

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.

رابطه خودپندازه بدنی و تحریف‌های شناختی با بی‌اشتهايی و پراشتهايی عصبي در بيماران مبتلا افسرده‌گي

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 افسرده‌گی 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 خودپندازه بدنی و تحریف‌های شناختی با بی‌اشتهايی و پراشتهايی عصبي در بيماران مبتلا افسرده‌گي صورت گرفت.

روش کار: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل بيماران مبتلا به افسرده‌گی بستری در بيمارستانهای ایثار و فاطمی و بيماران مراجعه کننده به کلينيک‌های روانپزشكی و روانشناسی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۵ بودند که به روش نمونه‌گيري مرحله‌ای تعداد ۴۱ نفر (۲۶ نفر دارای بی‌اشتهايی عصبي و ۱۵ نفر دارای پراشتهايی عصبي) انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از مقیاس اختلالات تغذیه اهواز، ترس از تصویر بدن لیتلتون و تحریف‌های شناختی بین فردی استفاده شد. برای تعزیزی و تحلیل اطلاعات از آزمون ضریب همبستگی پرسون و رگرسیون چندگانه استفاده گردید. برای این منظور افزار آماری SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: بین خودپندازه بدنی رابطه منفی معنادار و بین تحریف‌های شناختی (و همه ابعاد آن) رابطه مثبت معنادرای با بی‌اشتهايی و پراشتهايی عصبي به دست آمد. نتایج تحلیل رگرسون نشان داد خودپندازه بدنی و تحریف‌های شناختی ۳۶ درصد توانایی پیش بینی بی‌اشتهايی و ۴۰ درصد توانایی پیش بینی پراشتهايی عصبي در بيماران مبتلا افسرده‌گي را دارند.

نتیجه گيري: اين نتایج بيان می‌کنند که وجود مشکل در خودپندازه بدنی و تحریف‌های شناختی می‌توانند در افزایش اختلالات خوردن (اشتهايی عصبي و پرخوری عصبي) تاثير گذار باشند.

واژه‌های کلیدی: خودپندازه بدنی، تحریف‌های شناختی، بی‌اشتهايی عصبي، پرخوری عصبي.

آمریکا، ۲۰۱۳) از جمله مواردی هستند که می‌تواند افراد افسرده را مستعد اختلالات خوردن نماید.

چنانچه فیزاگو^۳ و همکاران (۲۰۰۴) و مازی^۴ 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^۵ 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 خوشیتن-بخصوص وزن بدن - بوجود می‌آورد (کلین و والش^۶، 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 تقریباً ۸ درصد از کل ناراحتی‌ها یا اختلالات تغذیه‌ای کلینیکی را به خود اختصاص داده است (هودسون^۷ 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^۸، ۲۰۱۲). براساس پنجمین راهنمایی آماری تشخیص اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا شیوع ۱۲ ماهه

مقدمه

افسردگی بیماری شایعی است که منجر به ناتوان-کنندگی در سطح جهان می‌شود (lopez^۱ 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 تنفس می‌کند. لذت بردن از زندگی و علاقمند شدن به انجام کارهای روزمره برای فرد دشوار می‌شود خواب و اشتها فرد کم می‌شود و به مرور زمان فرد دچار نامیدی می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، 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 عمدۀ روز، خلق افسرده در بخش عمدۀ روز، به صورتی که توسط گزارش ذهنی (مثلاً احساس غمگینی، پوچی، نامیدی) 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

3- Eizaguirre

4- Mazze

5- Torres

6- Klein & Walsh

7- Hudson

8- Lauren

1- Lopez

2- America Psychiatric Association

براساس مطالعات نگرش‌های خوردن به صورت مثبت با عدم رضایت از تصویر بدنی و به صورت منفی با تصور دنیای ایده‌آل ارتباط دارند، اما بی‌اشتهاای عصبی و پراشتهاای عصبی به صورت مثبت با اختلال در خودپندازه بدنی مرتبط هستند (لیونینی و پیران^۲، ۲۰۰۴). خودپندازه 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 ایده‌آل درون سازی شده و عواطف است. از آنجا که ظاهر بخش مهمی از هویت فرد است، در موقعیت‌های اجتماعی بلافصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود، بنابراین اهمیت این سازه شخصیتی بسیار بارز است (کاستارلی و کاستارلی^۳، ۲۰۱۰). در این راستا رودگرز^۴ و همکاران (۲۰۱۶) در یک متانالیز نشان دادند بین اختلال خوردن بر تصویر بدن و آسیب‌شناسی خوردن رابطه معناداری وجود دارد. همچنین براساس نتایج مطالعه سوئکوز^۵ (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 بر این طبق شواهد موجود افراد دارای پرخوری افراطی عموماً در معرض خطر آشفتگی‌های روانپزشکی و تحریف‌های شناختی قرار دارند (کراو^۶ و همکاران، ۲۰۰۲؛ استراگل-مور^۷ 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

اختلال بی‌اشتهاای عصبی ۰/۴ درصد، و پراشتهاای عصبی ۱ تا ۱/۵ درصد و اختلال پرخوری ۱/۶ تا ۰/۸ درصد گزارش شده است (انجمان 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 بی‌اشتهاای عصبی و پراشتهاای عصبی (جوع) است. بی‌اشتهاای عصبی با علایمی از جمله گرسنگی کشیدن عمده 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 پراشتهاای عصبی، علائمی از جمله روش‌های نامناسب جلوگیری از افزایش وزن، دوره‌های پرخوری با بسامد بالا، رفتارهای جبرانی متعاقب پرخوری به منظور پیشگیری از افزایش وزن و ترس مرضی از چاق شدن را در بر می‌گیرد (انجمان 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 غالباً خود را با مدل‌ها و شخصیت‌های لاغر در رسانه‌ها و مجلات مقایسه می‌کنند و ممکن است بین اندام ایده‌آل آنها و آنچه که واقعاً هستند ناهماهنگی مشاهده کنند و در نتیجه اقدام به گرفتن رژیم کرده یا به اختلال خوردن دچار می‌شوند (بیکر^۸، ۲۰۰۷).

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

1- Becker

شناسایی و درمان افراد دارای این اختلالات کمک مؤثری نماید.

علاوه براین با توجه به خلاط 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 بی‌اشتهاایی و پراشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی صورت گرفت.

روش کار

روش پژوهش 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 مرحله‌ای 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 تشخیص 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 (نفر دارای بی‌اشتهاایی 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 ضربی همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده گردید. برای این منظور از

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 خطاهای و تحریف‌های شناختی نامیده می‌شوند، به اشکال گوناگونی ظاهر می‌گردد. این تحریفات اگر متناوباً و به دفعات رخ دهن، می‌توانند منجر به ناراحتی‌ها یا اختلالات روان شناختی شود (گولدین^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). نتایج بررسی حسینی و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد بین نگرانی در مورد وزن، بی‌اشتهاایی عصبی و پراشتهایی 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 زوایایی 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 تحت الشعاع 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 در ک بهتر متغیرهای روانشناسی برای اختلال بی‌اشتهاایی و پراشتهایی عصبی و همچنین برنامه‌های درمانی و مداخلات مؤثرتر ضروری است، بنابراین پژوهش حاضر از راه سنجش نقش متغیرهای روان شناختی خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی و ارتباط آن با بی‌اشتهاایی و پراشتهایی عصبی می‌تواند به

1- Goldin

دانشجویان محاسبه گردید. نتایج نشان داد پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ $\alpha=0.93$ و همبستگی ماده با کل بین 0.73 تا 0.92 قرار دارد. این همبستگی، نشان دهنده سطح پایایی قبل قبول این آزمون می‌باشد. اعتبار (ضریب روائی) این پرسشنامه از طریق محاسبه همیشگی مقیاس 19 ماده‌ای تصویر بدنی با مقیاس خود گزارش دهی اختلال بدریختی بدنی $\alpha=0.83$ گزارش شده است (لیتلتون و همکاران، 2008). 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 0.93 ، 0.95 و 0.95 گزارش شده است (اسماعیلی ریاحی، 2012).

(۳) **مقیاس تحریف‌های شناختی بین فردی^۱:** این مقیاس توسط حمام سی و بویوک اوزتورک^۲ (2004) جهت ارزیابی تحریف‌های شناختی در روابط بین فردی بر مبنای نظریه شناختی آرون تی بک ساخته شده است. مقیاس دارای 19 آیتم است که شامل سه خردۀ مقیاس طرد در روابط بین فردی، انتظارات غیر واقع بینانه در روابط و سوء ادراک در روابط بین فردی می‌شود. مطالعات روان‌سنگی کیفیت روان‌سنگی 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 0.67 و 0.74 و برای خردۀ مقیاس‌های آن به ترتیب 0.76 و 0.74 بدست آمد. همچنین روایی آن از طریق همبستگی با مقیاس باورهای غیر منطقی، مقیاس افکار اتومناتیک و مقیاس گرایش به تعارض در روابط بین فردی به ترتیب 0.45 ، 0.53 و 0.53 بدست آمده که همگی در سطح 0.99 اطمینان معنی دار است (حمام سی و بویوک اوزتورک، 2004). در ایران نیز

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

(۱) **مقیاس اختلالات تغذیه اهواز (AEDI^۳):** این پرسشنامه توسط کوکر و راجر ساخته شده است تا بتواند به صورت معترضین آزمودنی‌های مبتلا به اختلالات تغذیه و گروه گواه تمایز بگذارد و همچنین بتواند افرادی که در معرض خطر ابتلاء این اختلالات هستند را شناسایی کند. شریفی در سال 1376 پرسشنامه‌ی مذکور روی جمعیت دانش‌آموزی اهواز مورد بررسی و هنجاریابی قرار داد و 31 ماده و 2 عامل بی-اشتهايی روانی (شامل 22 ماده) و پرانتهایی روانی (شامل 9 ماده) در آن معلوم کرده است (شریفی، 1994). در پژوهش برای تعیین پایایی پرسشنامه، از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده که به ترتیب برابر با 0.75 و 0.70 می‌باشد. پایایی پرسشنامه‌ی اختلالات تغذیه بین 0.58 تا 0.75 نوسان دارد. که بیانگر پایایی قبل 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 ($P=0.1$ و $R=0.27$) (عسگری و همکاران، 2010).

(۲) **مقیاس توسعه از تصویر بدن لیتلتون (BICI^۴):** این پرسشنامه در سال 2005 توسط لیتلتون^۵ و همکاران (2008) طراحی شد. این پرسشنامه از نوع مداد-کاغذی می‌باشد که مشتمل بر 19 ماده است و آزمودنیها می‌باشند به ماده‌های آن بر روی یک مقیاس درجه‌ای لیکرتی پاسخ داده و طیف پاسخها از 1 برای هرگز تا 5 برای همیشه می‌باشد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهشی که روی نمونه‌هایی از

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

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

میانگین (و انحراف معیار) سنی مردان ۳۸/۵۱ (و ۵/۷۸) و زنان ۲۹/۶۲ (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.

در تحقیق اسماعیلپور و همکاران (۲۰۱۵) جهت سنجش روایی سازه مقیاس، علاوه بر روایی عاملی، همبستگی خردۀ مقیاس‌ها با کل مقیاس محاسبه شده که این همبستگی بین ۰/۸۱ تا ۰/۰۷۱ 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.

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

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

روابط بین فردی ۱۰/۹۱ (و ۲/۸۳)، تحریف‌های شناختی ۵۵/۲۶ (و ۸/۶۰) و خودپنداشته بدنی ۴۶/۹۹ (۶/۴۵) می باشد.

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

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی و ضریب همبستگی پرسون بین خودپنداشته بدنی و تحریف‌های شناختی با بی‌اشتهاایی و پراشتاهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی

متغیر مستقل	آماره	بی‌اشتهاایی عصبی	پراشتاهایی عصبی
خودپنداشته 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
تحریف‌های 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

پراشتهایی عصبی ($r=0.332$ ، سوئ ادراک در روابط بین فردی با بی اشتهایی ($r=0.688$) و پراشتهایی عصبی ($r=0.742$) و تحریفهای شناختی با بی اشتهایی ($r=0.701$) و پراشتهایی عصبی ($r=0.463$) رابطه معنادرای وجود دارد ($p<0.01$).

همانطور که جدول (۲) نشان می دهد بین خودپنarde بدنی با بی اشتهایی ($r=-0.499$) و پراشتهایی عصبی ($r=-0.332$ ، طرد در روابط بین فردی با بی اشتهایی ($r=0.204$) و پراشتهایی عصبی ($r=0.507$)، انتظارات غیر واقع بینانه در روابط با بی اشتهایی ($r=0.499$) و

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

P	F	MS	df	ss	مدل
.001	9/147	853/89	۲	۱۷۰۷/۷۸۰	رگرسیون
		۹۳/۳۴۴	۳۸	۳۵۴۷/۰۹۹	باقیمانده
			۴۰	۵۲۵۴/۷۸۹	کل
P	T	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	R2	R
		BETA	SE	B	متغیرهای پیش بین
.127	1/155		1/769	.0/124	-
.003	-4/595	-0/318	0/774	-0/384	.0/369 .0/608
.001	5/521	0/463	0/340	0/530	مقدار ثابت خودپنarde بدنی تحریفهای شناختی

تحریفهای شناختی ۳۶ درصد توانایی پیش بینی بی اشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی را دارند. با توجه به مقادیر بتا خودپنarde بدنی $0/31$ و تحریفهای شناختی $0/46$ درصد تغییرات بی اشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی را پیش بینی می کنند.

برای تعیین تاثیر متغیرهای خودپنarde بدنی و تحریفهای شناختی به عنوان متغیرهای پیش بین و بی اشتهایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. همانطور که در جدول (۳) مشاهده می شود میزان F مشاهده شده معنادار است ($p<0.01$) و متغیرهای خودپنarde بدنی و

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

P	F	ms	df	ss	مدل
.000	12/0.96	1499/5	۲	۲۹۹۸/۱۰۰	رگرسیون
		122/93	۳۸	۴۷۰۹/۳۵۱	باقیمانده
			۴۰	۷۷۰۷/۴۵۱	کل
P	T	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	R2	R
		BETA	SE	B	متغیرهای پیش بین
.156	1/0.46		1/186	.0/134	-
.000	-4/220	-0/443	0/133	-0/565	.0/401 .0/633
.003	3/677	0/404	0/219	0/531	مقدار ثابت خودپنarde بدنی تحریفهای شناختی

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 (کشن^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). چنین ارزیابی‌هایی می‌تواند منجر به ادراک کاملاً 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، نظری انتظارات و قضاوت‌هایی که فرد گمان می‌کند دیگران درباره ظاهر او دارند (کشن و همکاران، ۲۰۰۴) و رسانه‌ها اشاره کرد. تاکید بر لاغر بودن، یکی از حوزه‌های پژوهشی 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 (نضرط افسردگی و ...)، افراد دچار لاغری می‌شوند و ممکن است برای حل این مساله، به پرخوری متولّ شوند و گاهی نیز به دلیل این تبلیغات همواره در

برای تعیین تاثیر متغیرهای خودپنداره بدنی و تحریفهای شناختی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و پر اشتھایی 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 ($p < 0.01$) و متغیرهای خودپنداره بدنی و تحریف‌های شناختی $F = 40$ درصد توانایی پیش‌بینی پراشتھایی عصبی در بیماران مبتلا افسردگی را دارند. با توجه به مقادیر بتا خودپنداره بدنی $\beta = 0.44$ و تحریف‌های شناختی $\beta = 0.40$ درصد تغییرات پراشتھایی عصبی در بیماران مبتلا به افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بین خودپنداره بدنی با بی‌اشتھایی و پراشتھایی عصبی رابطه منفی معناداری وجود دارد ($p < 0.01$). نتیجه به دست آمده در راستای یافته‌های پژوهش صفوی و همکاران (۲۰۰۹)؛ علیپور و همکاران (۲۰۱۰)، سوئیکوز (۲۰۱۲)؛ صفرزاده و ماراشنی (۲۰۱۴)؛ رودگرزو و همکاران (۲۰۱۶) و مارا^۱ و همکاران (۲۰۱۶) همسویی داشت. رودگرزو و همکاران (۲۰۱۶) در یک متأنانالیز نشان دادند بین اختلال خوردن بر تصویر بدن و آسیب‌شناختی خوردن رابطه معناداری وجود دارد. براساس نتایج مطالعه سوئیکوز (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

آنان در خصوص مشکلات خوردت تاثیرگذارد
(فایربون و هاریسون، ۲۰۰۳).

بعلاوه براساس نتایج رگرسیون چندگانه متغیرهای خودپنداهه بدنی و تحریفهای شناختی ۴۱ درصد توانایی پیش‌بینی بی اشتهایی عصبی و ۴۰ درصد توانایی پیش‌بینی پراشتهاهی 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، قوی ترین 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 پیش‌بین اختلالات تغذیه‌ای را دارد. نگرش و رفتارها نسبت به خوردن، توسط عوامل چندگانه‌ای نظری عوامل روان شناختی، خودپنداهه 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 غالباً 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 می‌کنند ناهمانگی مشاهده کنند، ممکن است شروع به گرفتن رژیم غذایی کرده یا به اختلال در خوردن دچار شوند (بیکر و بوئسلی، 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

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 ییانه در روابط، سوء ادراک در روابط بین فردی و تحریفهای شناختی با بی اشتهایی و پراشتهاهی عصبی رابطه مثبت معنادرای وجود دارد (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) همسوی 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، بی اشتهایی عصبی و پراشتهاهی عصبی با تحریفهای شناختی رابطه مثبت وجود دارد.

افراد دارای بی اشتهایی و پراشتهاهی عصبی همواره در حال وارسی بدنی خود می‌باشند (ریاس^۱ و همکاران، ۲۰۰۶؛ مونتفورد^۲ 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

3- Fairburn & Harrison
4- Becker & Boselie

1 - Reas
2- Mountford

معنادرای وجود دارد. همچنین این متغیرها ۴۱ درصد توانایی پیش‌بینی بی‌اشتهاي عصبي و ۴۰ درصد توانایي پیش‌بینی پراشتهاي عصبي در بيماران مبتلا افسرده‌گي را دارند. عدم كنترل مدت و شدت اختلالات خوردن از محدوديت‌های اين پژوهش می‌باشد. بر اين اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مدت و شدت اختلالات در گروه مورد بررسی كنترل گردد.

اين عوامل می‌تواند پیش‌بینی برای افزایش مشکلات خوردن باشد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی اين پژوهش نشان داد بين خودپنداره بدنی با اختلال بی‌اشتهاي و پراشتهاي عصبي رابطه منفي معنادرای و بين تحریفهای شناختی و مولفه‌های آن با بی‌اشتهاي و پراشتهاي عصبي رابطه مثبت

References

- Alipoor, S., Moazami-Goodarzi, A., Zarra-Nejjad, 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 subthreshold bulimia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: A multicenter study. *International J Eatdisord*, 32(3): 18-309.
- Eizaguirre, A.E., Ortego Saenz de Cabezon, 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, S. (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]
- Hosseinzadeh, 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 Concern, 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.