطاهای افراد درباره نگرشی که نسبت به خود دارند را مورد هدف قرار

¹ Stewart & Baumann

می‌دهد و از این طریق موجب بهبود تصویر بدنی از خود در این گروه می‌شود (۳۸).

همانطور که گفته می‌شود هویت و تصویر بدنی مخدوش (تمرکز در وزن بدنی به عنوان یک منبع مهم از تعریف خود) برگرفته از تأثیرات محیطی و خود اجتماعی، احتمالاً اساس اختلال‌های خوردن از جمله بی‌اشتهایی عصبی را تشکیل می‌دهد، همچنین برعکس آن نیز صادق است (۳۹). روش ACT ابتدا در تصویر بدنی یا هویت فرد تمرکز نمی‌کند، اما به اشتغال داشتن افراد در اعمال با ارزش‌های پایدار استوار بدون در نظر گرفتن آن متغیرها می‌پردازد (۲۰). در ادبیات ACT این جایگزینی و الگوهای رفتاری تطبیقی در زمینه اختلال‌های خوردن و نارضایتی بدنی «انعطاف‌پذیری تصویر بدنی» نامگذاری شده‌است. این درمان با انجام مداخلاتی برای پذیرش و افزایش آگاهی می‌تواند در افراد دچار بی‌اشتهایی، موثر واقع شود زیرا این افراد با تصویر بدنی منفی، آگاهی ناقصی نسبت به ظاهر خود دارند و هم خودشان را آن گونه که هستند نمی‌پذیرند. همچنین این درمان با هدف قراردادن ارزش‌ها و اولویت‌بندی دوباره آنها می‌تواند در کسب هویت راهنما و اثر گذار باشد. در این پژوهش نیز درمان ACT توانست به خودآگاهانه، تصویر بدنی مثبت و کسب هویت منسجم منجر شود (۱۷).

نمونه پژوهش در این مطالعه را گروه دختران نوجوان ۱۶-۱۸ ساله شهر کرج تشکیل دادند. بنابراین این نتایج را نمی‌توان به نوجوانان سایر شهرهای کشور و نیز پسران تعمیم داد. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در سایر مناطق کشور و در گروه

پسران انجام شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین از آنجا که ابزار جمع‌آوری داده‌ها به صورت خودگزارش دهی بود، بنابراین ممکن است آزمودنی‌ها سهواً و یا عامدانه به درستی به سوالات پاسخ نداده باشند.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که درمان‌های مبتنی بر خانواده و مبتنی بر تعهد و پذیرش هر دو در بهبود تصویر بدنی نوجوانان دختر دارای اختلال بی‌اشتهایی عصبی اثربخشی داشته‌اند. از این رو به متخصصان سلامت روان به ویژه روان درمانگران توصیه می‌شود که با استفاده از این روش‌های درمانی به بهبود نگرش تصویر بدنی این افراد کمک کرده و زمینه‌های بهبود در سایر ابعاد شغلی، تحصیلی و روابط بین فردی را فراهم کنند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تضاد منافی در این مطالعه نداشتند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه دارای تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1399.072 می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه کسانی که در این طرح پژوهشی آنها را یاری کردند به ویژه مشارکت کنندگان در پژوهش، کمال تشکر و قدردانی خود را اعلام کنند.

References

- 1- Anderson RC, Haney M. Reflection in the creative process of early adolescents: the mediating roles of creative metacognition, self-efficacy, and self-concept. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*. 2021;15(4):612.
- 2- Blanchard L, Conway-Moore K, Aguiar A, Önal F, Rutter H, Helleve A, et al. Associations between social media, adolescent mental health, and diet: a systematic review. *Obesity Reviews*. 2023;24:e13631.

- 3- Sutcliffe K, Ball J, Clark TC, Archer D, Peiris-John R, Crengle S, Fleming T. Rapid and unequal decline in adolescent mental health and well-being 2012–2019: findings from New Zealand cross-sectional surveys. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2023;57(2):264-82.
- 4- Ribeiro WS, Grande AJ, Hoffmann MS, Ziebold C, McDaid D, Fry A, et al. A systematic review of evidence-based interventions for child and adolescent mental health problems in low-and middle-income countries. *Comprehensive Psychiatry*. 2023;121:152358.
- 5- Loades ME, Midgley N, Herring GT, O’Keeffe S, Goodyer IM, Barrett B, et al. In context: lessons about adolescent unipolar depression from the improving mood with psychoanalytic and cognitive therapies trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2023;63(2):122-35.
- 6- Walsh BT, Hagan KE, Lockwood C. A systematic review comparing atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2023;56(4):798-820.
- 7- Szadvári I, Ostatníková D, Durdiaková JB. Sex differences matter: males and females are equal but not the same. *Physiology & Behavior*. 2023;259:114038.
- 8- Hashemi SH, Hosseini SH, Moosazadeh M, Shamspour M, Hajizadeh-Zaker R, Hashemi SB. Prevalence of eating disorders in Iran from preschool to old age: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Review*. 2022;10(3):175-90. [Persian]
- 9- Johnson-Munguia S, Negi S, Chen Y, Thomeczek ML, Forbush KT. Eating disorder psychopathology, psychiatric impairment, and symptom frequency of atypical anorexia nervosa versus anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2024;57(4):761-79.
- 10- Garcia-Burgos D, Wilhelm P, Vögele C, Munsch S. Food restriction in anorexia nervosa in the light of modern learning theory: a narrative review. *Behavioral Sciences*. 2023;13(2):96.
- 11- Mento C, Silvestri MC, Muscatello MR, Rizzo A, Celebre L, Praticò M, et al. Psychological impact of pro-anorexia and pro-eating disorder websites on adolescent females: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(4):2186.
- 12- Blythin SP, Nicholson HL, Macintyre VG, Dickson JM, Fox JR, Taylor PJ. Experiences of shame and guilt in anorexia and bulimia nervosa: a systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2020;93(1):134-59.
- 13- Nechita DM, Bud S, David D. Shame and eating disorders symptoms: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2021;54(11):1899-945.
- 14- Gutiérrez E, Carrera O. Severe and enduring anorexia nervosa: enduring wrong assumptions? *Frontiers in Psychiatry*. 2021;11:538997.
- 15- Magrini M, Curzio O, Tampucci M, Donzelli G, Cori L, Imiotti MC, et al. Anorexia nervosa, body image perception and virtual reality therapeutic applications: state of the art and operational proposal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(5):2533.
- 16- Sattler FA, Eickmeyer S, Eisenkolb J. Body image disturbance in children and adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa: a systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020;25:857-65.
- 17- Babae HeydarAbadi M, Lotfi P, Barvarz Kouchehghaleh Z, Saheb Zamani P, Akbari M. Comparing the effectiveness of family- based therapy and acceptance and commitment therapy on self-concept of female students with anorexia nervosa. *Journal of Family Research*. 2023;18(4):777-92. [Persian]
- 18- Atefi GL, de Vugt ME, van Knippenberg RJ, Levin ME, Verhey FR, Bartels SL. The use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in informal caregivers of people with dementia and other long-term or chronic conditions: a systematic review and conceptual integration. *Clinical Psychology Review*. 2023:102341. [Persian]
- 19- Fang S, Ding D. The differences between Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and cognitive behavioral therapy: a three-level meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023;28(1):149-68.
- 20- Arch JJ, Fishbein JN, Finkelstein LB, Luoma JB. Acceptance and commitment therapy processes and mediation: challenges and how to address them. *Behavior Therapy*. 2023;54(6):971-88.

- 21- Chew HS, Chng S, Rajasegaran NN, Choy KH, Chong YY. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight, eating behaviors and psychological outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2023;28(1):6.
- 22- Moradi F, Ghadiri-Anari A, Dehghani A, Vaziri SR, Enjezab B. The effectiveness of counseling based on acceptance and commitment therapy on body image and self-esteem in polycystic ovary syndrome: an RCT. *International Journal of Reproductive Biomedicine*. 2020;18(4):243. [Persian]
- 23- Merwin RM, Nikolaou P, Moskovich AA, Babyak M, Smith PJ, Karekla M. Change in body image flexibility and correspondence with outcomes in a digital early intervention for eating disorders based on acceptance and commitment therapy. *Body Image*. 2023;44:131-35.
- 24- Baudinet J, Eisler I, Dawson L, Simic M, Schmidt U. Multi-family therapy for eating disorders: a systematic scoping review of the quantitative and qualitative findings. *International Journal of Eating Disorders*. 2021;54(12):2095-120.
- 25- Matheson BE, Bohon C, Le Grange D, Lock JD. Family-Based Treatment (FBT) for Loss of Control (LOC) eating in youth: current knowledge and future directions. *Eating Disorders*. 2024;32(1):1-2.
- 26- Datta N, Hagan K, Bohon C, Stern M, Kim B, Matheson BE, et al. Predictors of family-based treatment for adolescent eating disorders: do family or diagnostic factors matter? *International Journal of Eating Disorders*. 2023;56(2):384-93.
- 27- Nezamdoost Malfejani A, Sohrabi F, Motamedi AM, Delavar A, Eskandari H. The effect of intervention of the developed attachment-based family therapy program in improving the relationship of depressed and anxious adolescents with their parents. *Journal of Psychological Science*. 2022;21(120):2333-346. [Persian]
- 28- Stewart MP, Baumann O. The effectiveness of adolescent-focused therapy and family-based therapy for anorexia nervosa. *Psychological Reports*. 2024;18:00332941241226687.
- 29- Delavar A. *Research Method in Psychology and Educational Science*. 5th edit. Tehran: Virayesh Publisher; 2025.
- 30- Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1982;9(2):273-79.
- 31- Azimzadeh B, Razavieh A, Moharrari MR. Investigation of relationship between disordered eatings and body checking behaviors in the students of Islamic Azad University of Arsanjan. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2009;42(1):124-48. [Persian]
- 32- Cash TF, Melnyk SE, Hrabosky JI. The assessment of body image investment: an extensive revision of the appearance schemas inventory. *International Journal of Eating Disorders*. 2004;35(3):305-16.
- 33- Shemshadi H, Shams A, Sahaf R, Shamsipour Dehkordi P, Zareian H, Moslem AR. Psychometric properties of Persian version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) among Iranian elderly. *Salmand*. 2020;15(3):298-311. [Persian]
- 34- Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*. 2004;35(1):35-54.
- 35- Rienecke RD. Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2017;8(1):69-79.
- 36- Onnink CM, Konstantinidou Y, Moskovich AA, Karekla MK, Merwin RM. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for eating disorders: a systematic review of intervention studies and call to action. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022;26:11-28.
- 37- Muratore AF, Attia E. Current therapeutic approaches to anorexia nervosa: state of the art. *Clinical Therapeutics*. 2021;43(1):85-94.
- 38- Salehi S, Zahra Kar K, Asadpour E, Tehranian A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on occupational burnout, couple burnout, and family resilience among nurses. *Sadra Medical Journal*. 2024;12(2):175-92. [Persian]

- 39- Bagheri Sheykhangafshe F, Savabi Niri V, Baryaji S, Saeedi Z, Kiani A, Fathi-Ashtiani A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual function, coping strategies and distress tolerance of employees with rheumatoid arthritis. *Sadra Medical Journal*. 2023;11(4):360-73. [Persian]