Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 4/ No. 2/ Summer 2017
Page: 83-95

The Relationship between Body Image and Cognitive Distortions with Anorexia and Bulimia Nervosa in Patients with Depression

Hassan Jafarzadeh Dashbolagh*
M.A of Clinical Psychology, Young Researchers and Elite Club, Ardebil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
(*Corresponding Author 09353512174 hassanjafarzadeh93@yahoo.com)

Abstract

Background and aim: Depression is a recurrent disorder with implications for social, economic, physical and psychological aspects. One of these negative consequences is the eating disorders. Therefore, this study was performed to investigate the relationship between body image and cognitive distortions, with anorexia and bulimia nervosa in patients with depression.

Method: This was a descriptive correlational study. The study population consisted of patients with depression who referred to psychiatry and psychology clinics in the city of Ardabil in 1395. In the random sampling stage, 41 patients (26 patients with anorexia and 15 with bulimia nervous) were selected.To gather information using the scale of Ahvaz Eating Disorders, fear of Littleton body image and interpersonal cognitive distortions were used. To analyze the data, Pearson correlation coefficient and multiple regressions were used. SPSS statistical software was used for this purpose.

Results: A significant negative relationship was found between body image and Anorexia and Bulimia nervosa, while a significant positive relationship was found between cognitive distortions (in all its aspects) and Anorexia and Bulimia nervosa. Regression analysis showed that body image and cognitive distortions can predict Anorexia in 36% of the patients with depression, whereas the predictability of Bulimia Nervosa was 40%.

Conclusion: These results show when there is a problem with body image and cognitive distortions, this could increase eating disorders (anorexia and bulimia).

Key words: body image, cognitive distortions, anorexia, bulimia nervosa.

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۶
صفحات: ۹۵-۸۳

رابطه خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی با بی اشتهایی و پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی

حسن جعفرزاده داشبلاغ*

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل.
اردبیل، ایران. نویسنده مسئول: ۰۹۳۵۳۵۱۲۱۷۴ hassanjafarzadeh93@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: اختلال افسردگی یک بیماری عودکننده با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی بسیار است، یکی از این پیامدهای منفی وجود مشکلات مربوط به خوردن می‌باشد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی صورت گرفت.

روش کار: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به افسردگی بستری در بیمارستانهای ایثار و فاطمی و بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانپزشکی و روانشناسی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۵ بودند که به روش نمونه‌گیری مرحله‌ای تعداد ۴۱ نفر (۲۶ نفر دارای بی‌اشتهایی عصبی و ۱۵ نفر دارای پراشتهایی عصبی) انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از مقیاس اختلالات تغذیه اهواز، ترس از تصویر بدن لیتلتون و تحریف های شناختی بین فردی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده گردید. برای این منظور از نرم-افزار آماری SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: بین خودپنداره بدنی رابطه منفی معنادار و بین تحریف‌های شناختی (و همه ابعاد آن) رابطه مثبت معنادرای با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی به دست آمد. نتایج تحلیل رگرسون نشان داد خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی ۳۶ درصد توانایی پیش بینی بی‌اشتهایی و ۴۰ درصد توانایی پیش‌بینی پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی را دارند.

نتیجه‌گیری: این نتایج بیان می‌کنند که وجود مشکل در خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی می‌توانند در افزایش اختلالات خوردن (اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی) تاثیرگذار باشند.

واژه‌های کلیدی: خودپنداره بدنی، تحریف‌های شناختی، بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی.

مقدمه

افسردگی بیماری شایعی است که منجر به ناتوان-کنندگی در سطح جهان می‌شود (لوپز[1] و همکاران، ۲۰۰۶). افسردگی حالت خلقی پایینی که فرد احساس غمگینی و گناه می‌کند و بیش از حد معمول تحریک-پذیر می‌شود و احساس اضطراب و تنش می‌کند. لذت بردن از زندگی و علاقه‌مند شدن به انجام کارهای روزمره برای فرد دشوار می‌شود خواب و اشتهای فرد کم می‌شود و به مرور زمان فرد دچار ناامیدی می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا[2]، ۲۰۱۳). برآوردهای انجام گرفته ۲۰ تا ۲۵ درصد مردم دوره‌هایی از افسردگی را در زمان‌هایی از عمر خود تجربه می‌نمایند. شیوع ۱۲ ماهه اختلال افسردگی اساسی در ایالات متحده آمریکا تقریباً ۷ درصد است، که بسته به گروه سنی، تفاوتهای محسوسی وجود دارد، به طوری که میزان شیوع در افراد ۱۸ تا ۲۹ ساله، سه برابر بالاتر از افراد ۶۰ ساله یا بالاتر است. زنان ۱/۵ تا ۳ برابر، میزان بالاتری از مردان را تجربه می‌کنند که در اوایل نوجوانی شروع می‌شود. وجود علائمی نظیر کاهش محسوس علاقه یا لذت در تمام، یا تقریباً تمام فعالیتها در بخش عمده روز، خلق افسرده در بخش عمده روز، به صورتی که توسط گزارش ذهنی (مثلاً احساس غمگینی، پوچی، ناامیدی) یا مشاهده دیگران (مثلاً بیمناکی) به آن اشاره شده باشد. بی‌خوابی یا پرخوابی، سراسیمگی یا کندی روانی- حرکتی، خستگی یا فقدان انرژی، احساس بی-ارزشی یا احساس گناه بیش از حد یا نامناسب (که ممکن است هذیانی باشد)، کاهش توانایی تفکر یا تمرکز کردن، کاهش قابل ملاحظه وزن و یا افزایش وزن، یا کاهش یا افزایش اشتها (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) از جمله مواردی هستند که می‌تواند افراد افسرده را مستعد اختلالات خوردن نماید.

چنانچه فیزاگو[3] و همکاران (۲۰۰۴) و مازی[4] و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه جداگانه‌ای نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلالات خوردن نرخ بالاتری از اضطراب و افسردگی را نسبت به افراد سالم دارند. همچنین مطالعه توریس[5] و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان داد شیوع افسردگی و آلکسی تایمیا در افراد دارای اختلالات خوردن ۶۲/۵ درصد می‌باشد در حالی که این رقم در افراد سالم ۱۲/۵ درصد بود. اختلالات خوردن به آشفتگی و به هم خوردن رفتارهای متعادل مرتبط با تغذیه گفته می‌شود که در آنها اختلالات بارزی در افکار و تصورات فرد نسبت به غذاها و خویشتن- بخصوص وزن بدن - بوجود می‌آورد (کلین و والش[6]، ۲۰۰۶). همچنین براساس تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا اختلال تغذیه و خوردن با اختلال مداوم در خوردن و رفتار مرتبط با خوردن مشخص می‌شوند که به تغییر مصرف یا جذب غذا منجر می‌شود و سلامت جسمانی یا عملکرد روانی - اجتماعی را مختل می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلالات تغذیه‌ای امروزه خطر مهمی برای سلامت جسمی و روحی افراد به ویژه دختران بوده و تقریبا ۸ درصد از کل ناراحتی‌ها یا اختلالات تغذیه‌ای کلینیکی را به خود اختصاص داده است (هودسون[7] و همکاران، ۲۰۰۷). این اختلال سومین بیماری مزمن شایع در میان نوجوانان بویژه دختران است و میزان شیوع آن در سراسر جهان در حال افزایش است (لارین[8]، ۲۰۱۲). براساس پنجمین راهنمایی آماری تشخیص اختلالات روانی انجمن روان پزشکی آمریکا شیوع ۱۲ ماهه

1- Lopez
2- America Psychiatric Association

3- Eizaguirre
4- Mazze
5- Torres
6- Klein & Walsh
7- Hudson
8- Lauren

اختلال بی‌اشتهایی عصبی ۰/۴ درصد، و پراشتهایی عصبی ۱ تا ۱/۵ درصد و اختلال پرخوری ۱/۶ تا ۰/۸ درصد گزارش شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلالات تغذیه‌ای دارای خصوصیات بارزی از جمله مختل شدن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای و اختلالات بارز در افکار فرد نسبت به غذا و خود است که مهمترین آنها بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی (جوع) است. بی‌اشتهایی عصبی با علایمی از جمله گرسنگی کشیدن عمدی به میزان زیاد تمایل بی‌وقفه برای لاغری و ترس مرضی از چاقی و وجود علائم و نشانه‌های ناشی از گرسنگی کشیدن و روزه داری همراه است و پر اشتهایی عصبی، علائمی از جمله روش‌های نامناسب جلوگیری از افزایش وزن، دوره‌های پر خوری با بسامد بالا، رفتارهای جبرانی متعاقب پرخوری به منظور پیشگیری از افزایش وزن و ترس مرضی از چاق شدن را در بر می‌گیرد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

نگرش و رفتارها نسبت به اختلال خوردن توسط عوامل چندگانه‌ای نظیر عوامل روان شناختی، استرس و اضطراب و همچنین نگرش فرد نسبت به بدن و تصویر آن مشخص می‌شود که در شکل‌گیری این اختلال موثر بوده و می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد. امروزه فشار لاغر بودن تاثیر عمیقی بر فرد دارد که می‌توان آن را در رسانه‌ها و نشریات به خوبی مشاهده کرد. طبق نظریه مقایسه اجتماعی، زنان غالبا خود را با مدل‌ها و شخصیت‌های لاغر در رسانه‌ها و مجلات مقایسه می‌کنند و ممکن است بین اندام ایده آل آنها و آنچه که واقعاً هستند ناهماهنگی مشاهده کنند و در نتیجه اقدام به گرفتن رژیم کرده یا به اختلال خوردن دچار می‌شوند (بیکر[1]، ۲۰۰۷).

براساس مطالعات نگرشهای خوردن به صورت مثبت با عدم رضایت از تصویر بدنی و به صورت منفی با تصور دنیای ایده‌آل ارتباط دارند، اما بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی به صورت مثبت با اختلال در خودپنداره بدنی مرتبط هستند (لیوینی و پیران[2]، ۲۰۰۴). خودپنداره بدنی بازنمایی درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد جسمانی و ادراکی و نگرش نسبت به آنها را در بر می‌گیرد. ابعاد اصلی این نگرش‌ها شامل مولفه‌های ارزیابی ظاهری و اهمیت ظاهر ایده آل درون سازی شده و عواطف است. از آنجا که ظاهر بخش مهمی از هویت فرد است، در موقعیت‌های اجتماعی بلافاصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود، بنابراین اهمیت این سازه شخصیتی بسیار بارز است (کاستارلی و کاستارلی[3]، ۲۰۱۰). در این راستا رودگرز[4] و همکاران (۲۰۱۶) در یک متاآنالیز نشان دادند بین اختلال خوردن بر تصویر بدن و آسیب‌شناسی خوردن رابطه معناداری وجود دارد. همچنین براساس نتایج مطالعه سویئکوز[5] (۲۰۱۲) افرادی که ادراک بدن منفی نسبت به اندام خود داشتند، تمایل زیادی به از دست دادن وزن خود داشته و مستعد اختلال خوردن بودند.

علاوه براین طبق شواهد موجود افراد دارای پرخوری افراطی عموماً در معرض خطر آشفتگی‌های روانپزشکی و تحریف‌های شناختی قرار دارند (کراو[6] و همکاران، ۲۰۰۲؛ استراگل- مور[7] و همکاران، ۲۰۰۲). طرح‌ها یا اعتقادات مهم یک فرد موضوع تحریفات شناختی هستند. بدلیل این که اغلب طرح‌ها از کودکی شروع می‌شوند، فرایندهای فکر که از این طرح پشتیبانی می‌کنند، شاید اشتباهات دوران کودکی را منعکس نمایند. تحریفات شناختی زمانی ظاهر می‌شود

1- Becker

2- Levine & Piran
3- Costarelli & Costarelli
4- Rodgers
5- Swierkosz
6- Crow
7- Striegel-Moore

که پردازش اطلاعات غلط یا غیر مؤثر است. به عبارتی دیگر گاهی تجزیه و تحلیل اطلاعات در ذهن افراد تحریف می‌شود. این نوع تحریف‌ها که خطاها و تحریف‌های شناختی نامیده می‌شوند، به اشکال گوناگونی ظاهر می‌گردند. این تحریفات اگر متناوباً و به دفعات رخ دهند، می‌توانند منجر به ناراحتی‌ها یا اختلالات روان شناختی شود (گولدین[1] و همکاران، ۲۰۰۹). نتایج بررسی حسینی و همکاران(۲۰۱۶) نشان داد بین نگرانی در مورد وزن، بی اشتهایی عصبی و پر اشتهایی عصبی با تحریف‌های شناختی رابطه مثبت وجود دارد. اهمیت بررسی این تحریف‌های زمانی بیشتر می‌شود که وجود تحریف‌های شناختی به سبب برداشت افراد از تصویر بدنی خود، تغییر می‌کند. چرا که شناخت درست و مطابق با واقعیت عامل مهمی برای یافتن حقیقت و آگاه شدن از زوایای مثبت یک زندگی است. ناآگاهی و آگاهی نادرست و ناصواب، افراد را در تحلیل آنچه پیرامونش اتفاق می‌افتد دچار لغزش و اشتباه می‌کند. این امر در سازگاری و ناسازگاری افراد در جامعه تأثیر فراوانی دارد و می‌تواند همه زندگی را تحت‌الشعاع قرار دهد (حسینی‌زاده، ۲۰۰۸).

در نهایت با مد نظر قرار دادن این موضع که وجود اختلال افسردگی مشکلات بسیاری را برای افراد مبتلا به بار می‌آورد، مضاعف شده مشکلات مربوط به اختلال خوردن می‌تواند موجب افزایش این مشکلات گردد و از آنجا که درک بهتر متغیرهای روانشناختی برای اختلال بی اشتهایی و پراشتهایی عصبی و همچنین برنامه‌های درمانی و مداخلات مؤثرتر ضروری است، بنابراین پژوهش حاضر از راه سنجش نقش متغیرهای روان شاختی خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی و ارتباط آن با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی می‌تواند به شناسایی و درمان افراد دارای این اختلالات کمک مؤثری نماید.

علاوه براین با توجه به خلاء پژوهشی در خصوص متغیر تحریف‌های شناختی نتایج حاصل از این مطالعه، راهگشای برای تحقیقات آتی می‌باشد. براین اساس تحقیقی حاضر با هدف بررسی رابطه خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی با بی اشتهایی و پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی صورت گرفت.

روش کار

روش پژهش توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به افسردگی بستری در بیمارستانهای ایثار و فاطمی و بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانپزشکی و روانشناسی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۵ بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت مرحله ای انجام گرفت: الف- مرحله شناسایی: در این مرحله ابتدا از بین بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانپزشکی و روانشناسی شهر اردبیل تعداد ۲۷۴ نفر انتخاب شدند (انتخاب این بیماران براساس تشخصی روانپزشکان و روانشناسان مراکز صورت گرفته است.) سپس این افراد پرسشنامه اختلال تغذیه اهواز را تکمیل نمودند. ب- مرحله انتخاب آزمودنی‌ها: سپس از این بین تعداد ۴۱ نفر (۲۶ نفر دارای بی‌اشتهایی عصبی و ۱۵ نفر دارای پراشتهایی عصبی) شناسایی و به عنوان نمونه آماری انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند.

برای گردآوری اطلاعات از مقیاس اختلالات تغذیه اهواز، ترس از تصویر بدن لیتلتون و تحریف‌های شناختی بین فردی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده گردید. برای این منظور از

1- Goldin

نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد. مشخصات ابزار گردآوری اطلاعات به شرح ذیل می باشد:

۱) مقیاس اختلالات تغذیه اهواز (AEDI[1]): این پرسشنامه توسط کوکر و راجر ساخته شده است تا بتواند به صورت معتبر بین آزمودنی‌های مبتلا به اختلالات تغذیه و گروه گواه تمایز بگذارد و همچنین بتواند افرادی که در معرض خطر ابتلا به این اختلالات هستند را شناسایی کند. شریفی در سال ۱۳۷۶پرسشنامه-ی مذکور روی جمعیت دانش‌آموزی اهواز مورد بررسی و هنجاریابی قرار داد و ۳۱ ماده و ۲ عامل بی-اشتهایی روانی (شامل ۲۲ ماده) و پراشتهایی روانی (شامل ۹ ماده) در آن معلوم کرده است (شریفی، ۱۹۹۴). در پژوهش برای تعیین پایایی پرسشنامه، از دو روش الفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده که به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۷۰ می‌باشد. پایایی پرسشنامه‌ی اختلالات تغذیه بین ۰/۵۸ تا ۰/۷۵ نوسان دارد. که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه است. برای تعیین اعتبار این پرسشنامه، از نمره‌ی سوال ملاک استفاده شد. به این ترتیب که نمره‌ی کل پرسشنامه را با نمره‌ی سوال ملاک همبسته نموده و مشخص شد که بین آن دو رابطه‌ی مثبت معنی‌داری وجود دارد (P=۰/۱ و R=۰/۲۷) (عسگری و همکاران، ۲۰۱۰).

۲) مقیاس ترس از تصویر بدن لیتلتون (BICI[2]): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ توسط لیتلتون[3] و همکاران (۲۰۰۸) طراحی شد. این پرسشنامه از نوع مداد-کاغذی می‌باشد که مشتمل بر ۱۹ ماده است و آزمودنیها می‌بایست به ماده‌های آن بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی پاسخ داده و طیف پاسخها از ۱ برای هرگز تا ۵ برای همیشه می‌باشد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهشی که روی نمونه‌هایی از دانشجویان محاسبه گردید. نتایج نشان داد پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی ماده با کل بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۳ قرار دارد. این همبستگی، نشان دهنده سطح پایائی قابل قبول این آزمون می‌باشد. اعتبار (ضریب روائی) این پرسشنامه از طریق محاسبه همیشگی مقیاس ۱۹ ماده‌ای تصویر بدنی با مقیاس خود گزارش‌دهی اختلال بدریختی بدنی ۰/۸۳ گزارش شده است (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران نیز؛ پایایی این پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر و پسر و کل دانشجویان برابر ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است(اسماعیلی ریاحی، ۲۰۱۲).

۳) مقیاس تحریف‌های شناختی بین فردی[4]: این مقیاس توسط حمام سی و بویوک اوزتورک[5] (۲۰۰۴) جهت ارزیابی تحریف‌های شناختی در روابط بین فردی بر مبنای نظریه شناختی آرون تی بک ساخته شده است. مقیاس دارای ۱۹ آیتم است که شامل سه خرده مقیاس طرد در روابط بین فردی، انتظارات غیر واقع بینانه در روابط و سوء ادراک در روابط بین فردی می‌شود. مطالعات روان‌سنجی کیفیت روان‌سنجی بالایی را برای این مقیاس گزارش نموده است. پایایی آن از طریق همسانی درونی توسط آلفای کرونباخ و همچنین از طریق آزمون مجدد پس از دو هفته برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۶۷ و r=۰/۷۴ و برای خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ بدست آمد. همچنین روایی آن از طریق همبستگی با مقیاس باورهای غیر منطقی، مقیاس افکار اتوماتیک و مقیاس گرایش به تعارض در روابط بین فردی به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۵۳ و ۰/۵۳ بدست آمده که همگی در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنی دار است (حمام سی و بویوک اوزتورک، ۲۰۰۴). در ایران نیز

1 -Ahwaz Eating Disorders Inventory
2 - Body Image Concern Invento
3 - Littleton

4 - Interpersonal Cognitive Distortions Scale(Icds)
5 - Hamamci & Buyukozturk

در تحقیق اسماعیل‌پور و همکاران (۲۰۱۵) جهت سنجش روایی سازه مقیاس، علاوه بر روایی عاملی، همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس محاسبه شده که این همبستگی بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ به دست آمد که از نظر روانسنجی مطلوب بود. همچنین همبستگی بین عامل‌ها هم بین ۰/۳۳ تا ۰/۵۰ بود.

یافته‌ها

از مجموع ۳۵۵ بیمار مورد مطالعه ۱۸۷ نفر مرد (۵۳/۶۷ درصد) و ۱۶۸ (۴۷/۳۳ درصد) زن بودند. میانگین (و انحراف معیار) سنی مردان ۳۸/۵۱ (و ۵/۷۸) و زنان ۲۹/۶۳ (و ۷/۰۱) بود. ۸۹ نفر (۲۵/۰۷ درصد) از مردان و ۶۴ نفر (۱۸/۰۳ درصد) از زنان متاهل و به ترتیب ۹۸ نفر (۲۷/۶۰) و ۱۰۴ نفر (۲۹/۳۰) مجرد بودند. در بین مردان بیشترین فراوانی تحصیلات مربوط به دیپلم و در بین زنان مربوط به لیسانس و کمترین فراوانی در هر دو گروه مربوط به تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار تحریف‌های شناختی و خودپنداره بدنی در بیماران مبتلا افسردگی

آماره	طرد در روابط بین فردی	انتظارات غیر واقع بینانه در روابط	سوء ادراک در روابط بین فردی	تحریف های شناختی	خودپنداره بدنی
میانگین	۲۱/۷۵	۲۳/۵۴	۱۰/۹۱	۵۵/۲۶	۴۶/۹۹
انحراف معیار	۴/۲۱	۳/۰۳	۲/۸۳	۸/۶۰	۶/۴۵

طبق نتایج جدول (۱) میانگین (و انحراف معیار) طرد در روابط بین فردی ۲۱/۷۵ (و ۴/۲)، انتظارات غیر واقع بینانه در روابط ۲۳/۵۴ (و ۲/۰۳)، سوء ادراک در روابط بین فردی ۱۰/۹۱ (و۲/۸۳)، تحریف‌های شناختی ۵۵/۲۶ (و ۸/۶۰) و خودپنداره بدنی ۴۶/۹۹ (۶/۴۵) می باشد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون بین خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی

متغیر مستقل	آماره	بی اشتهایی عصبی	پراشتهایی عصبی
خودپنداره بدنی	ضریب همبستگی	-۰/۴۹۹**	-۰/۳۳۲**
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲
طرد در روابط بین فردی	ضریب همبستگی	۰/۵۰۷**	۰/۲۰۴*
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲
انتظارات غیر واقع بینانه در روابط	ضریب همبستگی	۰/۵۵۰**	۰/۱۹۷*
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۴
سوء ادراک در روابط بین فردی	ضریب همبستگی	۰/۶۸۸**	۰/۴۷۲**
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
تحریف های شناختی	ضریب همبستگی	۰/۷۰۱**	۰/۴۶۳*
	سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱

** معنی داری آزمون برای سطح خطای ۰/۰۱ * معنی داری آزمون برای سطح خطای ۰/۰۵

همانطور که جدول (۲) نشان می‌دهد بین خودپنداره بدنی با بی‌اشتهایی (r= -۰/۴۹۹) و پراشتهایی عصبی (r= -۰/۳۳۲)، طرد در روابط بین فردی با بی‌اشتهایی (r= ۰/۵۰۷) و پراشتهایی عصبی (r= ۰/۲۰۴)، انتظارات غیر واقع بینانه در روابط با بی‌اشتهایی (r= ۰/۴۹۹) و پراشتهایی عصبی (r= ۰/۳۳۲)، سوء ادراک در روابط بین فردی با بی‌اشتهایی (r= ۰/۶۸۸) و پراشتهایی عصبی (r= ۰/۷۴۲) و تحریفهای شناختی با بی‌اشتهایی (r=۰/۷۰۱) و پراشتهایی عصبی (r=۰/۴۶۳) رابطه معنادرای وجود دارد (p<۰/۰۱).

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش ورود برای تعیین سهم متغیرهای خودپنداره بدنی و تحریفهای شناختی در پیش بینی بی اشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی

مدل	ss	df	MS	F	P
رگرسیون	۱۷۰۷/۷۸۰	۲	۸۵۳/۸۹	۹/۱۴۷	۰/۰۰۱
باقیمانده	۳۵۴۷/۰۹۹	۳۸	۹۳/۳۴۴		
کل	۵۲۵۴/۷۸۹	۴۰			

متغیرهای پیش بین	R	R2	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	T	P
			B	SE	BETA		
مقدار ثابت	-	-	۰/۱۲۴	۱/۷۶۹		۱/۱۵۵	۰/۱۲۷
خودپنداره بدنی	۰/۶۰۸	۰/۳۶۹	-۰/۳۸۴	۰/۷۷۴	-۰/۳۱۸	-۴/۵۹۵	۰/۰۰۳
تحریف‌های شناختی			۰/۵۳۰	۰/۳۴۰	۰/۴۶۳	۵/۵۲۱	۰/۰۰۱

برای تعیین تاثیر متغیرهای خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و بی-اشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. همانطور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود میزان F مشاهده شده معنادار است (p<۰/۰۱) و متغیرهای خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی ۳۶ درصد توانایی پیش‌بینی بی-اشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی را دارند. با توجه به مقادیر بتا خودپنداره بدنی ۰/۳۱- و تحریفهای شناختی ۰/۴۶ درصد تغییرات بی‌اشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی را پیش‌بینی می کنند.

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش ورود برای تعیین سهم متغیرهای خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی در پیش بینی پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی

مدل	ss	df	ms	F	P
رگرسیون	۲۹۹۸/۱۰۰	۲	۱۴۹۹/۵	۱۲/۰۹۶	۰/۰۰۰
باقیمانده	۴۷۰۹/۳۵۱	۳۸	۱۲۳/۹۳		
کل	۷۷۰۷/۴۵۱	۴۰			

متغیرهای پیش بین	R	R2	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	T	P
			B	SE	BETA		
مقدار ثابت	-	-	۰/۱۳۴	۱/۱۸۶		۱/۰۴۶	۰/۱۵۶
خودپنداره بدنی	۰/۶۳۳	۰/۴۰۱	-۰/۵۶۵	۰/۱۳۳	-۰/۴۴۳	-۴/۲۳۰	۰/۰۰۰
تحریف‌های شناختی			۰/۵۳۱	۰/۲۱۹	۰/۴۰۴	۳/۶۷۷	۰/۰۰۳

برای تعیین تاثیر متغیرهای خودپنداره بدنی و تحریفهای شناختی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و پر اشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. همانطور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود میزان F مشاهده شده معنادار است (p<۰/۰۱) و متغیرهای خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی ۴۰ درصد توانایی پیش بینی پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی را دارند. با توجه به مقادیر بتا خودپنداره بدنی ۰/۴۴- و تحریف-های شناختی ۰/۴۰ درصد تغییرات پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا به افسردگی را پیش‌بینی می کنند.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بین خودپنداره بدنی با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی رابطه منفی معنادرای وجود دارد (p<۰/۰۱). نتیجه به دست آمده در راستای یافته‌های پژوهش صفوی و همکاران (۲۰۰۹)؛ علیپور و همکاران (۲۰۱۰)، سویئکوز (۲۰۱۲)؛ صفرزاده و ماراشنی (۲۰۱۴)؛ رودگرز و همکاران (۲۰۱۶) و مارا[1] و همکاران (۲۰۱۶) همسویی داشت. رودگرز و همکاران (۲۰۱۶) در یک متاآنالیز نشان دادند بین اختلال خوردن بر تصویر بدن و آسیب‌شناسی خوردن رابطه معناداری وجود دارد. براساس نتایج مطالعه سویئکوز (۲۰۱۲) افرادی که ادراک بدن منفی نسبت به اندام خود داشتند، تمایل زیادی به از دست دادن وزن خود داشته و مستعد اختلال خوردن بودند. علیپور و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیقی نشان دادند که همبستگی معنی‌داری بین نگرشهای تغذیه‌ای و ناخشنودی از تصویر بدنی وجود دارد. در تحقیقی صفوی و همکاران (۲۰۰۹) رابطه معناداری را بین تصویر ذهنی بدن، خودپنداره و عزت نفس با اختلالات تغذیه گزارش کردند. همچنین نتایج مطالعه صفرزاده و ماراشنی (۲۰۱۴) حاکی از همبستگی قوی و مثبت بین نگرانی از تصویر بدن با اختلال خوردن می‌باشد.

خودپندار بدنی یک ساختار چند وجهی شامل ارزیابی‌های ذهنی از بدن است. این ارزیابی‌ها شامل سنجش‌های عاطفی، شناختی و رفتاری از سایز، زیبایی شناسی، احساس، عملکرد، تناسب اندام و سلامتی است (کش[2] و همکاران، ۲۰۰۴). چنین ارزیابی‌هایی می‌تواند منجر به ادراک کاملا متفاوت بدن از فرم و سایز قابل مشاهده فرد شود، که نشان‌دهنده مولفه یکپارچه‌ای از خویشتن شناسی، با ارائه خودپنداره بدنی به عنوان ساختاری مهم برای فهم این موضوع است (کاستارلی و کاستارلی، ۲۰۱۰). خودپندار بدنی نه تنها با نارضایتی بدنی ارتباط دارد، بلکه به سرمایه‌گذاری افراطی رفتاری و شناختی فرد بر ظاهر فیزیکی و نیز تعیین احساس فرد بر ظاهر فیزیکی و نیز در تعیین احساس فرد از خود، مرتبط می‌شود. خودپندار بدنی براساس عوامل درونی، بیرونی و زمینه‌ای تغییر می‌یابد. از بین عوامل درونی و روانشناختی می‌توان سازه‌هایی چون کمال‌گرایی، عزت نفس و درونی سازی معیارهای جامعه برای لاغری را نام برد. در بین عوامل بیرونی و زمینه‌ای می‌توان به واقعیت‌های اجتماعی، نظیر انتظارات و قضاوت‌هایی که فرد گمان می‌کند دیگران درباره ظاهر او دارند (کش و همکاران، ۲۰۰۴) و رسانه‌ها اشاره کرد. تاکید بر لاغر بودن، یکی از حوزه های پزشکی است و تبلیغات گسترده بر درمان چاقی و لاغری در بیشتر رسانه‌ها گواه این مطلب است. از طرفی دیگر خودپنداره بدنی، یک تصویر یکسان یا مشخص نیست؛ گاهی اوقات به دلیل ساخت جسمانی یا بعضی از بیماریها (نضطر افسردگی و ...)، افراد دچار لاغری می-شوند و ممکن است برای حل این مساله، به پرخوری متوسل شوند و گاهی نیز به دلیل این تبلیغات همواره در

1- Mara

2- Cash

فکر لاغری باشند به طوری که این لاغری در حد بی-اشتهایی عصبی برسد.

قسمت دیگر نتایج نشان داد بین تحریفهای طرد در روابط بین فردی، انتظارات غیر واقع بینانه در روابط، سوء ادراک در روابط بین فردی و تحریفهای شناختی با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی رابطه مثبت معنادرای وجود دارد (p<۰/۰۱). مطالعات بسیار اندکی به بررسی رابطه بین تحریفهای شناختی با اختلالات خوردن پرداخته‌اند. در این راستا نتیجه به دست آمده با مطالعات کراو و همکاران (۲۰۰۰)؛ استراگل- مور و همکاران (۲۰۰۲) و حسینی و همکاران (۲۰۱۶) همسویی داشت. براساس نتایج تحقیقات کراو و همکاران (۲۰۰۰) و استراگل- مور و همکاران (۲۰۰۲) افراد دارای پرخوری افراطی عموماً در معرض خطر آشفتگی‌های روانپزشکی و تحریفهای شناختی قرار دارند. همچنین حسینی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد بین نگرانی در مورد وزن، بی‌اشتهایی عصبی و پر اشتهایی عصبی با تحریف‌های شناختی رابطه مثبت وجود دارد.

افراد دارای بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی همواره در حال وارسی بدنی خود می‌باشند (ریاس[1] و همکاران، ۲۰۰۶؛ مونتافورد[2] و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین مشغولیت ذهنی زیادی در خصوص بدن خود دارند. در این افراد رفتارهای وارسی بدن در ابتدا به منظور آگاهی از تغییرات اندازه و وزن بدن بوده، اما باعث تقویت ادراک نقص در ظاهر شده و رفتارهای وارسی بدن تشدید شده و باعث افزایش اشتغال ذهنی و تحریفهای شناختی در خصوص بدن می‌شود. بنابراین تغییرات طبیعی در وزن یا اندازه بدن ممکن است منجر به نوسانهای خلقی شود یا با عکس وجود مشکلات خلقی در بر افزایش تحریفهای شناختی و اشتغال ذهنی آنان در خصوص مشکلات خوردت تاثیرگذارد (فایربون و هاریسون[3]، ۲۰۰۳).

بعلاوه براساس نتایج رگرسیون چندگانه متغیرهای خودپنداره بدنی و تحریفهای شناختی ۴۱ درصد توانایی پیش‌بینی بی‌اشتهایی عصبی و ۴۰ درصد توانایی پیش-بینی پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی را دارند. نتایج مطالعه‌ای مشعل پور و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که ترکیب سه متغیر افسردگی، ادراک تصویر بدنی و اضطراب اجتماعی، قوی‌ترین ترکیب متغیرهای پیش‌بین برای تبیین واریانس اختلال خوردن می‌باشد. همچنین مطالعه نشان علیپور و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد تصویر ذهنی بدن ۰/۲۱ درصد توانایی پیش بین اختلالات تغذیه‌ای را دارد. نگرش و رفتارها نسبت به خوردن، توسط عوامل چندگانه‌ای نظیر عوامل روان شناختی، خودپنداره بدنی، برداشتها و تحریفهای شناختی و ... مشخص می‌شود و این متغیرها در شکل-گیری و گسترش اختلالات خوردن نقش بسیار مهمی دارد. فشار لاغر بودن که تاثیر عمیقی بر فرد دارد را می‌توان در رسانه‌ها و نشریات به خوبی مشاهده کرد. طبق نظریه مقایسه اجتماعی، زنان غالبا خود را با مدل‌ها و شخصیتهای لاغر در رسانه‌ها و مجلات مقایسه می-کنند و زمانی که آنها بین اندام ایده آل و آنچه که از بدن خود ادراک می کنند ناهماهنگی مشاهده کنند، ممکن است شروع به گرفتن رژیم غذایی کرده یا به اختلال در خوردن دچار شوند (بیکر و بوئسلی[4]، ۲۰۰۲) بعلاوه وجود چنین فشارهای از سوی جامعه، رسانه‌ها و ... همواره موجب افزایش اضطراب و استرس آنان می-گردد که در چنین شرایطی، این افراد در چار تحریفهای شناختی می‌شوند. براین اساس وجود شدت

1 - Reas
2- Mountford
3- Fairburn & Harrison
4- Becker & Boselie

این عوامل می‌تواند پیش‌بینی برای افزایش مشکلات خوردن باشد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی این پژوهش نشان داد بین خودپنداره بدنی با اختلال بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی رابطه منفی معنادرای و بین تحریفهای شناختی و مولفه‌های آن با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی رابطه مثبت معنادرای وجود دارد. همچنین این متغیرها ۴۱ درصد توانایی پیش‌بینی بی‌اشتهایی عصبی و ۴۰ درصد توانایی پیش‌بینی پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی را دارند. عدم کنترل مدت و شدت اختلالات خوردن از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آتی مدت و شدت اختلالات در گروه مورد بررسی کنترل گردد.

References

Alipoor, S., Moazami-Goodarzi, A., Zarra-Nezjad, M. & Zaheri, L. (2010). Analysis of the relationship between eating attitudes and body shape in female student. Journal of Applied Sciences, 9(10): 1994-1997. [Full text in Persian]

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Asgari, P., Heydari, A. & Setayeshnia, P. (2010). Comparison of anxiety, depression and aggression in adolescents with regard to mental Bulimia levels. Thinking and behavior (applied psychology): Summer 1389, 4(6): 59 - 66. [Full text in Persian]

Becker, E. (2007). Eating disorders classification, International journal of eating disorders, 40(4): 11-111.

Becker, M. H. & Boselie, K. A. H. (2002). Gender and stress: in gender rale stress? A re- examination of the relationship between feminine gender role stress? and disorders. Stress and Health Journal, 18(9): 141- 149.

Cash, T.F., Theriault, J. & Milkewicz Annis, N. (2004). Body image in an interpersonal context: adult attachement, fear of intimacy, and social anxiety. Journal of Social and Clinical Psychology, 23(1): 89-103.

Costarelli, V.D. & Costarelli, X. (2010). Emotional intelligence, body image and disordered eating attitudes in combat sport athletes. Journal exercise science fitness, 4(4): 11-104.

Crow, S.J., Agras, W.S., Halmi, K., Mitchell, JE. & Kraemer, HC. (2002). Full syndromal vs subthresholdanorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: A multicenter study. International J Eatdisord, 32(3): 18-309.

Eizaguirre, A.E., Ortego Saenz de Cabezón, A., Ochoa de Alda, I., Olariaga, L. & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. Personality and Individual Differences Journal, 36(2): 321-331.

EsmaeelPoor, k., Bakhshi Poor Rodsari, A. & Mohammadzadegan, R. (2015). Determining factor structure, validity and reliability of interpersonal cognitive distortions scale among students of Tabriz University. Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning, 2(3), Fall & Winter. [Full text in Persian]

Esmaeil Riahi, M. (2012).Gender Differences in the Level of Body Image Satisfaction. 9(3): 5-33. [Full text in Persian]

Fairburn, C.G. & Harrison, P. (2003). Eating disorders. Lancet, 361(9372), 407–416.

Goldin, P.A., Manber-ball, T., Werner, K., Heimberg, R. & Gross. J.J. (2009). Neural oomechanisms of cognitive reappraisal of negative self-beliefs in social anxiety disorder. Biological Psychiatry, 66(7): 99-1091.

Hamamci, Z. & Büyüköztürk, Ş. (2004). The interpersonal cognitive distortions scale: development and psychometric characteristics. Psychological Reports, 95(1): 291-303.

Hoseini, S., Dusti, Y. & Bagheri, S. (2016). The Relationship between Eating Disorders with Perfectionism and Cognitive Distortions in Female College Students. J Mazandaran Univ Med Sci, 26(2): 245-248. [Full text in Persian]

Hossein-zadeh, A. (2008). Cognitive distortions, Journal of Knowledge, 135(8): 71-82. [Full text in Persian]

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological psychiatry, 61(3): 348-358.

Klein, D. A. & Walsh, B. T. (2005). Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. Physiol Behavior, 81(2): 74-359.

Lauren, F.N. (2012). The Role of Perception in Eating Disorders. A Senior Honors Thesis Submitted to the Faculty of The University of Utah In Partial Fulfillment of the Requirements for the Honors Degree in Bachelor of Science In The Department of Psychology.

Levine, M. & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. Body image, 1:57-70.

Littleton, L.A., Danny, P. & Cynthia, L. S. (2008). Development of the body image concern inventory. Behavior Research and Therapy, 43(2): 41-229.

Lopez, AD., Mathers, CD., Ezzati, M., Jamison, DT. & Murray, CJ. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet, 367(9): 57-1747.

Mara, I., Francesca, D., Stefania, C. & Paolo, C. (2016). Self-esteem, body shame and eating disorder risk in obese and normal weight adolescents: A mediation model. Eating Behaviors, 21(4): 80-83.

Mashalpour Fard, M., Naderi, F., Heidari, A.R. & Mehrabi, M. (2014). The relationship between social anxiety, perfectionism and depression perception of body image and eating disorders among young people. Journal of Social Psychology, 9 (2): 35- 42. [Full text in Persian]

Mazzeo, SE., Slof-Op't Landt, M.C.T., Jones, I., Mitchell, K., Kendler, KS., Neale, MC., Aggen, SH. & Bulik, CM. (2006). Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. Int. J. Eat. Disord, 39(3): 11-202.

Mountford, V., Haase, A. M. & Waller, G. (2006). Body checking in the eating disorders: Associations between cognitions and behaviours. International Journal of Eating Disorders, 39: 708−715.

Psychiatric Association of America. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. MR translations Nikkhooi, Hamayak and Vadys Yancey (1388). Tehran: Sokhan.

Reas, D.L., White, M.A. & Grilo, C.M. (2006). Body Checking Questionnaire: psychometric properties and clinical correlates in obese men and women with binge eating disorder. International Journal of Eating Disorder; 39(4): 31-326.

Rodgers, RF., Lowy, AS1., Halperin, DM1. & Franko, DL. (2016). A Meta-Analysis Examining the Influence of Pro-Eating Disorder Websites on Body Image and Eating Pathology. Eur Eat Disord Rev. 24(1): 3-8.

Safarzadeh, S. & Marashian, F. (2014). The relationship between Body Image Concen, Self-Concept, Self– Esteem with Eating Disorders in Female Students of IslamicAzad University Branch Ahvaz. Journal of WOman in Culture Arts, 6(5): 73-90. [Full text in Persian]

Safavi, M., Mahmoudi, M. & Roshandel, A. (2009). Evaluation of body image and its relationship with eating disorders among female students of Islamic Azad University of Tehran. Tehran University of Medical Sciences Journal, 19(2): 134- 139. [Full text in Persian]

Sharifi, A. (1994). Prevalence of self-esteem, depression and eating disorders and their association with socioeconomic status and high school female students in Ahwaz. MA thesis Ahvaz, Islamic Azad University. [Full text in Persian]

Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Pike, KM., Wilfley, DE. & Fairburn, CG. (2000). Recurrent binge eating in black American women. Arch Fam Med, 9(1): 7-83.

Swierkosz, N. (2012). Body Image Perception of Undergraduate Females as it Relates to Disordered Eating and Psychological Conditions. The Ohio State University.
http://hdl.handle.net/1811/45634.

Torres, S., Prista Guerra, M., Lencastre, L.,VieiraF,Roma-Torres, A. & Brandão, I. (2011). Prevalence of alexithymia in anorexia nervosa and its association with clinical and sociodemographic variables. Bras Psiquiatr Journal, 60(3): 9-182.