



اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تن‌انگاره، سبک دلبستگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال خوردن

The Effect of Cognitive Behavioral Group Therapy on Body Image, Attachment Style and Emotion Regulation in Women with Eating Disorder

Sadegh Rahmati
Ahmad Borjali

صادق رحمتی*
احمد برجلی**

Abstract

The purpose of this study is to explain the effect of cognitive behavioral therapy on body image, attachment style, and emotion regulation in women with eating disorders. The present paper is a quasi-experimental study of "pretest-posttest with control group design" and was applied research based on the aim. The statistical population includes 470 women who attended nutrition clinics, psychiatric centers, and bodybuilding and aerobics clubs in areas 1, 3, 6, and 21 of Tehran in 2021. The sample includes 30 women with eating disorders who attended the above centers in 2019. They were selected by Convenience Sampling and randomly divided into control and experimental groups. Patients in the intervention group received 12 sessions of two-hour CBT group therapy over a 12-week period. Patients in the control group remained on the waiting list. Participants answered the Adult Attachment Inventory (AAI), Difficulty in Emotion Regulation Scale (DERS), and Satisfaction with Body Image (SWBI) questionnaires in the pretest and posttest phases. We used ANCOVA and the T-test for independent samples to test the research hypotheses. SPSS version 26 was used for data analysis. The results of ANCOVA showed a significant effect of cognitive-behavioral group therapy on body image ($F=6.632, p=0.016$), emotion regulation ($F=57.423, p=0.001$), and secure attachment style ($F=6.250, p=0.019$). In addition, the results of the Independent Sample T-test showed that cognitive behavioral therapy had a significant effect on avoidance attachment style ($t=3.272, p=0.006$) and ambivalence attachment style ($t=4.570, p=0.001$). The present study demonstrated that cognitive behavioral group therapy improved body image, attachment style, and emotion regulation in women with eating disorders, and that this type of treatment may be a useful therapy for women with eating disorders.

Keywords: Eating Disorders, Body Image, Attachment Styles, Emotion Regulation, Cognitive Behavioral Group Therapy.

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تن‌انگاره، سبک‌های دلبستگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال خوردن انجام شده است. طرح پژوهش حاضر از نظر روش نیمه‌آزمایشی «طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل» و از نظر هدف کاربردی است. جامعه آماری آن نیز ۴۷۰ زن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تغذیه‌ای، مراکز روان‌پزشکی و باشگاه‌های بدن‌سازی و ایروبیک در مناطق ۱، ۳، ۶ و ۲۱ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ هستند. نمونه شامل ۳۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده مبتلا به اختلال خوردن به مراکز فوق در سال ۱۳۹۸ است که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. اعضای گروه آزمایش در معرض ۱۲ جلسه گروه‌درمانی شناختی-رفتاری دوساعته به صورت هفتگی و اعضای گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامه‌های سبک دلبستگی بزرگسال (AAI)، دشواری تنظیم هیجان (DERS) و رضایت از تن‌انگاره (SWBI) پاسخ دادند. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس و آزمون t مستقل استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تن‌انگاره ($F=6.632, p=0.016$) و سبک دلبستگی ایمن ($F=57.423, p=0.001$) اثر معنادار داشته و سبک بهبود آن‌ها شده است. همچنین نتایج آزمون t مستقل نشان می‌دهد، گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر سبک دلبستگی اجتنابی ($t=3.272, p=0.006$) و سبک دلبستگی دوسوگرا ($t=4.570, p=0.001$) اثر معنادار داشته و سبک کاهش آن‌ها شده است. پژوهش حاضر نشان می‌دهد، گروه‌درمانی شناختی-رفتاری سبب بهبود تن‌انگاره، سبک دلبستگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال خوردن می‌شود و این نوع از درمان می‌تواند درمان مناسبی برای زنان مبتلا به اختلال خوردن باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات خوردن، تن‌انگاره، سبک‌های دلبستگی، تنظیم هیجان، گروه‌درمانی شناختی-رفتاری.

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
** استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

اختلال خوردن با اختلال مداوم در خوردن یا رفتارهای مربوط به خوردن مشخص می‌شود که سبب تغییر در مصرف یا جذب غذا می‌شود و به‌طور قابل‌توجهی به کاهش سلامت جسمی و عملکرد روانی-اجتماعی می‌انجامد. شیوع اختلالات خوردن با توجه به نوع آن بین ۰/۴ درصد تا ۱/۶ درصد متغیر است و در زنان بیشتر از مردان دیده می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-5)، ۲۰۱۳) اختلالات خوردن شرایط خطرناکی است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را به خطر می‌اندازد و با افزایش استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و افزایش هزینه‌های آن‌ها همراه است (والرت و همکاران، ۲۰۱۹). اختلالات خوردن را باید جدی گرفت؛ زیرا ممکن است افراد بدون آنکه متوجه باشند، در دام این اختلالات گرفتار شوند و ممکن است کم‌کم احساس کنند کنترل خوردن و وزن راهی برای سروسامان دادن به زندگی آن‌هاست. یکی از پیامدهای خطرناک اختلال خوردن که لزوم پرداختن به این موضوع را بیشتر می‌کند، خودکشی است. میزان تلاش برای خودکشی در سراسر عمر در افراد مبتلا به اختلال خوردن بیشتر از افرادی است که این اختلال را ندارند (کرو و همکاران، ۲۰۰۹) و بیشترین میزان خودکشی بین طبقه‌های تشخیصی روان‌پزشکی مربوط به این طبقه است (براندت و کراوفورد، ۲۰۱۹). همچنین میزان بالای اقدام به خودکشی در میان اعضای خانواده‌های افراد مبتلا به اختلال خوردن رواج دارد و این میزان در اعضای خانواده افراد مبتلا به پرخوری عصبی بیشتر از انواع دیگر اختلالات خوردن است (پیستسکی و همکاران، ۲۰۱۷).

اختلالات خوردن با سایر اختلالات روانی، مانند اختلالات اضطرابی (بروسوف، کالپس و لوینسون، ۲۰۱۹؛ لوینسون و همکاران، ۲۰۱۸)، دوقطبی (بریتسک، موریرا، تونیولو و لافر، ۲۰۱۱؛ مک‌الروی و همکاران، ۲۰۱۶)، افسردگی و مصرف مواد (بکر و گریلو، ۲۰۱۵) و وسواس (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) هم‌بودی دارد. در طبقه اختلالات خوردن معیارهای تشخیصی برای هرزه‌خواری، اختلال نشخوار، اختلال مصرف غذای دوری‌جو/محدودکننده، بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی، اختلال پرخوری و سایر اختلالات تغذیه‌ای و خوردن مشخص^۲ ارائه شده است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، ۲۰۱۳). عوامل مختلفی مانند اختلالات روان‌پزشکی خانوادگی، استرس مادران پیش از تولد نوزاد، عوامل مختلف خانوادگی، اضافه وزن در دوران کودکی و نارضایتی بدنی در نوجوانان می‌تواند خطر ابتلا به اختلال خوردن را افزایش دهد (کسکی راهکونن و ماستلین، ۲۰۱۶). افراد مبتلا به اختلال خوردن دارای ویژگی‌های زیر هستند: حرمت نفس پایین (لیم و یو، ۲۰۱۷)، کمال‌گرایی (شو و همکاران، ۲۰۱۹؛ جانستون و همکاران، ۲۰۱۸)، نقص در تنظیم هیجان (مالورکی باکه و همکاران، ۲۰۱۸؛ روسیتی، روفینو، گودوین و واگنر، ۲۰۱۶) و نقص در تن‌انگاره^۳ (میچیسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵).

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

2. other specified feeding or eating disorder

3. body image

نقص در تن‌انگاره یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌آگهی در درمان اختلالات خوردن است (دال‌گریو، سارتیرانا و کالوگی، ۲۰۱۹) و در صورت وجود می‌تواند بسیار آشفته‌کننده باشد و سبب افزایش احتمال ابتلا به افسردگی، افزایش احتمال خودکشی، کاهش حرمت خود و کاهش کیفیت زندگی شود. تن‌انگاره، تصویر ذهنی دربرگیرنده عقاید، احساسات آگاهانه و غیرآگاهانه درباره بدن است (شمس‌الدین سعید، عزیززاده فروزی، محمد علیزاده، حق‌دوست و گروسی، ۱۳۸۸). تن‌انگاره به تصویر ذهنی فرد از ظاهر فیزیکی او و همچنین به احساسات مثبت یا منفی وی از شکل یا اندازه بدنش اشاره دارد (گروملا و همکاران، ۲۰۰۰). رابطه میان نقص در تن‌انگاره و اختلالات خوردن رابطه‌ای متقابل و دوسویه است (شمس‌الدین سعید و همکاران، ۱۳۸۸). نقص در تن‌انگاره یکی از عوامل خطر برای گسترش اختلالات خوردن و نشان‌دهنده یکی از ویژگی‌های سایکوپاتولوژیک اختلالات خوردن است. برای بهبود نتیجه درمان و کاهش احتمال عود در درمان اختلالات خوردن باید نارضایتی از بدن و نقص در تن‌انگاره مدنظر قرار بگیرد (مک‌لین و پاکستون، ۲۰۱۹).

زمانی که افراد در ادراک تصویر بدنی خود با مشکل مواجه می‌شوند، در کنترل هیجان‌های منفی خویش نیز ناتوان‌تر می‌شوند. به عبارت دیگر در تنظیم هیجان با مشکل مواجه می‌شوند. تنظیم هیجان در نحوه‌ای که افراد تن‌انگاره خود را درک می‌کنند نیز تأثیر دارد (مهاجرین، بختیار، اولنسکی، دولتشاهی و موتابی، ۲۰۱۹؛ مندرس، فریرا و مارتا سیموئست، ۲۰۱۷). به عبارت دیگر تنظیم هیجانی بهتر و ذهن‌آگاهی بیشتر، میزان کمتری از نارضایتی بدنی را به همراه دارد (لاول، وب، زیمر گمبک و فارل، ۲۰۱۸). دشواری در تنظیم هیجان از عواملی است که مستقیم در اختلالات خوردن نقش دارد (دونوفری، روکلینا، وایلدز، میلر و اریکسون، ۲۰۱۶). مشکلات تنظیم هیجان به‌طور معناداری میان نقص در تن‌انگاره و رفتارهای مرتبط با اختلالات خوردن نقش میانجی‌گری دارد (برجعی، سهرابی و فرخی، ۲۰۱۵). همچنین می‌توان گفت نقص در تنظیم هیجان نقش مهمی در رابطه دلبستگی ناایمن و آسیب‌شناسی اختلالات خوردن دارد (فن دورمه، برات و گوسنز، ۲۰۱۵).

سبک دلبستگی ناایمن افراد سبب افزایش نشانه‌های مرتبط با اختلال خوردن می‌شود (مونتلتون و همکاران، ۲۰۱۷؛ تاسکا، ۲۰۱۹). سطوح بالای سبک دلبستگی ناایمن اضطرابی با رفتارهای بیشتری همراه است که مربوط به اختلالات خوردن هستند (مونتلتون و همکاران، ۲۰۱۸). متغیرهای حساسیت نسبت به طرد بر پایه ظاهر^۱ و رتبه اجتماعی^۲ (دی پاتولی، فولر تشکویک، هالی‌ول، پوجیو و کروگ، ۲۰۱۷)، ذهن‌آگاهی^۳ (پیینگ، اودونوون، زیمر گمبک و هانیس، ۲۰۱۵) و حساسیت به تنبیه^۴ (مونتلتون و همکاران، ۲۰۱۸) نقش میانجی میان دلبستگی ناایمن و اختلالات خوردن دارند. در بافت خانواده، سبک دلبستگی افراد

-
1. appearance-based rejection sensitivity
 2. social rank
 3. mindfulness
 4. sensitivity to punishment

عامل مهمی در تبیین تن‌انگاره است (پاول، وانگ هال، بانیستر، کولرا و لویز، ۲۰۱۸؛ چرکاسکایا و روزاریو، ۲۰۱۷). بررسی‌ها نشان می‌دهد سبک‌های دلبستگی و نحوه فرزندپروری والدین نقش بسزایی در شکل‌گیری ناراضیاتی از بدن و نقص در تن‌انگاره دارند (گرنون و همکاران، ۲۰۱۶).

در افراد مبتلا به اختلال خوردن بین تن‌انگاره و سبک دلبستگی نایمن رابطه وجود دارد و تجسم فرد از بدنش به‌عنوان واسطه احتمالی بین سبک دلبستگی نایمن - اجتنابی و ویژگی‌های روان‌شناختی خاص اختلالات خوردن عمل می‌کند (مونتئون و همکاران، ۲۰۱۷). درمان‌های دارویی، روان‌درمانی دینامیک، خانواده‌درمانی و درمان بین‌فردی برای اختلالات خوردن مؤثر عنوان شده‌اند. درمان شناختی - رفتاری به‌عنوان روش انتخابی و مهم‌ترین و مؤثرترین نوع درمان این اختلال ذکر شده است (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). همچنین پژوهش‌های مختلف اثربخشی بالای درمان شناختی - رفتاری را در بهبود اختلالات خوردن تأیید کرده‌اند (دال‌گریو، سارتیرانا و کالوگی، ۲۰۱۹؛ سیگنورینی، شفیلد، رودز، فلمینگ و وارد، ۲۰۱۸؛ قادری و همکاران، ۲۰۱۸). مدل شناختی برای تبیین اختلالات خوردن بیان می‌کند، افراد مبتلا تمایل دارند برای ارزشمندداندستن خود، بر شکل و کنترل وزن بدنشان تمرکز بیش از اندازه داشته باشند یا آن را بیش ارزش‌گذاری کنند. این ویژگی روان‌شناختی در اختلالات بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی و بیش از نیمی از افراد مبتلا به اختلال پرخوری دیده می‌شود (گریلو، وایت، جوئورجیوا، ویلسون و ماشب، ۲۰۱۳). همچنین مدل شناختی - رفتاری برای تبیین نقص در تنظیم هیجان بیان می‌کند مراقبت هیجانی ناکافی و آسیب هیجانی بیش‌ازحد به شکل‌گیری باورهای بنیادین کژکار در افراد منجر می‌شود. باورهای بنیادین سبب بروز احساسات می‌شوند که شامل سطح بالایی از احساسات ترس و عصبانیت هستند و احساسات نیز به فعال‌شدن مفروضات ناکارآمد منجر می‌شوند (هاولز، ۲۰۱۸). علاوه بر درمان انفرادی، اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری برای اختلالات خوردن نیز اثبات شده است (واید، بایرن و آلن، ۲۰۱۷).

براساس نظریه مقایسه اجتماعی، زنان در بیشتر موارد خود را با مدل‌ها و شخصیت‌های لاغر در رسانه‌ها و مجله‌ها مقایسه می‌کنند و زمانی که بین اندام ایده‌آل و آنچه از بدن خود ادراک می‌کنند ناهماهنگی مشاهده کنند، ممکن است از تن‌انگاره خود ناراضی شوند. با توجه به گسترش فضای مجازی و رسانه‌های جمعی و تبلیغ ایده‌آل‌های لاغری در آن‌ها، این ایده‌آل‌ها به‌عنوان عامل مهمی در زیبایی‌ظاهری افراد به‌حساب می‌آیند و طیف وسیعی از زنان، به‌ویژه نوجوانان و جوانان را در معرض خطر ابتلا به اختلال خوردن و ناراضیاتی از تن‌انگاره قرار می‌دهد. همچنین رضایت‌نداشتن از بدن و ظاهر می‌تواند سبب بروز تعارض‌های بین‌فردی و دشواری در کنترل هیجان‌ها شود که این مسائل اهمیت پرداختن به موضوع مورد پژوهش را نشان می‌دهد. با توجه به توضیحات ارائه‌شده، هدف از انجام پژوهش بررسی این سؤال است که آیا گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر تن‌انگاره، سبک دلبستگی و تنظیم هیجان‌ها در زنان مبتلا به اختلال خوردن تأثیر دارد یا خیر؟ فرضیه‌های پژوهش حاضر به شرح زیر هستند:

۱. گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر تن‌انگاره در افراد مبتلا به اختلال خوردن تأثیر دارد.

۲. گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال خوردن تأثیر دارد.

۳. گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر سبک دلبستگی افراد مبتلا به اختلال خوردن تأثیر دارد.

روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش نیمه‌آزمایشی «طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل» بود. برای انتخاب گروه‌های آزمایش و کنترل، آزمودنی‌ها به کمک نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و STATA نسخه ۱۲ براساس نمرات پیش‌آزمون متغیرهای رضایت از تن‌انگاره، دشواری تنظیم هیجان و سبک‌های دلبستگی بزرگ‌سال هم‌تاسازی شدند. گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (گروه‌درمانی شناختی - رفتاری) و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفتند. قبل از شروع مداخله و بلافاصله پس از اتمام آن، اعضای دو گروه داوطلبانه به آزمون‌هایی که به سنجش متغیرهای وابسته می‌پرداختند، پاسخ دادند. جامعه آماری پژوهش، ۴۷۰ زن مراجعه‌کننده به مراکز رژیم‌درمانی، مراکز روان‌پزشکی و باشگاه‌های بدن‌سازی و ایروبیکی در مناطق ۱، ۳، ۶ و ۲۱ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ هستند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال خوردن مراجعه‌کننده به مراکز است که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای انتخاب بیماران، پژوهشگر با مراجعه به مراکز رژیم‌درمانی، مطب‌های روان‌پزشکی و باشگاه‌های بدن‌سازی و پس از اخذ شرح‌حال اولیه، افرادی را که احتمال داشت مبتلا به اختلال خوردن باشند انتخاب و به جلسه مصاحبه تشخیصی دعوت کرد. در جلسه مصاحبه تشخیصی با استفاده از راهنمای «مصاحبه ساختاریافته بالینی برای ارزیابی اختلال‌های DSM5 - نسخه پژوهشی (SCID-5-RV)»، از میان ۷۵ نفر از زنان دعوت‌شده به مصاحبه، تشخیص اختلال خوردن توسط پژوهشگر برای آن دسته از بیمارانی که واجد ملاک‌های تشخیصی بودند گذاشته شد. ملاک‌های عمده ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلال خوردن براساس DSM5 و سن ۱۸-۴۵. ملاک‌های عمده خروج از پژوهش عبارت بودند از: اعتیاد به مواد مخدر و دریافت برنامه‌های دارویی و غیردارویی برای اختلال خوردن طی یک سال گذشته.

ابزار سنجش

مقیاس دلبستگی بزرگسال^۱ (AAI)

مقیاس دلبستگی بزرگسال یک مقیاس ۱۵ سؤالی است که بشارت براساس گویه‌های آزمون هازن و شیور (هازن و شیور، ۱۹۸۷ به نقل از بشارت ۱۳۸۴) ساخته و هنجاریابی کرده است. این آزمون سه سبک دلبستگی ایمن (پنج گویه)، اجتنابی (پنج گویه) و دوسوگرا (پنج گویه) را در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) سنجیدند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌ها ۵ و ۲۵ است. بهترین روش سنجش دلبستگی، درپیش‌گرفتن رویکرد ابعادی است که در آن هر فرد می‌تواند درجاتی از

1. Adult Attachment Interview (AAI)

دل‌بستگی ایمن و نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) را داشته باشد. ضرایب الفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های دل‌بستگی ایمن ۰/۹۱، دل‌بستگی اجتنابی ۰/۸۹ و دل‌بستگی دوسوگرا ۰/۸۸ به دست آمد که نشان‌دهنده هم‌سانی درونی خوب مقیاس است. همچنین پایایی بازآزمایی برای هر یک از خرده مقیاس‌ها محاسبه شد که ضریب هم‌بستگی برای خرده‌مقیاس دل‌بستگی ایمن ۰/۸۷، خرده‌مقیاس دل‌بستگی اجتنابی ۰/۸۳ و خرده‌مقیاس دل‌بستگی دوسوگرا ۰/۷۴ به دست آمد که نشان می‌دهد پایایی بازآزمایی مقیاس رضایت‌بخش است (بشارت، ۱۳۹۲). برای بررسی روایی محتوایی مقیاس دل‌بستگی بزرگسال، از ضرایب هم‌بستگی بین نمره‌های ۱۵ نفر از متخصصان روان‌شناسی استفاده شد. ضریب توافق کندال برای سبک دل‌بستگی ایمن ۰/۸۰، سبک اجتنابی ۰/۶۱ و سبک دوسوگرا ۰/۵۷ محاسبه شد. روایی همگرایی پرسشنامه دل‌بستگی بزرگسال از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس‌های «مشکلات بین شخصی (IIP)» و «حرمت خود (SEI)» درباره نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها ارزیابی شد (هورویتز و همکاران، ۱۹۸۸؛ کوپراسمیت، ۱۹۶۷ به نقل از بشارت، ۱۳۸۴). نتایج ضریب هم‌بستگی پیرسون نشان می‌دهد، بین نمره آزمودنی‌ها در سبک دل‌بستگی ایمن و زیرمقیاس‌های مشکلات بین شخصی، هم‌بستگی منفی معنادار از ۰/۲۶ تا ۰/۴۵ و با زیرمقیاس‌های حرمت نفس، هم‌بستگی منفی، اما غیر معنادار وجود داشت (بشارت، ۱۳۸۴). این نتایج نشان‌دهنده روایی کافی مقیاس سبک دل‌بستگی بزرگسال است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های سبک دل‌بستگی ایمن ۰/۸۰، برای دل‌بستگی اجتنابی ۰/۷۷ و برای دل‌بستگی دوسوگرا ۰/۷۷ محاسبه شد.

مقیاس دشواری تنظیم هیجانی^۱ (DERS)

مقیاس دشواری تنظیم هیجانی شامل ۳۶ گویه است که گرتز و رومر در سال ۲۰۰۴ آن را ساختند. نمره‌گذاری این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) درجه‌بندی شده است و سطوح نقص و نارسایی در تنظیم هیجانی فرد را می‌سنجد. حداقل نمره کسب‌شده در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر نمره ۱۸۰ است. نمره بین ۳۶ تا ۷۲ نشان‌دهنده دشواری کم، نمره بین ۷۲ تا ۱۰۸ بیانگر دشواری متوسط و نمره بین ۱۰۸ تا ۱۸۰ نشان‌دهنده دشواری زیاد در تنظیم هیجان است. این پرسشنامه شش زیرمقیاس دارد که عبارت‌اند از: عدم پذیرش هیجان‌های منفی، فقدان آگاهی هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی، مشکل در انجام رفتارهای هدفمند در زمان درماندگی، مشکل در مهار رفتارهای تکانشی در زمان درماندگی و دستیابی محدود به راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان (گرتز و رومر، ۲۰۰۴).

ضرایب آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس‌های پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان به صورت جداگانه محاسبه و در سطح قابل قبولی گزارش شد. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمده است. همچنین پایایی بازآزمایی این مقیاس هم‌بستگی بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ را نشان می‌دهد (بشارت، ۱۳۹۷). بررسی‌ها روایی سازه و پیش‌بین این مقیاس را در سطح کافی گزارش کرده‌اند (گرتز و

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

رومز، ۲۰۰۴). روایی همگرا و افتراقی پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس سلامت روانی^۱ (MHI) (بشارت، ۱۳۸۵)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۲ (CERQ) (بشارت، ۱۳۹۵) و فهرست عواطف مثبت و منفی^۳ (PANAS) (بشارت، ۱۳۸۷) درباره نمونه‌های مختلف محاسبه و تأیید شد. ضرایب هم‌بستگی عدم پذیرش هیجان‌های منفی با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۵۳-، با درماندگی روان‌شناختی ۰/۴۴، با راهبردهای رشدیافته تنظیم شناختی هیجان ۰/۴۷-، با راهبردهای رشدیافته تنظیم شناختی هیجان ۰/۵۱، با عاطفه مثبت ۰/۴۵- و با عاطفه منفی ۰/۴۶- به‌دست آمد (بشارت، ۱۳۹۷). میزان آلفای کرونباخ برای پرسشنامه دشواری تنظیم هیجانی در پژوهش حاضر ۰/۹۰ به‌دست آمد.

مقیاس رضایت از تن‌انگاره^۴ (SWBI)

مقیاس رضایت از تن‌انگاره شامل ۲۲ گویه است که در سال ۲۰۰۲ سوئوتو و گارسیا آن را ساختند. نمره‌گذاری این مقیاس براساس لیکرت پنج‌درجه‌ای و از هرگز (۱) تا همیشه (۵) درجه‌بندی شده است. این مقیاس دارای دو زیرمقیاس رضایت از تن‌انگاره (۴ گویه) و نارضایتی از تن‌انگاره (۱۸ گویه) است. حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند در این مقیاس کسب کند، ۱۱۰ و حداقل نمره ۲۲ است. نمره بین ۲۲ تا ۴۴ نشان‌دهنده میزان پایین نارضایتی از تن‌انگاره است. نمره بین ۴۴ تا ۶۶ نشان‌دهنده میزان متوسطی از نارضایتی از تن‌انگاره و نمره بالاتر از ۶۶ نشان‌دهنده میزان بالای نارضایتی از تن‌انگاره است. پایایی این پرسشنامه در ایران به دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی بررسی شده است؛ به‌طوری‌که روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ پایایی را برای آن گزارش کرد. همچنین هم‌بستگی بین نمرات در روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفره ۰/۷۵ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی قابل‌قبول این مقیاس است. همچنین روایی محتوایی، روایی سازه و روایی افتراقی این مقیاس در سطح قابل‌قبولی گزارش شده است (طاهری تربتی، بلقان‌آبادی و قدوسی تبار، ۱۳۹۲). در تحقیق اسدی گندمانی و تیمورزاده پرسشنامه رضایت از تن‌انگاره با رضایت زناشویی هم‌بستگی مثبت ۰/۷۴ داشت (اسدی گندمانی و تیمورزاده، ۱۳۹۳). میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس رضایت از تن‌انگاره در پژوهش حاضر ۰/۹۱ محاسبه شد.

پروتکل درمانی

گروه‌درمانی شناختی-رفتاری در ۱۲ جلسه به مدت دو ساعت و به‌صورت هفتگی در دو مرکز بهداشت عموم دانشگاه علامه طباطبائی و کلینیک سلامتی مدرن اجرا شد. پروتکل درمانی را کش (۱۹۸۸) تدوین کرده است (کش، ۱۹۸۸ به نقل از فرحزادی، مداحی و خلعتبری، ۱۳۹۶). اعضای گروه آزمایش به دو گروه هفت و

-
1. Menta Health Inventory (MHI)
 2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
 3. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
 4. Satisfaction With Body-Image (SWBI)

هشت نفره تقسیم شدند تا جلسات گروه‌درمانی بهتر اداره شود و درمان بازدهی بیشتری داشته باشد. همچنین قبل و بعد از درمان سنجیده شدند (پیش‌آزمون - پس‌آزمون). چکیده ۱۲ جلسه گروه‌درمانی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. چکیده جلسات گروه‌درمانی شناختی - رفتاری

جلسات	اهداف	محتوا
اول	آشنایی با گروه و مقررات گروه	درمانگر درباره مقررات گروه شامل تعداد جلسات، غیبت نکردن بیش از دو جلسه، ساعت و مکان تشکیل گروه، لزوم مشارکت در بحث‌ها و انجام تکلیف توضیح داد و سپس از اعضا درخواست کرد خود را معرفی کنند. درمانگر درباره تن‌انگاره توضیحاتی ارائه داد.
دوم و سوم	توضیح درباره تن‌انگاره	درمانگر درباره عوامل تأثیرگذار بر تن‌انگاره (مانند مقایسه‌های اجتماعی، ژنتیک، محیط، خانواده و...) توضیحاتی ارائه کرد. همچنین درباره نارضایتی از تن‌انگاره، تاریخچه و آمارهای مکتوب مطالبی عنوان کرد. از اعضای گروه خواسته شد آن‌ها نیز نظرات و تجربه‌های خود را درباره مطالب عنوان شده بیان کنند.
چهارم	آموزش تکنیک تمایز فکر از واقعیت	درمانگر به آموزش تکنیک تمایز فکر از واقعیت (رویداد (A)، باور (B) و پیامد (C)) پرداخت. از اعضای گروه نیز خواسته شد تجربیات خود را بیان کنند. سپس در چارچوب الگوی فوق تجربه‌های آن‌ها صورت‌بندی شد. به‌عنوان تکلیف خانگی اعضای گروه باید رویداد، باور و پیامد را درباره تجربیات خارج از جلسه انجام می‌دادند.
پنجم	آموزش حساسیت‌زدایی منظم	مرور تکلیف هفته گذشته انجام شد. تمرین ریلکسیشن (آرمیدگی)، یعنی اعضا در حالتی راحت قرار گرفتند، انجام شد. سپس با توجه به موقعیت‌هایی که مراجع از آسان به دشوار ردیف کرده بود، به انجام تمرین حساسیت‌زدایی منظم پرداخته و بر افکار و هیجانات ناشی از آن موقعیت‌ها تمرکز شد. پس از تمرین اعضا شروع به بحث درباره این تجربه کردند.
ششم و هفتم	توضیح درباره افکار خودآیند منفی	درمانگر درباره افکار خودآیند منفی و چرخه فکر، هیجان و رفتار توضیح داد. سپس از اعضا درخواست کرد تجربه‌های را که سبب شده بود در برابر خود ظاهر منفی داشته باشند، یادداشت کنند. هریک از اعضا تجربه خود را در گروه به اشتراک گذاشت و به کمک درمانگر شناسایی فرض‌های مشکل‌آفرین صورت گرفت. سپس جایگزین کردن فکر منطقی با مشارکت خود فرد و به کمک درمانگر انجام شد. تکلیف خانگی برای این جلسه عبارت بود از انجام این فرایند برای تجربیات خارج از جلسه و مکتوب کردن آن.
هشتم	توضیح خطاهای شناختی درباره تن‌انگاره	مرور تکلیف جلسه گذشته انجام شد. درمانگر به توضیح انواع تحریف‌ها درباره تن‌انگاره (مانند خوارشماری، ذهن‌خوانی، اغراق، تفکر دوقطبی و...) پرداخت. سپس از هریک از اعضای گروه خواسته شد موقعیت خاصی را مدنظر قرار دهند و نوع خطاهای شناختی را با توجه به مثال‌ها و توضیحات درمانگر مشخص کنند و در گروه به اشتراک بگذارند. آموزش مؤلفه‌های دیگر، یعنی چالش و تأثیرات آن با خطاهای شناختی توضیح داده شد. سپس تکلیف خانگی ارائه شد که انجام این فرایند بیرون از جلسه اعضا توسط اعضای گروه بود.
نهم	بررسی اجتناب‌ها و آیین‌های دل‌مشغولی	تکلیف هفته گذشته مرور شد. سپس به بررسی اجتناب‌ها و آیین‌های دل‌مشغولی مانند اجتناب از برخی موقعیت‌های اجتماعی پرداخته شد. درمانگر اعضای گروه را با توجه به اینکه هر کدام از آن‌ها نحوه اجتناب‌های خود را کشف کرده‌اند، تشویق کرد تا سلسله‌مراتب موفقیت برای مواجهه را ایجاد کنند. درمانگر براساس سلسله‌مراتب مواجهه، یادگیری مرحله هماهنگ کردن (آمادگی، عمل، مقابله و لذت) را آموزش داد.
دهم	ارائه دیدگاه مثبت درباره تن‌انگاره	اعضای گروه به بیان نقاط مثبت و اظهارنظرهای مثبت درباره ظاهر خود پرداختند. سپس اولویت‌بندی فعالیت‌های جسمانی براساس تسلط و لذت انجام شد. از اعضا خواسته شد براساس فهرست به‌عنوان تکلیف در یکی از اولویت‌ها و موقعیت‌های اجتماعی قرار بگیرند.
یازدهم و دوازدهم	آماده کردن گروه برای اتمام درمان	مرور تکلیف هفته پیش انجام شد و سپس بررسی موانع و مشکلات احتمالی صورت گرفت. همچنین راهبردهای جرئت‌ورزی در موقعیت‌های اجتماعی آموزش داده شد.
دوازدهم	جلسه پایانی و انجام پس‌آزمون	درمانگر به جمع‌بندی جلسات پرداخت. به سؤالات اعضای گروه پاسخ داده و پس‌آزمون انجام شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

پس از جمع‌آوری اطلاعات (نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون)، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ شده و برای تجزیه و تحلیل آن‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. از تحلیل‌های آمار توصیفی، برای توصیف شاخص‌های جمعیت‌شناختی نمونه استفاده شد. همچنین بعد از بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس و برآورده‌نشدن پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای دو متغیر سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا، از تحلیل کواریانس و آزمون t مستقل برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها

الف) توصیف جمعیت‌شناختی نمونه

تعداد ۳۰ زن با میانگین سنی ($SD=5/857$) $27/33$ در این پژوهش شرکت کردند. جوان‌ترین شرکت‌کننده ۱۸ سال و مسن‌ترین شرکت‌کننده ۴۱ سال داشت. ۱۲ نفر (۴۰ درصد) از شرکت‌کنندگان متأهل و ۱۸ نفر (۶۰ درصد) مجرد بودند. به لحاظ وضعیت شغلی، ۵ نفر (۱۶/۷ درصد) شاغل و ۲۵ نفر (۸۳/۳ درصد) بیکار بودند. همچنین ۳ نفر (۱۰ درصد) از شرکت‌کنندگان مدرک تحصیلی دیپلم، ۱۹ نفر (۶۳/۳ درصد) مدرک تحصیلی کارشناسی، ۷ نفر (۲۳/۳ درصد) مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و ۱ نفر (۳/۳ درصد) مدرک تحصیلی دکتری داشتند. براساس نوع اختلال خوردن، ۱۰ نفر (۳۳/۳ درصد) اختلال پراشتهایی عصبی، ۸ نفر (۲۶/۷ درصد) اختلال پرخوری، ۵ نفر (۱۶/۷ درصد) اختلال پراشتهایی عصبی (با فراوانی کم و/یا با مدت محدود)، ۳ نفر (۱۰ درصد) اختلال پرخوری (با فراوانی کم و/یا با مدت محدود) و ۴ نفر (۱۳/۳ درصد) اختلال خوردن نامشخص داشتند.

ب) توصیف شاخص‌ها

۱. آزمون‌های نرمال بودن داده‌ها

به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، درجه آزادی برای گروه کنترل و مداخله ۱۵ بوده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در تمام گروه‌ها و در تمام مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرض خلاف رد و فرض صفر تأیید می‌شود. یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد، توزیع داده‌ها نرمال است و این پیش‌فرض تأیید می‌شود.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن داده‌ها (n=۳۰)

گروه	مرحله	آماره کولموگروف- اسمیرنوف	سطح معناداری
پیش‌آزمون	رضایت از تن‌انگاره	۰/۱۵۶	۰/۲۰۰
	دشواری تنظیم هیجان	۰/۰۹۴	۰/۲۰۰
	دلبستگی ایمن	۰/۱۷۶	۰/۲۰۰
	دلبستگی اجتنابی	۰/۱۵۹	۰/۲۰۰
	دلبستگی دوسوگرا	۰/۱۷۲	۰/۲۰۰
مداخله	رضایت از تن‌انگاره	۰/۱۳۲	۰/۲۰۰
	دشواری تنظیم هیجان	۰/۱۶۷	۰/۲۰۰
	دلبستگی ایمن	۰/۱۴۹	۰/۲۰۰
	دلبستگی اجتنابی	۰/۱۹۱	۰/۱۴۶
	دلبستگی دوسوگرا	۰/۱۴۹	۰/۲۰۰
پیش‌آزمون	رضایت از تن‌انگاره	۰/۱۶۶	۰/۲۰۰
	دشواری تنظیم هیجان	۰/۱۷۸	۰/۲۰۰
	دلبستگی ایمن	۰/۱۵۷	۰/۲۰۰
	دلبستگی اجتنابی	۰/۱۴۴	۰/۲۰۰
	دلبستگی دوسوگرا	۰/۱۹۴	۰/۱۳۳
کنترل	رضایت از تن‌انگاره	۰/۱۴۵	۰/۲۰۰
	دشواری تنظیم هیجان	۰/۱۸۶	۰/۱۷۲
	دلبستگی ایمن	۰/۱۶۷	۰/۲۰۰
	دلبستگی اجتنابی	۰/۱۴۴	۰/۲۰۰
	دلبستگی دوسوگرا	۰/۱۹۸	۰/۱۱۸

۲. بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها

برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. در این آزمون، درجه آزادی متغیر مستقل ۱ و درجه آزادی در نمونه ۲۸ بود. سطح معناداری داده همه متغیرهای پژوهش هم در مرحله پیش‌آزمون و هم در مرحله پس‌آزمون $P > ۰/۰۵$ به دست آمد که این به معنای تأیید فرض صفر و همگن بودن واریانس‌ها در همه متغیرهاست.

۳. بررسی همگنی شیب خط رگرسیون

در جدول ۳ نتایج تحلیل همگن بودن شیب خط رگرسیون به عنوان مهم‌ترین پیش فرض انجام تحلیل کوواریانس آمده است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، سطح معناداری برای متغیرهای رضایت از تن‌انگاره، دشواری تنظیم هیجانی و سبک دلبستگی ایمن بیشتر از $۰/۰۵$ است؛ در نتیجه فرض خلاف رد و فرض صفر تأیید می‌شود؛ به عبارت دیگر پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای رضایت از تن‌انگاره، دشواری تنظیم هیجانی و سبک دلبستگی ایمن برقرار است، اما سطح معناداری برای متغیرهای

دل بستگی اجتنابی و دل بستگی دوسوگرا کمتر از ۰/۰۵ است؛ در نتیجه برای این دو متغیر فرض خلاف پذیرفته و فرض صفر رد می‌شود. پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار نیست.

جدول ۳. همگنی شیب خط رگرسیون متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع SS	df	میانگین SS	F	معناداری
رضایت از تن‌انگاره	۰/۹۴۵	۱	۰/۹۴۵	۰/۳۹۶	۰/۵۳۵
دشواری تنظیم هیجان	۳۹/۵۴۶	۱	۳۹/۵۴۶	۳/۷۴۸	۰/۰۶۴
دل بستگی ایمن	۰/۰۱۱	۱	۰/۰۱۱	۰/۰۱۶	۰/۸۹۹
دل بستگی اجتنابی	۱۱/۸۲۶	۱	۱۱/۸۲۶	۱۰/۰۵۲	۰/۰۰۴
دل بستگی دوسوگرا	۱۹/۱۳۷	۱	۱۹/۱۳۷	۱۵/۱۷۶	۰/۰۰۱

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، با توجه به برقرار بودن تمامی پیش فرض‌ها برای آزمون فرضیه‌های مرتبط با متغیرهای رضایت از تن‌انگاره، دشواری تنظیم هیجان و سبک دل بستگی ایمن از تحلیل کوواریانس استفاده شد. همچنین به دلیل رد شدن پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای سبک دل بستگی اجتنابی و سبک دل بستگی دوسوگرا، برای آزمون فرضیه‌های مرتبط با این دو متغیر، از آزمون t مستقل برای نمرات افتراقی استفاده شد.

ج) آزمون فرضیه‌های پژوهش

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیر رضایت از تن‌انگاره، در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس رضایت از تن‌انگاره

مجموع SS	df	میانگین SS	F	معناداری	مجذور (Eta)
۴۱۷۷/۶۷۹	۱	۴۱۷۷/۶۷۹	۱۷۹۰/۶۹۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۵
۱۵/۴۷۱	۱	۱۵/۴۷۱	۶/۶۳۲	۰/۰۱۶	۰/۱۹۷
۶۲/۹۸۷	۲۷	۲/۳۳۳			

بر اساس یافته‌های جدول ۴ می‌توان نتیجه گرفت، مداخله بر متغیر رضایت از تن‌انگاره اثر معناداری ایجاد کرده است. مقدار F برابر با ۶/۶۳۲ به دست آمد. بر این اساس فرض صفر رد شده و فرض خلاف پذیرفته می‌شود. مداخله نیز بر متغیر اثر بهبودبخش داشته است و فرضیه اول پژوهش حاضر تأیید می‌شود. همچنین با توجه به اندازه اثر می‌توان نتیجه گرفت، ۱۹ درصد تغییرات ناشی از مداخله بوده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس دشواری تنظیم هیجان در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس دشواری تنظیم هیجان

مجموع SS	df	میانگین SS	F	معناداری	مجذور (Eta)	
۵۸۷۰/۷۶۸	۱	۵۸۷۰/۷۶۸	۵۰۴/۹۷۴	۰/۰۰۱	۰/۹۴۹	پیش‌آزمون دشواری تنظیم هیجان
۶۶۷/۵۹۱	۱	۶۶۷/۵۹۱	۵۷/۴۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸۰	گروه
۳۱۳/۸۹۹	۲۷	۱۱/۶۲۶				خطا

با توجه به اطلاعات موجود در جدول فوق و اندازه معناداری و مقدار $F=۵۷/۴۲۳$ ، فرضیه صفر رد شده و فرض خلاف پذیرفته می‌شود. به عبارت دیگر مداخله بر روی متغیر دشواری تنظیم هیجان اثر بهبودبخش داشته است و فرضیه دوم نیز تأیید می‌شود. با توجه به مجذور آتا مشاهده می‌شود ۶۸ درصد تغییرات ناشی از مداخله بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس برای سبک دلبستگی ایمن در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس سبک دلبستگی ایمن

مجموع SS	df	میانگین SS	F	معناداری	مجذور (Eta)	
۱۸/۶۷۷	۱	۱۸/۶۷۷	۳۰۱/۰۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۱۸	پیش‌آزمون سبک دلبستگی ایمن
۳/۹۱۸	۱	۳/۹۱۸	۶/۲۵۰	۰/۰۱۹	۰/۱۸۸	گروه
۱۶/۹۲۳	۲۷	۰/۶۲۷				خطا

با توجه به اطلاعات جدول ۶، سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ است. همچنین مقدار F برابر ۶/۲۵۰ به دست آمد؛ در نتیجه فرض صفر رد و فرض خلاف پذیرفته می‌شود. به عبارت دیگر مداخله بر متغیر دلبستگی ایمن اثر معنادار داشته است. با توجه به اندازه اثر می‌توان نتیجه گرفت ۱۸ درصد تغییرات ناشی از مداخله بوده است. همان‌طور که اشاره شد، برای تحلیل متغیرهای سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا، از آزمون t مستقل برای نمرات افتراقی استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های ۷ و ۸ آمده است.

جدول ۷. آزمون t مستقل تفاضل نمرات سبک دلبستگی اجتنابی

آزمون لوین	آزمون t مستقل	برابری میانگین‌ها برای آزمون t	فاصله اطمینان ۹۵ درصد تفاوت‌ها
F	t	میانگین	پایین
معناداری	df	انحراف معیار	بالا
۰/۰۰۱	۲۸	۱/۷۳۳	۲/۸۱۶
۳/۲۷۲	۱۴	۱/۷۳۳	۲/۸۷۰
۰/۰۰۳		۰/۵۳۰	۰/۶۴۸
۰/۰۰۶		۰/۵۳۰	۰/۵۹۷

در جدول ۷، با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون t کوچک‌تر از ۰/۰۵ است؛ در نتیجه فرض صفر رد و فرض خلاف پذیرفته می‌شود. مقدار t در این تحلیل ۳/۲۷۲ به دست آمد. به عبارت دیگر از جدول ۷ می‌توان نتیجه گرفت، بین میانگین تفاضل نمرات گروه مداخله و کنترل تفاوت وجود دارد و مداخله اثربخش بوده است.

جدول ۸. آزمون t مستقل تفاضل نمرات سبک دلبستگی دوسوگرا

فاصله اطمینان ۹۵ درصد تفاوت‌ها		برابری میانگین‌ها برای آزمون t		آزمون t مستقل		آزمون لوین	
بالا	پایین	انحراف معیار	میانگین	معناداری	df	t	معناداری
۳/۶۷	۱/۴۰	۰/۵۵۴	۲/۵۳۳	۰/۰۰۱	۲۸	۴/۵۷۰	۰/۰۰۱
۳/۷۱	۱/۳۵	۰/۵۵۴	۲/۵۳۳	۰/۰۰۱	۱۵/۳۳۰	۴/۵۷۰	۱۳/۹۱۵

در جدول ۸، مقدار t برابر با ۴/۵۷۰ است. با توجه به سطح معناداری آزمون t مستقل فرض صفر رد و فرض خلاف پذیرفته می‌شود؛ به این معنا که مداخله اثر معناداری بر سبک دلبستگی دوسوگرا داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر تن‌انگاره، سبک‌های دلبستگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال خوردن است. جامعه پژوهش حاضر همه بیماران مبتلا به اختلال خوردن هستند که در سال ۱۳۹۸ به مراکز رژیم‌درمانی، مراکز روان‌پزشکی و باشگاه‌های بدن‌سازی و ایروبیک در مناطق ۱، ۳، ۶ و ۲۱ شهر تهران مراجعه کرده بودند. نتایج پژوهش نشان می‌دهد، گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر تن‌انگاره، سبک‌های دلبستگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال خوردن تأثیر دارد.

با توجه به یافته‌های موجود در جدول ۴، مقدار F در تحلیل کوواریانس برابر با ۶/۶۳۲ و سطح معناداری $(P=۰/۰۱۶)$ کوچک‌تر از ۰/۰۵ به دست آمد؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید شد. همچنین با توجه به پایین بودن میانگین نمرات پس‌آزمون در مقایسه با میانگین نمرات پیش‌آزمون می‌توان نتیجه گرفت، گروه‌درمانی شناختی- رفتاری سبب بهبود تن‌انگاره در زنان مبتلا به اختلال خوردن شده است. با توجه به اندازه اثر می‌توان نتیجه گرفت، ۱۹ درصد تغییرات ناشی از مداخله بوده است. یافته‌های این پژوهش همسو یا یافته‌های عبدالطیف و همکاران (۲۰۱۷) و باتنگار، ویسنیفسکی، سولومون و هاینبرگ (۲۰۱۳) بود که نشان می‌دهند گروه‌درمانی شناختی- رفتاری سبب افزایش رضایت از تن‌انگاره در زنان مبتلا به اختلال خوردن می‌شود. همچنین یافته‌های پژوهش پورفرهانی، زمانی‌نیا، آراین مقدم و آقامحمدیان شعرباف (۱۳۹۷)، دهنی و رادسپهر (۱۳۹۶)، فرحزادی، مداحی و خلعتبری (۱۳۹۶) نشان می‌دهند گروه‌درمانی شناختی- رفتاری سبب بهبود رضایت از تن‌انگاره در زنان می‌شود که مطابق با یافته‌های این پژوهش هستند.

در تبیین یافته‌های پژوهش باید گفت نارضایتی از تن‌انگاره سازه‌ای پیچیده از تصاویر ذهنی درباره شکل، اندازه، وزن و ظاهر بدن و احساسات مرتبط با آن‌هاست. براساس مدل شناختی- رفتاری، باورها و نگرش‌های افراد می‌توانند در شکل‌گیری نارضایتی از تن‌انگاره تأثیر داشته باشند. دو مؤلفه اصلی نگرش‌های مرتبط با تن‌انگاره عبارت‌اند از ارزیابی و ارزش‌گذاری. ارزش‌گذاری به اهمیت ذهنی اشاره دارد که افراد برای

ظاهرشان قائل هستند. ارزیابی به باورهای مثبت و منفی افراد و همچنین ارزیابی آن‌ها درباره‌ی ظاهرشان مربوط می‌شود. زمانی که خصوصیات ظاهری واقعی فرد با ایده‌آل‌ها و ارزش‌گذاری‌های وی فاصله‌ی زیادی داشته باشد، ارزیابی منفی از تن‌انگاره شکل می‌گیرد. همچنین نگرش‌های مرتبط با شکل، ظاهر و وزن بر فرایند کسب اطلاعات درباره‌ی تن‌انگاره اثر می‌گذارند. از سوی دیگر خشکاندیشی‌هایی که در این نگرش‌ها وجود دارد، موجب توجه انتخابی می‌شود که در نهایت در فرایند پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد. این فرایند توجه انتخابی به افزایش هیجان‌های منفی درباره‌ی تن‌انگاره منجر می‌شود. رفتارهای ناسالم نیز با هدف کاهش هیجان‌های منفی از قبیل رفتارهایی مانند واری کردن بدن، جست‌وجوهای اطمینان‌بخش، آرایش، اجتناب از روابط اجتماعی و... صورت می‌گیرد (کش و اسمولاک، ۲۰۱۱). در جریان گروه‌درمانی، خطاهای شناختی مانند اغراق در ویژگی‌های ظاهری، تفکر همه یا هیچ، ذهن‌خوانی و فیلتر منفی شناسایی و سعی شد با تمرین و تکنیک‌های شناختی با آن‌ها چالش شود. همچنین یکی از علل احتمالی کاهش اجتناب از تعاملات اجتماعی به دلیل نارضایتی از تن‌انگاره، انجام درمان به صورت گروهی و تعاملات بین‌فردی در گروه و اشتراک تجربه‌های مشابه اعضا بود که سبب شد شرکت‌کنندگان در پژوهش دریابند تنها آن‌ها با این مشکل مواجه نیستند و افراد دیگری نیز به آن‌ها شباهت دارند.

با توجه به سطح معناداری موجود در جدول ۵ ($P < 0.05$) و مقدار $F = 57/423$ ، می‌توان نتیجه گرفت، فرضیه‌ی دوم پژوهش نیز تأیید شده است. به عبارت دیگر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری سبب بهبود تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال خوردن شده است. با توجه به مجذور اتا مشاهده می‌شود، ۶۸ درصد تغییرات ناشی از مداخله بوده است. این یافته مطابق با یافته پژوهش‌های کاظم‌پور، ابراهیمی، اصغری جعفرآبادی، نورآذر و زمانی (۲۰۱۸)، افضل‌نژاد و گرگانی‌نژاد (۱۳۹۶)، شوشتری، رضایی و طاهری (۱۳۹۵) بود که دریابند گروه‌درمانی شناختی- رفتاری می‌تواند دشواری تنظیم هیجانی در افراد گروه‌های مختلف را کاهش دهد و به افراد کمک کند تا هیجان‌های خود را بهتر کنترل کنند. همچنین یافته‌های باتلر و همکاران (۲۰۱۸) نشان می‌دهد، گروه‌درمانی شناختی- رفتاری سبب افزایش وضوح و شفافیت هیجان‌ها در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود که یکی از مؤلفه‌های تنظیم هیجانی است.

برای تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت یکی از عوامل مؤثر در بدتنظیمی هیجانی زنان دارای اختلال خوردن، مشکل آن‌ها در ادراک صحیح تن‌انگاره است. زمانی که فرد بین اندام ایده‌آل و آنچه از بدن خود ادراک می‌کند، ناهماهنگی مشاهده کند، ممکن است دچار مشکلات هیجانی شود. درمانگر در گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، پیامدهای تفکر منفی درباره‌ی بدن و ظاهر را به افراد شرکت‌کننده در پژوهش نشان داد و سعی کرد کانون توجه زنان شرکت‌کننده را به تن‌انگاره خود تغییر دهد. همچنین با آموزش چگونگی برقراری آرامش در موقعیت‌های فردی و اجتماعی سبب شد تا این زنان آگاهی و شفافیت بیشتری از هیجان‌ها و شرایط خود و به‌طور کلی احساسات و برداشت‌های مثبتی از خود و جامعه داشته باشند. همچنین طی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، اعضای پژوهش یاد گرفتند شناخت‌ها، هیجان‌ها و واکنش‌های خود را در برابر حالات هیجانی و ارتباط با جامعه ارتقا دهند و با مدنظر قراردادن نیمه‌ی پر لیوان و ارزیابی

واقع‌بینانه و مثبت از بدن و ظاهر خود، تحمل و انعطاف‌پذیری خودشان را در برابر چالش‌های فردی و اجتماعی افزایش دهند.

در بسیاری از موارد، باورهای ناکارآمد افراد سبب شکل‌گیری هیجان منفی و بروز مشکلات هیجانی می‌شود. در گروه‌درمانی شناختی- رفتاری اعضای گروه فعال هستند؛ زیرا نقشی را که در ایجاد و تداوم مشکلات دارند، می‌پذیرند؛ بنابراین از طریق ایفای نقش، تقویت و ارائهٔ پس‌خوراند و همچنین ارائهٔ تمرین‌های مناسب می‌توان به افراد کمک کرد تا اهداف اشتباه و باورهای ناکارآمد خود را تشخیص دهند و آن‌ها را به چالش بکشند و اصلاح کنند. کشف و اصلاح افکار منفی و باورهای غیرمنطقی زنان شرکت‌کننده در گروه دربارهٔ تن‌انگاره و اصلاح این فرض که آنان برای تأیید شدن از سوی دیگران حتماً باید از لحاظ ظاهری و جسمی ویژگی‌های خاصی داشته باشند و همچنین کاهش خودسرزنشگری در آنان، سبب کاهش مشکلات هیجانی در اعضای پژوهش شد.

با توجه به اطلاعات جدول‌های ۶، ۷ و ۸ و سطوح معناداری و آماره برای متغیرهای سبک دلبستگی ایمن ($F=۶/۲۵۰$ و $P=۰/۰۱۹$)، سبک دلبستگی اجتنابی ($t=۲۷۲/۳$ و $P=۰/۰۰۶$) و سبک دلبستگی دوسوگرا ($t=۴/۵۷۰$ و $P=۰/۰۰۱$) می‌توان نتیجه گرفت، گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر سبک دلبستگی افراد مبتلا به اختلال خوردن تأثیر معناداری داشته است و فرضیهٔ سوم پژوهش نیز تأیید می‌شود. این نتیجه با نتایج یافته‌های استادی، بادله و محسنی بیرجندی (۱۳۹۳) همسویی دارد که نشان می‌دهند گروه‌درمانی شناختی- رفتاری می‌تواند در تغییر سبک‌های دلبستگی، میزان وابستگی، اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد زوجین مؤثر باشد. همچنین براساس یافته‌های تبعه امامی، نوری، ملک‌پور و عابدی (۱۳۹۰) آموزش شناختی- رفتاری سبب بهبود رفتار مادرانه و بهبود دلبستگی ایمن می‌شود. منجم و آقاییوسفی (۱۳۹۴) نیز نشان دادند، روان‌درمانی گروهی می‌تواند بر سبک‌های دلبستگی ایمن و نایمن در افراد معتاد تأثیرگذار باشد. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش موسوی، احقر و اسدزاده (۱۳۹۰) نیز همسو بود که نشان دادند گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر بهبود سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان تأثیرگذار است.

برای تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، به‌طورکلی درمان مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری، یکی از کارآمدترین شیوه‌های درمانی برای درمان اختلال‌های دلبستگی، اختلال‌های شخصیتی و اضطراب جدایی است (هولمز، نیبور، تاریر، شلوود و بولسوور^۱، ۲۰۰۲ به نقل از موسوی، احقر و اسدزاده، ۱۳۹۰). سبک دلبستگی نایمن، به‌دلیل وجود نگرش‌های منفی و نامطمئن و وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مقایسه با مراقبت‌کنندهٔ اولیه، به‌دلیل نحوهٔ رفتار وی در دوران طفولیت شکل می‌گیرد.

کودک دارای دلبستگی نایمن، مدام نگران است از سوی فردی که به او دل‌بسته شده (چهرهٔ دلبستگی) طرد و رها شود. او این ترس و نگرانی را در خویش ثبت کرده و در بزرگسالی نیز در تعامل با دیگران از آن استفاده می‌کند. وی همهٔ افراد را مانند چهرهٔ دلبستگی‌اش غیرقابل اطمینان می‌داند و نمی‌تواند به آن‌ها

1. Holmes, Neighbor, Tarrrier, Hmshelwood & Bolsover

اعتماد کند؛ براین اساس یا به دیگران وابسته می‌شود، یا از آن‌ها اجتناب می‌کند و دیگران را مزخرف و خود را ناتوان، تنها و قربانی می‌داند. این باورها، همان باورهای ناکارآمدی هستند که در نظریه شناختی بک (بک^۱)، ۱۹۷۹ به نقل از موسوی، احقر و اسدزاده، (۱۳۹۰) مطرح شده‌اند و از وجود افکار غیرمنطقی خبر می‌دهند که شخص مدام با خود تکرار می‌کند. این باورها سبب تثبیت و قدرت‌یافتن سبک دلبستگی نایمن در فرد می‌شوند (موسوی، احقر و اسدزاده، ۱۳۹۰).

تغییر سبک‌های دلبستگی ناشی از کاهش میزان نگرش‌های ناکارآمد افراد است. این نگرش‌ها برگرفته از طرح‌واره‌های افراد است. اگر افراد بتوانند نگرش‌های ناکارآمد را براساس آموزش‌های شناختی-رفتاری تغییر دهند و این تغییر را در طول زندگی حفظ کنند، تعدیل و تغییر طرح‌واره‌های ناسازگارانه در آن‌ها صورت خواهد گرفت (استادی، بادله و محسنی بیرجندی، ۱۳۹۳). گفتنی است درمان شناختی-رفتاری سبب اصلاح باورهای غیرمنطقی، نگرش‌های ناکارآمد و خطاهای شناختی می‌شود. همچنین باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد ارتباط دوطرفه‌ای با سبک دلبستگی نایمن دارند؛ از این رو می‌توان انتظار داشت درمان شناختی-رفتاری سبب بهبود سبک دلبستگی نایمن در افراد شود.

گروه‌درمانی شناختی-رفتاری با شناسایی و اصلاح افکار منفی و نگرش‌های ناکارآمد، توانمندتر کردن زنان در ابعاد ذهنی و افزایش انعطاف‌پذیری آن‌ها در برابر چالش‌ها و مشکلات فردی، سبب بهبود سه مؤلفه تن‌انگاره، سبک‌های دلبستگی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به اختلال خوردن شد. از تعاملات افراد در گروه هم می‌توان به‌عنوان عاملی مؤثر در بهبود تن‌انگاره و تنظیم هیجان نام برد. یافته‌های این پژوهش هم‌راستا با پژوهش‌های مشابه و نشان‌دهنده اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر سه مؤلفه عنوان‌شده در بالا در زنان دارای اختلال خوردن بود.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: تک‌جنسیتی بودن نمونه حاضر به دلیل شیوع پایین اختلالات خوردن در مردان، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس که امکان دارد معرف بودن نمونه انتخاب‌شده را با تشکیک مواجه کند، محدودیت سنی و جغرافیایی که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌های تحقیق را محدود کند و شیوع ویروس کرونا که امکان مطالعات پیگیری را از محقق سلب کرد. پیشنهاد می‌شود با انجام این پژوهش درباره گروه‌های دارای مرد و همچنین گروه‌های دارای سنین مختلف، استفاده از نمونه‌گیری تصادفی و همچنین مطالعات پیگیری، تا حد امکان محدودیت‌های پژوهش حاضر برطرف شود.

ملاحظات اخلاقی

افراد مبتلا به اختلال خوردن با رضایت کامل وارد پژوهش شدند و فرم رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند. گروه نمونه می‌توانستند در هر مرحله‌ای از پژوهش، تحقیق را ترک کنند. مداخله را نویسنده اول انجام داد که اجراکننده اصلی پژوهش بود. برای کسب صلاحیت نیز علاوه بر مطالعه منابع متعدد، دوره جامع درمان

صدساعته شناختی- رفتاری گذرانده شد. پس از پایان پژوهش، گروه‌درمانی شناختی- رفتاری روی اعضای گروه کنترل که تمایل داشتند انجام شد. پژوهش فوق در سایت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20190911044746N1 ثبت شده است. طرح این پژوهش به کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علامه طباطبائی ارسال و پس از طی مراحل داوری با کد اخلاق IR.ATU.REC.1398.003 در این کمیته ثبت شد.

تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزانی که در فرایند نمونه‌گیری کمک کردند و همچنین از اعضای گروه نمونه برای شرکت در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- اسدی گندمانی، ر.، و تیمورزاده، ل. (۱۳۹۳). بررسی رابطه عزت‌نفس و افسردگی با رضایت از تن‌انگاره در دانش‌آموزان نوجوان دختر. *آینده‌پژوهی مدیریت (پژوهش‌های مدیریت)*. ۲۵(۱۰۰)، ۱۳-۲۱.
- افضلی‌نژاد، ن.، و گرگانی‌نژاد، م. (۱۳۹۶). تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر سلامت روان و راهبردهای تنظیم هیجان در خانواده بیماران دوقطبی. *ششمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران*. آبان ۱۳۹۶، تهران، ایران. بشارت، م. ع. (۱۳۹۷). مقیاس دشواری تنظیم هیجان. *فصلنامه علمی پژوهشی اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۳(۴۷)، ۸۹-۹۲.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۵). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: روش اجرا و نمره گذاری. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*. ۱۳(۵۰)، ۲۲۱-۲۲۳.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۲). مقیاس دلبستگی بزرگسال: پرسشنامه، شیوه اجرا و کلید نمره‌گذاری (نسخه فارسی). *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*. ۹(۳۵)، ۳۲۰-۳۱۷.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). *فصلنامه دانشور رفتار*. ۱۳(۱۶)، ۱-۱۶.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). *هنجاریابی مقیاس دلبستگی بزرگسال*. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- دهنی، ع.، و رادسپهر، ح. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر نگرانی از تصویر بدن و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک. *پوست و زیبایی*. ۱(۳)، ۱۵۵-۱۴۶.
- پورفراهانی، م.، زمانی‌نیا، ف.، آرین‌مقدم، ز.، و آقامحمدیان شهرباف، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری هشت مرحله‌ای بر تن‌پنداره و تعهد زناشویی. *دو فصلنامه آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*. ۱(۱)، ۶۳-۷۶.
- فرحزادی، م.، مداحی، م.، ا.، و خلعتبری، ج. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر

- بدنی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان‌شناسی). ۷(۲)، ۸۹-۶۹.
- منجم، ع.، و آقاوسی، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی گروهی تحلیل رفتار متقابل بر عقاید وسوسه‌انگیز و سبک‌های دلبستگی و نظم‌جویی شناختی در معنادین در حال ترک. فصلنامه علمی و پژوهشی اعتیادپژوهی، ۳۴(۹)، ۱۲۳-۱۴۴.
- استادی، ن.، بادله، م.، و محسنی بیرجندی، ر. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری گروهی بر دلبستگی، نگرش‌های ناکارآمد و میزان سازگاری زناشویی افراد متأهل. نشریه اصول بهداشت روانی، ۱۶(۶۲)، ۱۶۱-۱۵۰.
- تبعه امامی، ش.، نوری، ا.، ملک پور، م.، و عابدی، ا. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری مادران بر تغییر رفتار مادرانه و دلبستگی نایمن کودک. روانشناسی بالینی، ۳(۳)، ۱۶-۷.
- شمس‌الدین سعید، ن.، عزیززاده فروزی، م.، محمدعلی‌زاده، س.، حق‌دوست، ع. ا.، و گروسی، ب. (۱۳۸۸). ارتباط تصویر ذهنی از بدن با اختلالات خوردن. پژوهش پرستاری، ۴(۱۵)، ۴۳-۳۳.
- شوشتری، آ.، رضایی، ع. م.، و طاهری، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر تنظیم هیجانی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان مطلقه. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۸(۶)، ۳۲۸-۳۲۱.
- موسوی، ز.، احقر، ق.، و اسدزاده، ح. (۱۳۹۰). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر روی‌آورد شناختی-رفتاری در تغییر سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۱۸(۲۹)، ۵۴-۴۵.
- طاهری تربتی، ح. ر.، بلقان‌آبادی، م.، و قدوسی‌تبار، م. (۱۳۹۲). بررسی اولیه مشخصه‌های روان‌سنجی مقیاس رضایت از تصویر تن. مجله علمی-پژوهشی تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۶)، ۵۳۱-۵۲۲.

References

- Abdelatif, A., Sabry, N. A., El Shinnawy, H. A., Hassan, S. A., & Fakhher, W. (2017). Cognitive behavioral group therapy on a sample of obese female patients with binge-eating disorder: Egyptian study. *Middle East Current Psychiatry*, 24(4), 187-190.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-Fifth edition (DSM-5)*. United States: American Psychiatric Publishing.
- Becker, D. F., & Grilo, C. M. (2015). Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder: associations with personality disorder and eating disorder pathology. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(2), 159-164.
- Bhatnagar, K. A., Wisniewski, L., Solomon, M., & Heinberg, L. (2013). Effectiveness and feasibility of a cognitive-behavioral group intervention for body image disturbance in women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 1-13.
- Borjali, A., Sohrabi, F., & Farrokhi, N. A. F. (2015). The role of emotion regulation difficulties as a mediator of the relationship between body image disturbance and disordered eating behavior. *International Journal of Pediatrics*, 3(1 & 2), 23-32.
- Brandt, H. A., & Crawford, S. F. (2019). Eating disorders 2018: New insights in

- diagnosis, research, and treatment. *Psychiatric Clinics*. 42(1), 13-15.
- Brietzke, E., Moreira, C. L., Toniolo, R. A., & Lafer, B. (2011). Clinical correlates of eating disorder comorbidity in women with bipolar disorder type I. *Journal of Affective Disorders*. 130(1-2), 162-165.
- Brosf, L. C., Calebs, B. J., & Levinson, C. A. (2019). Ethnic variance between Asian and European American women in a six month prospective model of eating disorder and social anxiety symptom comorbidity. *Eating Disorders*. 27(2), 110-122.
- Butler, R. M., Boden, M. T., Olino, T. M., Morrison, A. S., Goldin, P. R., Gross, J. J., & Heimberg, R. G. (2018). Emotional clarity and attention to emotions in cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 55, 31-38.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Cherkasskaya, E., & Rosario, M. (2017). A model of female sexual desire: Internalized working models of parent-child relationships and sexual body self-representations. *Archives of Sexual Behavior*. 46(8), 2429-2444.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 166(12), 1342-1346.
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2019). Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *International Journal of Eating Disorders*. 52(9), 1042-1046.
- De Paoli, T., Fuller-Tyszkiewicz, M., Halliwell, E., Puccio, F., & Krug, I. (2017). Social rank and rejection sensitivity as mediators of the relationship between insecure attachment and disordered eating. *European Eating Disorders Review*. 25(6), 469-478.
- Donofry, S. D., Roecklein, K. A., Wildes, J. E., Miller, M. A., & Erickson, K. I. (2016). Alterations in emotion generation and regulation neurocircuitry in depression and eating disorders: A comparative review of structural and functional neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 68(91), 911-927.
- Ghaderi, A., Odeberg, J., Gustafsson, S., Råstam, M., Brolund, A., Pettersson, A., & Parling, T. (2018). Psychological, pharmacological, and combined treatments for binge eating disorder: a systematic review and meta-analysis. *Peer Journal*. 6, e5113.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 26(1), 41-54.
- Grenon, R., Tasca, G. A., Maxwell, H., Balfour, L., Proulx, G., & Bissada, H. (2016). Parental bonds and body dissatisfaction in a clinical sample: The mediating roles of

- attachment anxiety and media internalization. *Body Image*. 19, 49-56.
- Grilo, C., White, M., Gueorguieva, R., Wilson, G., & Masheb, R. (2013). Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychological Medicine*. 43(6), 1335-1344.
- Gromel, K., Sargent, R. G., Watkins, J. A., Shoob, H. D., DiGiacchino, R. F., & Malin, A. S. (2000). Measurements of body image in clinical weight loss participants with and without binge-eating traits. *Eating Behaviors*. 1(2), 191-202.
- Howells, L. (2018). *Cognitive behavioral therapy for adolescents and young adults: An emotion regulation approach*. New York: Routledge Press.
- Johnston, J., Shu, C. Y., Hoiles, K. J., Clarke, P. J., Watson, H. J., Dunlop, P. D., & Egan, S. J. (2018). Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eating Behaviors*. 30, 55-60.
- Kazempour, V., Ebrahimi, H., Asghari Jafarabadi, M., Nourazar, S. G., & Zamani, H. (2018). The effect of group cognitive behavioral therapy on cognitive emotion regulation strategies of adolescents with bipolar disorder during their euthymic phase: A single-blind, randomized controlled trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 20(S1), e61555.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*. 29(6), 340-345.
- Lavell, C. H., Webb, H. J., Zimmer-Gembeck, M. J., & Farrell, L. J. (2018). A prospective study of adolescents' body dysmorphic symptoms: Peer victimization and the direct and protective roles of emotion regulation and mindfulness. *Body Image*. 24, 17-25.
- Levinson, C. A., Brosos, L. C., Vanzhula, I., Christian, C., Jones, P., Rodebaugh, T. L., ..., & Fernandez, K. C. (2018). Social anxiety and eating disorder comorbidity and underlying vulnerabilities: Using network analysis to conceptualize comorbidity. *International Journal of Eating Disorders*. 51(7), 693-709.
- Lim, S. A., & You, S. (2017). Effects of self-esteem and depression on abnormal eating behavior among Korean female college students: Mediating role of body dissatisfaction. *Journal of Child and Family Studies*. 26(1), 176-182.
- Mallorquí-Bagué, N., Vintró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., ..., & Fernández-Aranda, F. (2018). Emotion regulation as a transdiagnostic feature among eating disorders: Cross-sectional and longitudinal approach. *European Eating Disorders Review*. 26(1), 53-61.
- McElroy, S. L., Crow, S., Blom, T. J., Biernacka, J. M., Winham, S. J., Geske, J., ..., & Frye M. A. (2016). Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 191, 216-221.
- McLean, S. A., & Paxton, S. J. (2019). Body image in the context of eating disorders. *Psychiatric Clinics*. 42(1), 145-156.
- Mendes, A. L., Ferreira, C., & Marta-Simões, J. (2017). Experiential avoidance versus

- decentering abilities :The role of different emotional processes on disordered eating. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 22(3), 467-474.
- Mitchison, D., Hay, P., Griffiths, S., Murray, S. B., Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., ..., & Mond, J. (2017). Disentangling body image: The relative associations of overvaluation, dissatisfaction, and preoccupation with psychological distress and eating disorder behaviors in male and female adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 50(2), 118-126.
- Mohajerin, B., Bakhtiyar, M., Olesnycky, O. S., Dolatshahi, B., & Motabi, F. (2019). Application of a transdiagnostic treatment for emotional disorders to body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 245, 637-644.
- Monteleone, A. M., Cardi, V., Volpe, U., Fico, G., Ruzzi, V., Pellegrino, F., ..., & Maj, M. (2018). Attachment and motivational systems: Relevance of sensitivity to punishment for eating disorder psychopathology. *Psychiatry Research*. 260, 353-359.
- Monteleone, A. M., Castellini, G., Ricca, V., Volpe, U., De Riso, F., Nigro, M., ..., & Maj, M. (2017). Embodiment mediates the relationship between avoidant attachment and eating disorder psychopathology. *European Eating Disorders Review*. 25(6), 461-468.
- Monteleone, A. M., Castellini, G., Volpe, U., Nigro, M., Zamponi, F., Ricca, V., ..., & Monteleone, P. (2017). The disorder of lived corporeality: a possible link between attachment style and eating disorder psychopathology. *European Psychiatry*. 41(S1), 557-558.
- Pepping, C. A., O'Donovan, A., Zimmer-Gembeck, M. J., & Hanisch, M. (2015). Individual differences in attachment and eating pathology: The mediating role of mindfulness. *Personality and Individual Differences*. 75, 24-29.
- Pisetsky, E. M., Peterson, C. B., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Le Grange, D., ..., & Crow, S. J. (2017). A comparison of the frequency of familial suicide attempts across eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*. 50(6), 707-710.
- Powell, E., Wang-Hall, J., Bannister, J. A., Colera, E., & Lopez, F. G. (2018). Attachment security and social comparisons as predictors of Pinterest users' body image concerns. *Computers in Human Behavior*. 83, 221-229.
- Ruscitti, C., Rufino, K., Goodwin, N., & Wagner, R. (2016). Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 3, 3.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry* (12th ed.). New York:Wolters Kluwer.
- Shu, C. Y., Watson, H. J., Anderson, R. A., Wade, T. D., Kane, R. T., & Egan, S. J. (2019). A randomized controlled trial of unguided internet cognitive behaviour therapy for perfectionism in adolescents: Impact on risk for eating disorders.

- Behaviour Research and Therapy*. 120,103429.
- Signorini, R., Sheffield, J., Rhodes, N., Fleming, C., & Ward, W. (2018). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy (CBT-E): A naturalistic study within an out-patient eating disorder service. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 46(1), 21-34.
- Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: A research update. *Current Opinion in Psychology*. 25, 59-64.
- Van Durme, K., Braet, C., & Goossens, L. (2015). Insecure attachment and eating pathology in early adolescence: role of emotion regulation. *The Journal of Early Adolescence*. 35(1), 54-78.
- Vollert, B., Beintner, I., Musiat, P., Gordon, G., Görlich, D., Nacke, B., ..., & Jacobi, C. (2019). Using internet-based self-help to bridge waiting time for face-to-face outpatient treatment for bulimia nervosa, binge eating disorder and related disorders: Study protocol of a randomized controlled trial. *Internet Interventions*. 16, 26-34.
- Wade, S., Byrne, S., & Allen, K. (2017). Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting. *International Journal of Eating Disorders*. 50(8), 863-872.