

**دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی**

**گروه روانشناسی**

**پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی**

**عنوان**

**رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری‌بدنی**

**استاد راهنما**

**دکتر تورج هاشمی**

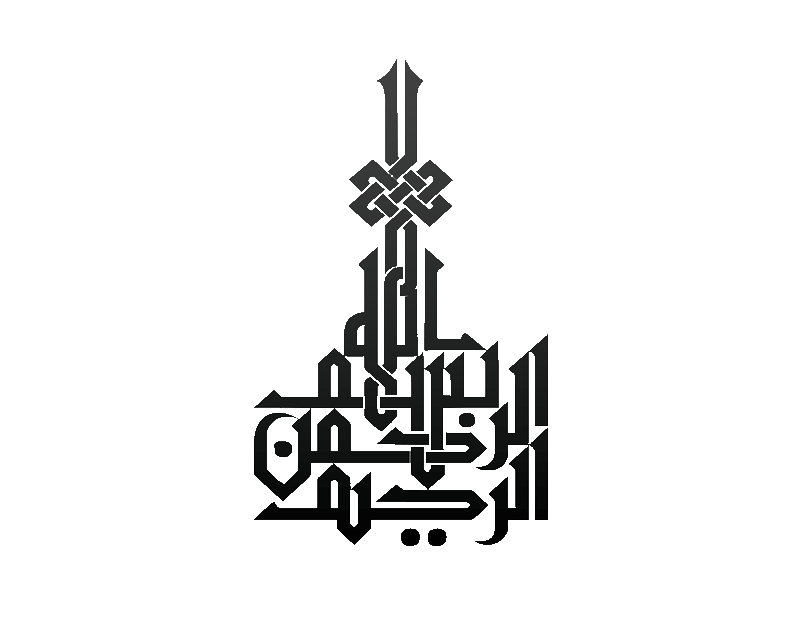
**استاد مشاور**

**دکتر نعیمه ماشینچی عباسی**

**پژوهشگر**

**هاله زارع**

**بهار1404**



تقديم به:

سپاس ایزد منان که به من این فرصت را داد تا به این مرحله از علم رسیده و از هیچ محبتی دریغ نکرد ودر تمام مراحل زندگیم مرا قوت قلب بود.

محضرارزشمند **پدر و مادر عزیزم** به خاطر همه ی تلاش های محبت آمیزی که در دوران مختلف زندگی ام انجام داده اند و با مهربانی چگونه زیستن را به من آموخته اند.

سپاسگزاري:

سپاس مخصوص خداوند مهربان که به انسان توانایی و دانایی بخشید تا به بندگانش شفقت ورزد، مهربانی کند و در حل مشکلاتشان یاری‌شان نماید. از راحت خویش بگذرد و آسایش همنوعان را مقدم دارد، سپاس ایزدمان که به من این فرصت را داد تا به این مرحله از علم رسیده و از هیچ محبتی دریغ نکرد ودرتمام مراحل زندگی‌ام مرا قوت قلب بود.

شایسته است از زحمات و راهنمائيهاي دلسوزانه استاد فرزانه ام جناب **آقاي دكتر تورج هاشمی** که پا به پای من در تمامی مراحل پایان نامه از هیچ تلاشی دریغ نکردند و با راهنماییهای کارساز و سازنده، مرا یاری نمودند، کمال تشکر را داشته باشم. همچنین از زحمات سرکار خانم **دکتر نعیمه ماشینچی عباسی** به عنوان استاد مشاور که صبورانه من را در مراحل این پژوهش راهنمایی نمودند، کمال سپاس را دارم.

همچنين از راهنمائيهاي ساير اساتيد محترم گروه روانشناسی دانشگاه تبریز سپاسگزاري مي‌نمايم. بي­شك، همياري و همفكري اين بزرگواران كه در مراحل مختلف، يار و ياوري مطمئن براي اينجانب بوده­اند و سهم بسزايي در كسب موفقيتهاي بنده داشته­اند، هيچ گاه از ذهن فراموش نخواهد شد. برای تمامی اساتیدم، موفقيت و سربلندي آرزومندم.

|  |
| --- |
| **نام خانوادگي**: زارع **نام**: هاله |
| **عنوان رساله**:رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی |
| **استاد راهنما:** دکتر تورج هاشمی  **استاد مشاور:** دکتر نعیمه ماشینچی عباسی |
| **مقطع تحصيلي:** کارشناسی ارشد **رشته**: روانشناسی  **دانشگاه**: تبريز **دانشکده**: علوم تربیتی و روانشناسی  **تعداد صفحات**: **تاریخ دفاع**: |
| **واژه­هاي کليدي:** رفتاروارسی بدنی، عدم تحمل پریشانی، سوء تعبیر منفی، بدریخت انگاری بدنی |
| **چکيده**  هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی بود . جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز بود که به شیوه غربالگری و هدفمند 145 نفر انتخاب و جهت اندازه گیری متغیرها از پرسشنامه عدم تحمل پریشانی سیمون و گاهر (DTS)، پرسشنامه وارسی بدنی (BCQ)، فرم تجدید نظر شده پرسشنامه تعبیر و مقیاس اصلاح شده وسواس فکری- عملی ییل براون (YBOCS-BDD) برای اختلال بدشکلی بدنی استفاده شد. جهت تحلیل داده ها ازروش معادلات و تحلیل مسیر استفاده شد؛ نشان داد که رفتار وارسی بدنی رابطه مثبت و معناداری با عدم تحمل پریشانی و سوء تعبیر منفی دارد (05/0P<). سوء تعبیر منفی نیز رابطه مثبت و معنادار با عدم تحمل پریشانی دارد (05/0P<). همچنین نقش میانجی سوء تعبیر منفی در رابطه بین رفتار وارسی بدنی و عدم تحمل پریشانی تایید شد (05/0P<). |

**عنوان صفحه**

[**فصل اول: کلیات تحقیق** 1](#_Toc199779434)

[مقدمه 2](#_Toc199779435)

[بیان مساله 2](#_Toc199779436)

[اهمیت و ضرورت پژوهش 8](#_Toc199779437)

[اهداف تحقیق 10](#_Toc199779438)

[هدف کلی 10](#_Toc199779439)

[اهداف اختصاصی 10](#_Toc199779440)

[سوال پژوهش 10](#_Toc199779441)

[فرضیه های پژوهش 10](#_Toc199779442)

[‏ متغیرهای پژوهش 11](#_Toc199779443)

[تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها 11](#_Toc199779444)

[**فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش** 13](#_Toc199779445)

[‏مقدمه 14](#_Toc199779446)

[بدریخت انگاری بدنی 14](#_Toc199779447)

[تعاریف و مفاهیم بدریخت انگاری بدنی 14](#_Toc199779448)

[تاریخچه بدریخت انگاری بدن 15](#_Toc199779449)

[تاریخچه طبقه بندی بدریخت انگاری بدن در DSM 16](#_Toc199779450)

[ملاکهای تشخیصی 5-DSM برای بدریخت انگاری بدنی 17](#_Toc199779451)

[انواع مختلف اختلال بدریخت انگاری بدن 19](#_Toc199779452)

[رویکردهای مختلف در سبب شناسی اختلال بدریخت انگاری بدنی 21](#_Toc199779453)

[عدم تحمل پریشانی 26](#_Toc199779454)

[تعاریف و مفاهیم تحمل پریشانی 26](#_Toc199779455)

[جنبه های مفهومی پریشانی و فشار 27](#_Toc199779456)

[ابعاد تحمل پریشانی 28](#_Toc199779457)

[مکانیسمهای زمینه ساز تحمل پریشانی 32](#_Toc199779458)

[پیوندهای مفهومی بین تحمل پریشانی، مخاطره و انعطاف پذیری 33](#_Toc199779459)

[سوء تعبیر منفی 35](#_Toc199779460)

[مفهوم سوگیری 35](#_Toc199779461)

[انواع سوگیریهای پردازش اطلاعات 35](#_Toc199779462)

[مؤلفه های سوء تعبیر 38](#_Toc199779463)

[سوء تعبیر نشانه های منفی در افراد مبتلا به اختلال BDD 39](#_Toc199779464)

[رابطه بین سوء تعبیرنشانه های منفی و عدم تحمل پریشانی 40](#_Toc199779465)

[جمع بندی فصل دوم 42](#_Toc199779466)

[**فصل سوم: روش شناسی تحقیق** 43](#_Toc199779467)

[مقدمه 44](#_Toc199779468)

[نوع طرح پژوهش 44](#_Toc199779469)

[جامعه نمونه و روش نمونه گیری 44](#_Toc199779470)

[ملاک های ورود و خروج 44](#_Toc199779471)

[ابزارهای گردآوری داده 45](#_Toc199779472)

[روش اجرای پژوهش 49](#_Toc199779473)

[روش تجزیه و تحلیل داده ها 49](#_Toc199779474)

[ملاحظات اخلاقی 49](#_Toc199779475)

[**فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها** 51](#_Toc199779476)

[مقدمه 52](#_Toc199779477)

[تحلیل‌های توصیفی 52](#_Toc199779478)

[تحلیل هاي تك متغیره 53](#_Toc199779482)

[شاخص‌های توصیفی 53](#_Toc199779483)

[بررسی نرمال بودن متغیرها 54](#_Toc199779484)

[تحلیل‌های دومتغیره 55](#_Toc199779485)

[همبستگی پیرسون 55](#_Toc199779486)

[تحلیل‌های چند متغیره 56](#_Toc199779487)

[آزمون کفایت نمونه‌برداری 56](#_Toc199779488)

[برازش مدل ساختاری 57](#_Toc199779489)

[تحلیل مسیر 60](#_Toc199779490)

[**فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری** 65](#_Toc199779491)

[مقدمه 66](#_Toc199779492)

[نتایج در راستای یافته‌های تحقیق 66](#_Toc199779493)

[نتیجه‌گیری کلی 71](#_Toc199779494)

[محدودیت‌های تحقیق 72](#_Toc199779495)

[پیشنهادهای پژوهشی 72](#_Toc199779496)

[پیشنهادهای کاربردی 73](#_Toc199779497)

[منابع 77](#_Toc199779498)

[پیوست و ضمائم 83](#_Toc199779499)

**عنوان صفحه**

[جدول (4-1): توزیع فراواني جنسیت پاسخ‌دهندگان 52](#_Toc190521495)

[جدول(4-2): توزیع فراواني سن پاسخ‌دهندگان 53](#_Toc190521496)

[جدول(4-3): توزیع فراواني مقطع تحصیلی پاسخ‌دهندگان 53](#_Toc190521497)

[جدول (4-4): شاخص‌های توصیفي متغیرهای تحقیق 54](#_Toc190521498)

[جدول(4-5): آزمون کالموگروف اسمیرنف 54](#_Toc190521499)

[جدول(4-6): ضرایب همبستگي پیرسون برای متغیرهای تحقیق 56](#_Toc190521500)

[جدول (4-7): نتایج حاصل آزمون کفایت نمونه ‌برداری 57](#_Toc190521501)

[جدول (4-8): ضرایب هم خطي متغیرهای تحقیق 58](#_Toc190521502)

[جدول (4-9): ضرایب تعیین متغیرهای تحقیق 58](#_Toc190521503)

[جدول (4-10): اندازه اثر متغیرهای تحقیق 59](#_Toc190521504)

[جدول (4-11): نتایج حاصل از روایي افزونگي 60](#_Toc190521505)

[جدول (4-12): نتایج حاصل از تحلیل مسیرهای مستقیم 61](#_Toc190521506)

[جدول (4-13): نتایج حاصل از تحلیل مسیرهای غیر مستقیم 63](#_Toc190521507)

**عنوان صفحه**

شکل (1-1): مدل مفهومی پژوهش 8

شکل (2-1): تاریخچه طبقه بندی بدریخت انگاری بدن در DSM 17

شکل(4-1): تحلیل مسیرهای فرضیه های پژوهش 61

شکل (4-2): اثر غیر مستقیم 63

فصل اول: کلیات تحقیق

مقدمه

**بدريخت انگاري بدن به عنوان اشتغال ذهنی با یک یا چند نقص تصوری یا عیب های در ظاهر جسمانی مشخص می گردد این نقایص قابل مشاهده نيست و یا بسیار خفیف به نظر می رسد .این اختلال کمیاب نیست دربين مردم از شيوع بالايي برخوردار است.ولي ميزان شيوع واقعي خصيصه بدشكلي بدن به خوبي شناخته نشده است. چون اين اختلال معمولا به صورت پنهان باقي مي ماند. ميزان شيوع اين اختلال در دانشجويان بيشتر گزارش شده است. بدریخت انگاری بدنی پدیده ای چند علیتی است که فراسوی مفهوم روان شناختی آن است به طوری که امروزه تحت تاثیر پدیده های نوظهوری همچون رسانه های ارتباط جمعی و القای مدهای زیبایی ممکن است حتی افراد با ظاهری بهنجار، ناخواسته دچار بدریخت انگاری بدنی گردند. با این وجود در موارد بسیاری افراد بدریخت انگار نسبت به افراد بهنجار بیشتر مستعد آسیب روان شناختی هستند. در بدریخت انگاری بدنی هر قسمت از بدن می تواند عامل نگرانی فرد باشد با این وجود، حتی در میان افراد بدریخت انگار که نگرانی مشترکی در مورد قسمت مشخصی از بدن دارند، شدت پریشانی، نشخوار فکری و نگرانی می تواند متفاوت باشد. بنابراین با توجه به وجود مشکلات روانی مختلف در افراد مبتلا به بدریخت انگاری بدنی، به بررسی رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی حائز اهمیت است.**

بیان مساله

یکی از مسایلی که امروزه اهمیت فراوانی یافته است**،** زیبایی دوستی و زیبایی طلبی است که بیشتر ناشی از تغییرات فرهنگی ارزشی، تبلیغات رسانه ها و فضای مجازی است. توجه به ظاهر و متناسب بودن در هر دوره ای وجود دارد**،** اما گاهی این توجه به صورت افراطی و حساسیت شدید ظهور پیدا می کند که دیگر طبیعی نبوده و تبدیل به یک اختلال می گردد و عملکرد فردی و اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال **،**اختلال بدریخت انگاری بدن(BDD)[[1]](#footnote-1) نام دارد (صداقت، 1395). بدریخت انگاری بدن با یک اشتغال ذهنی[[2]](#footnote-2) شدید با نقص در ظاهر فیزیکی که به طور واقعی کم یا حتی ممکن است غیرقابل مشاهده باشد، تعریف می‌شود که نتیجه آن پریشانی و اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی است (شیبر[[3]](#footnote-3) و همکاران، ۲۰۱۵).

بدریخت انگاری بدن اولین بار در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان پزشکی آمریکا – ویراست سوم (DSM-III)[[4]](#footnote-4) انجمن روان پزشکی آمریکا – ویراست سوم (DSM-III) به عنوان یک نمونه ی نامشخص از اختلالات جسمانی شکل[[5]](#footnote-5) به نام بدشکلی هراسی[[6]](#footnote-6) طبقه بندی شد. در ویرایش بعدی DSM بدریخت انگاری بدن در بخش اختلالات جسمانی شکل طبقه بندی شد. در DSM-IV و DSM-IV-TR، تشخیص بدریخت انگاری بدن براساس سه ملاک بیان شد: اشتغال ذهنی به ظاهر، پریشانی و اختلال و نگرانی هایی ظاهری که با اختلال روانی دیگری بهتر توجیه نمی‌شوند. در انتشار اخیر 5-DSM دو تغییر مهم در طبقه بندی بدریخت انگاری بدن رخ داده است. اولین تغییر جابه جایی تشخیصی و گسترش معیارهای تشخیص است. بدریخت انگاری بدن در DSM-5 جز طبقه ی اختلالات وسواس فکری- جبری و اختلالات مرتبط، همراه با اختلالات وسواس فکری - جبری وسواس موکنی، ذخیره کردن و پوست کنی قرار گرفته شده است. به علاوه معیاری جدید نیز برای تشخیص بیان شده است که در مقطعی در طول دوره ی این بیماری، فرد در پاسخ به نگرانی هایی درباره ی ظاهرش رفتارهای مکرری (مثل وارسی کردن در آینه آرایش مفرط، پوست کنی، اطمینان خواهی) یا اعمال ذهنی انجام می‌دهد (مثل مقایسه کردن ظاهر خودش با ظاهر دیگران) (حمداله زاده، 1400).

با توجه به ویژگی ها و خصوصیاتی که برای افراد دارای اختلال بدریخت انگاری بدنی ذکر شد فرض پژوهش این است که آنها نمی توانند پریشانی را تحمل کنند و از این جهت بحث عدم تحمل پریشانی[[7]](#footnote-7) می‌تواند بسیار حائز اهمیت باشد. عدم تحمل پریشانی به عنوان تحريف شناختی که بر چگونگی ادراک شخص، تفسیر و پاسخ به وضعیت های بلاتکلیف در سطح شناختی، هیجانی و رفتاری اثر می گذارد تعریف می‌شود (نجارکاخکی، 1393). عدم تحمل پریشانی به معنی و نتیجه ی تمایل منفی به ابهام است و وابسـته به گرایش و واکنش منفی بـه موقعیتهای غیرقابل پیش بینی دارد (کورناکیو[[8]](#footnote-8) و همکاران، 2018). برخی افراد تحمل پریشانی بالایی دارند و برخی تحمل پریشانی شان پایین است. افرادی که تحمل پریشانی دارند در برابر شرایطشان آگاهی لازم را دارند احساسات و هیجانهای خود را می شناسند بنابراین از علت این احساسات باخبرند و هیجانهای خود را به شیوه سالم مدیریت می کنند. در واقع تحمل پریشانی به این مسئله می پردازد که فرد علی رغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند توان اجتماعی خود را بهبود دهد و بر مشکلات غلبه کند و به موفقیت نائل شود (مهدوی حقایق، ۱۳۹۶). افرادی که سطح تحمل پریشانی بالاتری دارند ممکن است قادر باشند به طور انطباقی به پریشانی یا زمینه های پریشانی پاسخ دهند در واقع تحمل حالات عاطفی منفی نشان دهنده تفاوت های فردی در توانایی درک شده برای مقاومت در مقابل پریشانی درونی است (گو[[9]](#footnote-9) و همکاران، 2020).

از طرف دیگر، افرادی که نمی‌توانند پریشانی را تحمل کنند**،** موقعیتهای پریشان کننده را منفی فشارزا و تنش را بیان می‌کنند و سعی دارند از این موقعیت ها دوری کنند و هرگاه در این موقعیت ها واقع شوند عملکردشان با خلل مواجه می‌شود و بنابراین در این شرایط و موقعیتها نگرانی هایی را بطور مزمن تجربه می – کنند. این اشخاص معتقدند که نگرانی ها کمکشان می‌کند تا توانایی مقابله درست و کارآمد را با شرایط ترس آور داشته باشند و یا با این روش بتوانند از وقوع چنین موقعیتهایی جلوگیری نمایند (یوک[[10]](#footnote-10)، ۲۰۱۰). افرادی که سطح تحمل پریشانی کمی دارند، تأثیرات منفی را به عنوان تهدید شدید مخل و غیر قابل قبول تجربه می‌کنند و تمایل به انجام رفتارهایی با هدف کاهش احساس پریشانی دارند سطح پایین صفت تحمل پریشانی می تواند به طور بالقوه به نتایج منفی (به عنوان مثال سو مصرف مواد) منجر شود زیرا افراد سعی می‌کنند از رفتارهای ناسازگار برای مقابله استفاده کنند (فصل بهار، 1400).

از رفتارهای مرتبط با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدنی، رفتارهای وارسی بدنی[[11]](#footnote-11) است. وارسی بدن یک کار اجباری شبیه وارسی در اختلال وسواسی-جبری است که کارکرد آن خنثی کردن نگرانی و پریشانی مرتبط با شکل و وزن بدن است (والکر[[12]](#footnote-12) و همکاران، 2018). نظریه عملکرد اجرایی خودتنظیمی[[13]](#footnote-13) پیش بینی می‌کند که فعال شدن باورهای منفی یک پسخوراند منفی و توجه متمرکز بر خود بر روی تصویر ذهنی را افزایش می‌دهد. از این رو مدل سبب شناسی، اختلال بدشکل انگاری بدنی را به ویژگی هایی از آشفتگی در تصویر بدنی ارجاع می دهند (ویلهم[[14]](#footnote-14) و همکاران، 2012). بر اساس این مدل افراد دچار بدریخت انگاری بدنی، اهمیت جذابیت را بیشتر ارزیابی می‌کنند و بنابراین بیشتر احتمال دارد نقص های ظاهری را به عنوان نقص های اساسی خود ارزشی بد تفسیر کنند. به همین منظور ممکن است برای جبران این نقص ها دست به راهبردهای جبرانی بزنند از جمله این راهبردها می توان به رفتارهای وارسی بدنی اشاره کرد. وارسی بدنی به طور گسترده هر گونه رفتاری مانند وزن کردن خود، و یا مقایسه ی اندازه و وزن بدن با دیگران که با هدف ارزیابی های کلی و یا اختصاصی ویژگی های ظاهری انجام می گیرد تعریف می‌شود که شامل اندازه بدن، تقارن صورت و ریخت بدنی است (جمشیدی فر، 1396).

افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدنی چندین نوع معمول رفتارهای وسواسی از جمله: وارسی خود در آینه، آرایش افراطی، دستکاری پوست، نظافت بیش از حد، رژیم غذایی، ورزش های فیزیکی بیش از حد پنهان سازی نقص و موارد دیگر را انجام می‌دهند. این رفتارها برای مخفی کردن یا بهبود نقص های ساختگی خود و یا برای اطمینان از این که زشت نیستند انجام می شود (ربیعی، 1390). در این راستا، تحقیقات مختلف از جمله، جمشیدی فر (1396)، همبستگی بالایی بین رفتارهای وارسی بدن و اختلالات خوردن را نشان می‌دهند. همچنین، بررسیهای متعدد بطور مثال لاتنر[[15]](#footnote-15) و همکاران (2012) نشان می‌دهند که وارسی بدنی سبب افزایش نارضایتی بدنی و سوگیری توجه نسبت به بدن می‌شود.

بر اساس تحقیق نیشیکاوا[[16]](#footnote-16) و همکاران (2022)، یکی از متغیرهای مرتبط با عدم تحمل پریشانی در افراد، سوء تعبیر است. سوء تعبیر، گرایش به نسبت دادن معانی خطرناک یا تهدید کننده به محرک های مبهم است (بیدل[[17]](#footnote-17) و همکاران، 2014). سوء تعبیر به عنوان گرایش به تعبیر و تفسیر موقعیت های مبهم به شیوه ای کاملاً منفی و تهدید آمیز، تعریف شده است و دارای دو مؤلفه خودارزیابی منفی سوء تعبیر مربوط به خود و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران (سوء تعبیر مربوط به دیگران) است (لیورت[[18]](#footnote-18) و همکاران ۲۰۱۳).

سوء تعبیر زمانی رخ می‌دهد که انتخاب های پردازشی رقیب وجود دارد؛ این حالت شامل یک ارزیابی مرتبط و یک ارزیابی غیر مرتبط با تهدید است هم بازنمایی بازداری شده و هم بازنمایی برجسته منابع توجه را مصرف کرده و در نتیجه به وسیله ارزیابی تهدید و سازوکارهای بالا به پایین تعیین می‌شود. در مورد افراد دارای اختلالات مختلف از جمله اضطراب، افسردگی و بدریخت انگاری بدنی، سوء تعبیر منفی و مرتبط با تهدید برجسته بوده و بیشترین منابع پردازشی را مصرف می کند (بوراک[[19]](#footnote-19) و همکاران، ۲۰۱۲). سوء تعبیر از فعال سازی طرحواره اضطراب مدار که پردازش اطلاعات بالقوه ی تهدید کننده را تسهیل می‌کند منتج می‌شود. نظریه های شناختی، نقش مهمی را به سوء تعبیر منفی موقعیتهای مبهم در ایجاد و حفظ اختلال افسردگی اختصاص می دهند. سوء تعبیر از طریق انواع مکانیزم ها از جمله ایجاد باورهای منفی در حفظ علائم افسردگی نقش قابل توجهی دارند. سوء تعبیر گرایش به نسبت دادن معانی خطرناک یا تهدید کننده به محرک های مبهم است (بیدل و همکاران، ۲۰۱۴). در این زمینه، دمرچلی و همکاران (1396) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که ترس از ارزیابی مثبت و منفی، رابطه بین اضطراب اجتماعی و اختلال بدریخت انگاری بدن را میانجی گری می کنند. همچنین اثر مستقیم اضطراب اجتماعی بر اختلال بدریخت انگاری بدن تایید شد.

  یافته های پژوهش ها نشان می‌دهد که تحمل پریشانی پایین یک عامل آسیب پذیر مرتبط با اختلال بدریخت انگاری بدن است. عدم تحمل پریشانی یا تمایل به ایجاد باورهای منفی در مورد موقعیت های نامشخص و توانایی فرد در مقابله با عدم اطمینان با اختلال بدریخت انگاری بدن رابطه دارد به طوری که عدم تحمل بلاتکلیفی رابطه مثبتی با علائم اختلال بدریخت انگاری بدن دارد (بوهر و دوگاس[[20]](#footnote-20)، 2006).

در افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدن نسبت به افراد سالم سطوح عدم تحمل پریشانی و استرس عمومی به طور قابل توجهی بیشتر است (سومرز[[21]](#footnote-21) و همکاران، 2016). افراد دارای سطح تحمل پریشانی پایین مانند مبتلا به وسواس که تلاش برای کنترل افکار و رفتارهای وسواسی شان دارند ممکن است از استراتژیهای مقابله ای برای اجتناب از عواطف منفی یا عواقب منفی درک شده استفاده کنند (رابینسون و فریستون[[22]](#footnote-22)، 2014). با توجه به اینکه افراد دارای اختلال بدریخت انگاری بدن افکار وسواسی مربوط به ظاهر و رفتارهای تکراری نظیر چک کردم مفرط خود در آیینه نظافت و ... را برای کنار آمدن با این افکار ناراحت کننده تجربه می کنند میتوان گفت این الگوی اجتناب مربوط به این اختلال می شود (اوکس[[23]](#footnote-23) و همکاران، 2017). طبق پژوهشهای صورت گرفته توسط مادنی[[24]](#footnote-24) و همکاران (۲۰۱۷) علائم اختلال بدریخت انگاری بدن با عدم تحمل پریشانی همراه بوده است. افراد داری این اختلال برای جلوگیری یا کاهش پیدا کردن پریشانی ناشی از نگرانی ظاهری خود درگیر رفتارهای اجتناب ناپذیر یا اجباری می‌شوند.

**به طور كلي با توجه به تاثیرات منفی اختلال بدریخت انگاری بدنی از جمله عدم تحمل پريشاني، وارسی بدنی، سوگیری های تعبیر منفی، اشتغال ذهني و آسيب در عملكرد و همچنين شيوع نسبتا بالاي خصيصه بدشكلي بدن در بعضي از جمعيت ها از قبيل جوانان و نيز همبودي آن با ساير اختلالات، اين تحقيق بر آن است به** **رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی بپردازد. از آنجايي كه هيچ پژوهشي در رابطه با اين متغيرها به صورت يكجا و در قالب یک مدل انجام نشده، ضرورت پژوهش حاضر را دو چندان مي كند. بنابراين این پژوهش در پی پاسخ به این سوال است که آیا بین رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه‌های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه وجود دارد؟**

**مدل مفهومی درنظر گرفته شده برای تحقیق مطابق شکل 1-1 می باشد:**

شکل (1-1): مدل مفهومی پژوهش

اهمیت و ضرورت پژوهش

**افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری در اثر عیوب ادراک شده خود دچار پریشانی در حوزه های مختلف زندگی می شوند و اغلب تصاویر و افکار مزاحم یا ناخوانده ای درباره ظاهر جسمانی بر آنها هجوم می آورد و در نتیجه کیفیت زندگی و کارکرد روزانه آنها کاهش می یابد (حمداله زاده، 1400) . ویژگی اصلی خصیصه بدریخت انگاری بدنی عبارت است از اشتغال ذهنی با نوعی نقص در ظاهر فرد که یا خیالی است یا چنان چه نابهنجاری جسمی جزیی وجود داشته باشد، دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی است (انجمن روان پزشکی آمریکا، 2020). بوردا[[25]](#footnote-25) و همکاران (۲۰۱۱) معتقدند که این اختلال نادر نیست و حدود ۱ تا 2/0 کل جمعیت و در مواردی ممکن است ۸٪ افراد مبتلا به افسردگی را مبتلا کند و اغلب این اختلال با سایر اختلالات روانی همراه است (بوردا و همکاران، 2011).**

**در ایران مطالعه و پژوهش در مورد بدریخت انگاری بدن خیلی اندک است و به طور رسمی و علمی در مورد شیوع بدریخت انگاری بدن گزارشی داده نشده است. در این افراد اجتناب از حوزه هایی مانند فعالیت های اجتماعی، روابط و صمیمیت رایج است و ممکن است به علت اختلال شان سال ها خانه نشین شوند. بنابراین پیش بینی عوامل موثر در ایجاد این اختلال و این که چه میزان از وقت فرد را به خود اختصاص می – دهد و کاهش دادن این میزان وقت اشتغال و درگیری ذهنی که ایجاد می‌کند می‌تواند ضروری باشد. از طریق پژوهش هایی از این دست می‌توان با کاهش اشتغال و درگیری ذهنی این افراد و تمرکز به رشد روانی سلامت روان را در این افراد افزایش داد (جان قربان، 1398). حساسیت بر جنبه های ظاهری منجر می شود که این افراد در فعالیتهای اجتماعی دچار انزوای اجتماعی شوند و افسردگی و در بعضی از موارد افکار و اقدام به خودکشی بروز نماید. بنابراین بدلیل گستره آسیب های روانی که به دنبال این خصیصه در افراد شکل می‌گیرد توجه به آن ضروری است و از طرفی تحقیقات در این زمینه در کشور، بسیار کم می باشد، بنابراین در این راستا نیز این پژوهش به بررسی رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی پرداخته است.**

**نتایج حاصل از این پژوهش را می‌توان در تشخیص به موقع این اختلال در طراحی برنامه های آموزشی و پیشگیری از تبعات روانشناختی اختلال مورد استفاده قرار داد. با توجه به جوان بودن جمعیت ایرانی و از آنجایی که درصد زیادی از جوانان کشور ما را دانشجویان تشکیل می دهند و مطالعات مختلف نشان دادند که بسیاری از دانشجویان از ظاهر جسمانی خود ناراضی بوده و مستعد ابتلا به خصیصه بدشکلی بدن هستند و شیوع آن در مقایسه با جمعیت عمومی بیشتر است و از طرفی توجه به مسائل دانشجویان این پژوهش می‌تواند نقش مهمی در ارتقا بهداشت و سلامت روانی جامعه دانشجویی داشته باشد بنابراین بررسی این گروه، به منظور شناخت آسیب شناسی روانی در اقدامات پیشگیرانه تشخیص و مداخله مناسب و به موقع و برآورد میزان شیوع و عوامل موثر بر آن امری ضروری است. این افراد باید به منظور درمان مناسب شناسایی شوند، زیرا وجود این صفت می تواند با افسردگی اساسی اضطراب کناره گیری از روابط و فعالیت های اجتماعی، رها کردن شغل بستری شدن به دلایل روان پزشکی افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی همراه شود توجه و تشخیص به موقع از هزینه های ناشی از درمانهای نامناسب جلوگیری می کند باید برای طرح‌ریزی مدون برنامه های درمانی و اصلاح شیوه فرزندپروری خانواده ها برای جلوگیری از شکل گیری متغیرهای مرتبط با این اختلال مانند وارسی بدنی، سوگیری های تعبیرمنفی و عدم تحمل پریشانی، گام‌های علمی برداشته شود. پس به طور کلی با توجه به ماهیت ناشناخته میزان بدشکلی بدن و افزایش شیوع آن در جمعیت عمومی به ویژه دانشجویان و با توجه به اختلال عملکرد ناشی از این اختلال و پیامدهای ناشی از آن و هم چنین همبودی بالای صفت بدشکلی بدن با سایر اختلالات بررسی و تحقیق در مورد همه گیرشناسی و همبودی این اختلال دارای اهمیت خاصی است.**

اهداف تحقیق

هدف کلی

**تعیین رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی**

اهداف اختصاصی

1. **تعیین رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی**
2. **تعیین رابطه رفتار وارسی بدنی با سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدنی**
3. **تعیین رابطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت‌انگاری بدنی**

سوال پژوهش

**آیا بین رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه‌های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه وجود دارد؟**

فرضیه های پژوهش

**1) بین رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه مستقیم وجود دارد.**

**2) بین رفتار وارسی بدنی با سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدنی رابطه مستقیم وجود دارد.**

**3) بین سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه مستقیم وجود دارد.**

‏ متغیرهای پژوهش

**متغیر پیش بین:** رفتار وارسی بدنی

**متغیر ملاک:** عدم تحمل پریشانی

**متغیر میانجی :** سوء تعبیر منفی

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

**-اختلال بدریخت انگاری**

تعریف مفهومی: **بنا به تعریف [[26]](#footnote-26)**DSM\_5 **اختلال بدریخت انگاری بدنی به عنوان اشتغال با یک یا چند نقص تصوری یا عیب هایی در ظاهر جسمانی مشخص می‌گردد؛ به طوری که برای دیگران قابل مشاهده نیست یا بسیار خفیف به نظر می رسد. همچنین رفتارهای تکراری مانند چک کردن آیینه آرایش زیاد دستکاری پوست و اطمینان جویی یا فعالیتهای ذهنی مانند مقایسه ظاهر خود با دیگران در پاسخ به نگرانی ظاهری انجام می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2020).**

**تعریف عملیاتی: در این پژوهش اختلال بدریخت انگاری بدن نمره ای است که شرکت کننده بر اساس مقیاس اصلاح شده ی وسواس فکری- عملی پیل براون (**YBOCS-BDD**)، به دست آورد.**

* **عدم تحمل پریشانی**

**تعریف مفهومی:** کلی کایسر[[27]](#footnote-27) و همکاران (2012) عدم تحمل پریشانی را به عنوان توانایی فرد در تحمل حالات ناخوشایند داخلی تعریف کرده اند(کایسر و همکاران، 2012).

**تعریف عملیاتی:** منظور از عدم تحمل پریشانی در این پژوهش نمره ای است که شرکت کنندگان از پرسشنامه تحمل پریشانی سیمون و گاهر[[28]](#footnote-28)(DTS) (2005) کسب کرد.

* **رفتار وارسی بدنی**

بنا به نظر کاش[[29]](#footnote-29) (2012)؛ رفتار وارسی بدنی به هر رفتاری گفته می‌شود که به منظور جمع کردن اطلاعات در زمینه ی سایز، وزن، شکل بدن و یا دیگر جنبه‌های ظاهر صورت می‌گیرد (کاش، 2012).

**رفتار وارسی بدنی:** منظور از رفتار وارسی بدنی در این پژوهش، نمره ای است که از پرسشنامه وارسی بدنی ریاس[[30]](#footnote-30) و همکاران(BCQ) [[31]](#footnote-31) (۲۰۰۲) کسب شد.

* **سوء تعبیر منفی**

تعریف مفهومی: **بنا به نظر بیدل و همکاران (2014)، سوء تعبیر، گرایش به نسبت دادن معانی خطرناک یا تهدید کننده به محرک های مبهم است (بیدل و همکاران، 2014).**

**تعریف عملیاتی:** در پژوهش حاضر از طريق فرم تجديد نظر شده پرسشنامه تعبیررويدادهاي باتلر و متیوز (1983) (نسخه مربوط به خود) ارزيابي و سنجیده شد.

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

‏مقدمه

پس از ارائه کليات تحقيق در فصل اول، در اين فصل به مطالعه و بررسی مبانی نظری وپیشینه پژوهش پرداخته میشود.

بدریخت انگاری بدنی

در این قسمت به بیان معانی و مفاهیم پیرامون بدریخت انگاری بدنی پرداخته شده است:

تعاریف و مفاهیم بدریخت انگاری بدنی

در روان شناسی اختلال بدریخت انگاری که گاهی اوقات هنوز به آن (دیس مورفو فوبیا)1 نیز گفته می‌شود، یک اختلال روانی است که با این ایده وسواس گونه توصیف می شود که برخی از جنبه های بدن یا ظاهر خود به شدت ناقص است و بنابراین اقدامات پنهانی را برای پنهان کردن یا رفع آن انجام می دهد. اختلالی است که مهم ترین تظاهر آن اشتغال ذهنی مفرط به وجود نقصی خیالی یا بزرگ نمایی شده در ظاهر است در نوع هذیانی اختلال بدریخت انگاری عیب تصور می شود اگر نقص واقعی باشد اهمیت آن به شدت اغراق می شود (بجورنسن2[[32]](#footnote-32)و همکاران، ۲۰۱۰). در هر صورت، افکار در مورد آن فراگیر و مزاحم است و ممکن است روزانه چند ساعت را درگیر آن ها باشد، باعث پریشانی شدید و اختلال در فعالیت های عادی دیگر شود.دی اس ام اختلال بدریخت انگاری را در طیف وسواس و اجباری طبقه بندی می کند و آن را از بی اشتهایی عصبی متمایز می کند. این بیماری معمولاً در دوران نوجوانی شروع می شود و هم زنان و هم مردان را تحت تأثیر قرار می دهد. دیسمورفیا3 عضلانی زیرگروه اختلال بدریخت انگاری است، بدن را خیلی کوچک می داند ، بیشتر بر مردان تأثیر می گذارد (فلیپس4، ۲۰۰۹).

علاوه بر این که در مورد آن فکر می کند ، فرد به طور مکرر و نقص ادراک شده را بررسی و مقایسه کند، و می تواند روال غیر معمول در پیش گیرد تا از تماس اجتماعی جلوگیری کند. از ترس انگ معمولاً دل مشغولی را پنهان می کند. به دلیل کیفیت زندگی ای که از طریق نقص تحصیلی و شغلی و انزوای اجتماعی به شدت آسیب دیده است ، در اختلال بدریخت انگاری افکار خودکشی و اقدام به خودکشی بالاست (فلیپس، 2009).

اختلال بدریخت انگاری بدنی (BDD) به عنوان اشتغال ذهنی با یک یا چند نقص تصوری یا عیب هایی در ظاهر جسمانی مشخص می گردد این نقایص قابل مشاهده نیست یا بسیار خفیف به نظر می رسد. همچنین رفتارهای تکراری (مانند چک کردن خود در آینه، آرایش زیاد، دستکاری پوست یا اطمینان خواهی) یا فعالیت های ذهنی (مثل مقایسه ظاهر خود با دیگران در پاسخ به نگرانیهای ظاهری) انجام می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2020). آرزوی جذاب بودن، تمایلی طبیعی است. اکثر افراد خواهان تغییر در قسمتهایی از بدن و ظاهر خود هستند اما در برخی از افراد این تمایل به صورت وسواس گونه است (توماس آراگونز و مارون[[33]](#footnote-33)، 2016). از آنجا که ظاهر، بخش مهمی از هویت فرد است و در موقعیتهای اجتماعی بلافاصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود. بنابراین اهمیت این سازه ی شخصیتی بسیار بارز است توجه افراطی و وسواس گونه به ظاهر می‌تواند منجر به اختلال بدریخت انگاری بدن گردد (صداقت، 1395).

بدریخت انگاری بدن یک اختلال روانی فلج کننده است که بار عاطفی و اجتماعی شدیدی برای افراد مبتلا و خانواده های آنها به وجود می‌آورد (اوندن لیم[[34]](#footnote-34)، ۲۰۱۳) این اختلال بیماری مزمنی است که شدت آن در دامنه ای از نشانه های خفیف تا تهدید کننده زندگی می باشد. اغلب تشخیص آن دشوار است و تا مدتها می تواند بدون تشخیص باقی بماند و فرد مبتلا از بیان نگرانی ها درباره ی ظاهرش به دیگران یا توجه بیش از حد به آن شرمنده و خجالت زده است (کانرای[[35]](#footnote-35) و همکاران، ۲۰۰۸).

تاریخچه بدریخت انگاری بدن

توصیف این اختلال برای اولین بار در سال ۱۸۹۱ توسط روانپزشک ایتالیایی انریکو مورسلی[[36]](#footnote-36)، بیان گردید. او آن را بدشکلی هراسی نامید که برگرفته از لغت یونانی به معنی زشتی به ویژه زشتی چهره می باشد که اولین بار در تاریخ هر دوت به کار گرفته شده است و به افسانه زشت ترین دختر در اسپارت[[37]](#footnote-37) اشاره دارد. او کسی بود که به اعتقاد مردم به دست خدایان درست شده بود و به حق هم زیباتر از همه بانوهای اسپارت بود با این حال، او فکر می کرد زشت است و با این که دیگران به او میگفتند او زنی زیبا است قبول نمیکرد و اکثر اوقات اشتغال ذهنی در رابطه با افکار مربوط به بدریختی داشت. ژانه[[38]](#footnote-38)، روانپزشک فرانسوی در سال ۱۹۰۳، داستان زنی که پنج سال خانه نشین شده بود، بیان کرد و او اختلال آن زن را وسواس شرم از شکل بدن نامید. کراپلین[[39]](#footnote-39) نیز این اختلال را بعد از مورسلی و ژانه شناسایی و آن را هراس از بدریختی نامید؛ او اختلال مذکور را یک روان نژندی وسواسی می‌دانست. فروید[[40]](#footnote-40) (۱۹۵۹) و پس از آن برانزویک[[41]](#footnote-41) (۱۹۷۱) معروف ترین بیمار بدریخت انگاری را شرح دادند آنان از یک اشراف زاده ثروتمند روسی به عنوان «انسان گرگ نما» یاد می کنند که نگرانی مفرطی راجع به بینی خود داشت و بارها و بارها به دنبال درمانهای پزشکی برای دانه های سرسیاه، تورم، زخم و جوشهای بینی خود بود (نقل از صداقت، 1395).

تاریخچه طبقه بندی بدریخت انگاری بدن در DSM

اختلال بدریخت انگاری بدن برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ در DSM-III به عنوان ترس از بدریخت انگاری بدن که اشاره به نگرانی مفرط در مورد ظاهر داشت معرفی شد و به عنوان یک اختلال جسمانی شکل نامشخص طبقه بندی شد. در DSM-III-R این اختلال با عنوان بدریخت انگاری بدن نام گذاری شد و در DSM-IV نیز این نام حفظ شد؛ البته هنوز جز طبقه ی اختلال های شبه جسمانی بود (فانگ و ویلهلم[[42]](#footnote-42)، 2015). تغییرات در معیارهای بدریخت انگاری بدن از DSM-IV شروع شد که به طور عمده بر روی ارتباط این اختلال با اختلال طیف وسواس فکری - جیری تمرکز کرده بودند در حال حاضر بدریخت انگاری بدن در DSM-V جز دسته ی طیف اختلال وسواس فکری- جبری طبقه بندی می‌شود. شواهد زیادی نشان می- دهند که این دو اختلال با یکدیگر ارتباط دارند (عالی منش، 1400). شکل ۲-۱ برای کسب اطلاعات بیشتر از تاریخچه طبقه بندی بدریخت انگاری بدن آورده شده است.



شکل (2-1): تاریخچه طبقه بندی بدریخت انگاری بدن در DSM

ملاکهای تشخیصی 5-DSM برای بدریخت انگاری بدنی

ملاکهای تشخیصی پنجمین نسخه ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (5-DSM) برای اختلال بدریخت انگاری بدنی عبارت است از:

A. مشغولیت ذهنی با یک یا چند نقص یا عیب تصوری در ظاهر جسمی که قابل مشاهده نیستند یا از نظر دیگران بی اهمیت اند.

B. در مرحله ای از سیر این اختلال، فرد در واکنش به دلواپسی های مربوط به ظاهر، رفتارهای تکراری (وارسی خود در آینه، آرایش مفرط، خراشیدن پوست، اطمینان جویی از دیگران) یا فعالیتهای ذهنی (مثل مقایسه ظاهر خود با دیگران) را انجام می‌دهد.

C. این مشغولیت ذهنی از لحاظ بالینی، ناراحتی یا تخریب عمده در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه های مهم کارکردی ایجاد کند.

D. اشتغال با ظاهر توسط ملاکهای تشخیصی اختلالات خوردن از جمله نگرانیهای مرتبط با چاقی و وزن بدن بهتر تبیین نمی‌گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2020).

مبتلایان به اختلال بدریخت انگاری بدن، مشغولیت ذهنی با یک یا چند نقص یا عیب تصوری در ظاهرشان دارند که به باور آنها زشت، غیر جذاب، ناهنجار یا بدشکل به نظر می‌رسد (ملاکA ). عیوبی را که برای خود در نظر می گیرند، از دید دیگران نامحسوس یا جزیی است. میزان نگرانی ها در افراد مختلف متفاوت بوده، از احساس غیر جذاب یا نامناسب بودن تا زشت یا ناقص الخلقه بودن را شامل می شود. مشغولیت ذهنی می تواند بر یک یا چند ناحیه ی مختلف بدن متمرکز باشد و به شکل شایع تر در پوست (احسان داشتن آکنه آثار زخم، لکه، چین و چروک، رنگ پریدگی) مو (کم شدن موی سر یا پر مویی بدن یا چهره) یا بینی (اندازه و شکل) است. در عین حال هر ناحیه از بدن می‌تواند عامل نگرانی باشد (مثل چشم ها، دندان ها، وزن، معده، ساقهای پا، اندازه یا شکل چهره، لب ها، چانه، ابروها) بعضی افراد هم نگران عدم تناسب در نواحی بدن اند. مشغولیتهای ذهنی، مزاحم، ناخواسته و وقت گیرند (به طور متوسط ۳ تا 8 ساعت در روز) و معمولا کنترل یا مقاومت در مقابلشان مشکل است (جمشیدی فر، 1396).

اعمال یا فعالیت های ذهنی تکراری بیش از حد (مثل مقایسه کردن) در واکنش به مشغولیت ذهنی، انجام می شود. فرد برای انجام این اعمال که لذت بخش نبوده و می‌تواند سبب افزایش اضطراب و ملال گردد، احساس اجبار می کند این امور وقت گیر بوده و کنترل و مقاومت در مقابلشان سخت است. رفتارهای شایع شامل مقایسهی ظاهر خود با دیگران بررسی مکرر نقص خیالی خود در آینه و سایر سطوح صیقلی یا معاینه مستقیم آنها زیاده روی در آرایش (مثل شانه کردن، آراستن مو، تراشیدن مو، کشیدن یا کندن مو)، استتار کردن (مثل اقدامهای مکرر به گریم یا پوشاندن نواحی غیر دلپسند خود با کلاه، پوشاک، گریم یا کلاه گیس)، نظر خواستن از دیگران در مورد عیوب تصوری خود لمس نواحی غیر مطلوب خود برای وارسی آنها ورزش شدید یا وزنه برداری و تقاضای جراحی زیبایی است (ملاک B). مشغولیت ذهنی باید ناراحتی قابل توجه بالینی یا اختلال در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه های مهم کارکردی ایجاد کند (ملاک C) که معمولا هر دو را ایجاد می.کند اختلال بدریخت انگاری بدن باید از اختلال خوردن هم افتراق داده شود (جمشیدی فر، 1396).

بینش در مورد عقاید اختلال بدریخت انگاری بدن می تواند از خوب تا فقدان / هذیانی (یعنی عقاید هذیانی مشتمل بر باور کامل به صحت و اعتبار نظر فرد در مورد ظاهرش) متفاوت باشد روی هم رفته، بینش کم است. دست کم یک سوم افراد عموما باورهای هذیانی در مورد بدریخت انگاری دارند. مبتلایان به اختلال بدریخت انگاری بدن با بینش ،هذیانی مشکلاتی وسیع تر در بعضی عرصه ها دارند (مثل خودکشی) اما به نظر رسد که این امر مرتبط با علائم شدیدتر اختلال بدریخت انگاری بدن است (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2020).

انواع مختلف اختلال بدریخت انگاری بدن

* **بدریخت انگاری هراسی عضله**

یکی از مهمترین و شایعترین نوع اختلال بدریخت انگاری بدن، بدریخت انگاری هراسی عضله یا ماهیچه می باشد. بدریخت انگاری هراسی عضله یک کنشوری آسیب شناسانه از عضلانی بودن می‌باشد و با اشتغال ذهنی ناشی از نارضایتی شدید از عضلاتی بودن ناکافی (با وجود این که در بیشتر آنها عضلات به خوبی رشد کرده اند) مشخص می شود این افراد به ورزشهای شدید و رژیمهای غذایی بدون توجه به سایر جنبه های زندگی ،خود مشغول هستند (مورای و تویز[[43]](#footnote-43)، 2013).

بیشتر افراد مبتلا مرد هستند، اگرچه چند مورد زن هم دیده شده است. تقریباً یک چهارم از مردان مبتلا به بدریخت انگاری بدن این نوع نگرانی را دارند. مردان مبتلا بر این باورند که آنها ،لاغر، ضعیف یا کوچک به نظر میرسند؛ در حالی که واقعاً طبیعی هستند یا حتی عضلاتی غیرعادی دارند. در نتیجه آنها به دلیل شرمگین بودن در مورد نقصهای خیالی خود یا نیاز به شرکت در یک رژیم غذایی دقیق و برنامه های تمرینی زمان بر از فعالیتهای مهم اجتماعی یا شغلی غفلت می کنند برخی از آنها نیز به دلیل تمرین و ورزش بیش از حد به سلامتی خود آسیب جدی وارد می کنند (جانقربان، 1398).

افراد با بدریخت انگاری هراسی عضله وسواسهای فکری در مورد اندازه بدن و عضلات خود دارند و رفتارهای خاصی مانند وارسی افراطی در آینه پرسش از دیگران که آیا هیکل آنها عضلانی است و اندازه گیری مکرر وزن خود را انجام می دهند تعداد زیادی از این افراد قسمتهایی از بدنشان را که دوست ندارند با لباسشان می‌پوشانند (فیلیپس، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش میدا و آمسترانگ[[44]](#footnote-44) (۲۰۰۵) نیز نشان می‌دهد نشانه های بدریخت انگاری هراسی عضله با اختلالهای وسواس فکری - جبری و بدریخت انگاری بدن مرتبط است. افراد مبتلا برای حفظ تصویر بدنی خود فعالیت های مختلفی مانند بدنسازی، ورزش، خوردن مواد غذایی خاص مصرف داروهای خاص (مانند استروئیدهای آنابولیک[[45]](#footnote-45)) خرید مواد غذایی خاص و مکملهای خاص و استفاده از لوازم ورزشی انجام می‌دهند (فاستر[[46]](#footnote-46) و همکاران، 2015).

* **اختلال بدریخت انگاری نیابتی[[47]](#footnote-47)**

یک نوع دیگری از اختلال بدریخت انگاری بدن اختلال بدریخت انگاری نیابتی است. بدریخت انگاری نیابتی به عنوان یک تشخیص واحد در DSM-V ذکر نشده است، اما به عنوان نوعی بدریخت انگاری بدن تشخیص داده می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2020). در این نوع اختلال افراد مبتلا اشتغال ذهنی با نقصهای شخص دیگری دارند و نگران ظاهر آن شخص هستند؛ افراد مبتلا به طور قابل توجهی نارضایتی بدنی خودشان را بر روی فرد دیگری معمولاً کودک یا شریک زندگی) نشان می دهند (بومن و گوفرز[[48]](#footnote-48)، 2016). برای مثال فیلیپس (۲۰۰۵) شرح حال زنی که بیش از حد نگران بینی کج دخترش بود؛ در حالی که دخترش نگرانی راجع به بینی خود اظهار نمی کرد بیان کرد. آتیلا[[49]](#footnote-49) و فیلیپس (۲۰۰۱) نیز گزارشی از مردی ۶۳ ساله که معتقد بود او باعث شده موهای دخترش نازک شود و به همین خاطر خودکشی کرده بود شرح دادند مانند افراد مبتلا به بدریخت انگاری بدن، این افراد نیز به طور قابل توجهی از دغدغه های خود رنج می برند و مضطرب هستند افراد مبتلا زمان زیادی را به منظور کاهش رنج خود صرف رفتارهای تشریفاتی یا متناسب کردن ظاهر فردی که نگرانش هستند، می کنند. رفتارهایی مانند نقد و بررسی آن فرد، مقایسه ی ظاهر فرد با دیگران و یا استفاده از روشهای زیبایی افراد مبتلا ممکن است افکار خودکشی یا رفتارهای خودکشی گرایانه را تجربه کنند در روابط بین فردی خود مشکل پیدا کنند و یا دچار شرم افراطی شوند (گرینبرگ[[50]](#footnote-50) و همکاران، ۲۰۱۶).

مطالعات فراوانی در مورد اختلال بدریخت انگاری نیابتی نشده است و اطلاعات دقیق و معتبری در مورد شیوع، ارزیابی و درمان آن وجود ندارد. به علاوه، در کتب منبع نیز این اختلال در یک یا دو جمله شرح داده شده است؛ در نتیجه صرفاً اطلاعاتی در حد این که چنین اختلالی وجود دارد، به ما می دهند یا این که اصلاً آن را ذکر نمی کنند (فیلیپس، ۲۰۰۹).

رویکردهای مختلف در سبب شناسی اختلال بدریخت انگاری بدنی

از جمله رویکردهای مرتبط با بدریخت انگاری بدنی عبارتند از رویکرد شناختی رفتاری، رویکرد زیست شناختی.

**الف ) رویکرد شناختی رفتاری**

مدل های شناختی رفتاری BDD توسط نزیراگلو و ویل بیان شده اند این دو مدل مختص BDD است و بسیاری از عناصر مدل یادگیری اجتماعی شناختی کش[[51]](#footnote-51) را در توصیف اختلال تصویر بدن ترکیب می نمایند. مدل نزیراگلو بر شرطی عاملی و نقش چهارچوبهای ارتباطی[[52]](#footnote-52) در شکل گیری باورهای مرتبط با BDD تاکید می کند. ولی مدل ویل بر نقش تصویر سازی ذهنی سوگیری توجه و فرایندهای شناختی مثل نشخوار ذهنی تاکید می‌کند. تجارب اولیه نقش مهمی در شکل گیری BDD دارد. این افراد به طور معناداری سوء استفاده های جنسی و هیجانی بیشتری را گزارش می کنند. تجارب اولیه آزارنده از جمله تمسخر، بی توجهی و تهدید بر احساس شخص در مورد بدن تاثیر می‌گذارد (کوروروه و گلیوز[[53]](#footnote-53)، 2022).

فرد ممکن است از طریق تجربهی جانشینی[[54]](#footnote-54) یاد بگیرد که جذابیت فیزیکی منجر به پاداش می شود. محیط فرهنگی-اجتماعی و خانواده ممکن است موقعیت های یادگیری زیادی را ایجاد کنند. بنابراین می- توان چنین فرض کرد که آمادگی بیولوژیکی، تاریخچه ی تقویت اوایل کودکی و یادگیری جانشینی، پیش- نیازهای ضروری برای شگل گیری BDD هستند و بر اساس مدل آسیب پذیری استرس، حساسیت فرد را برای شرطی کلاسیک افزابش میدهند. نشانه های BDD از طریق شرطی سازی عاملی به خصوص تقویت منفی حفظ می شوند و هیجانات آزارنده از طریق اجتناب و رفتارهای ایمنی بخش کاهش می یابند (کوروروه و گلیوز، 2022).

**ب)رویکرد زیست شناختی**

عوامل متعددی در بدریخت انگاری بدنی نقش دارند از بین این عوامل می توان به تصویر بدن و نوع برداشتی که این افراد از بدن خود دارند اشاره کرد. هسته ی پاتولوژی بدریخت انگاری بدنی، اختلال در تصویر بدن است. اختلال ادراکی در تصویر بدن افراد BDD، توسط عدم وجود یک نقص فیزیکی واقعی آشکار می گردد. تصویر بدنی یک سازه ی روانشناختی چند بعدی است که در بردارنده ی ادراک، نگرش، باور، احساسات و رفتارهای مرتبط با ظاهر جسمانی شخص می باشد (جانقربان، 1398). بعد ادراکی تصویر بدن به ادراک فرد از سایز بدنش اشاره دارد. در حالیکه محتوای نگرشی یا عاطفی تصویر بدن به رضایتمندی و احساسی که افراد نسبت به بدن و ظاهرشان دارند اشاره دارد. بعد شناختی مربوط به افکار و باورهای فرد در مورد شکل بدن و ظاهرش می باشد و بعد رفتاری در بردارنده رفتارهای خاص، مانند وارسی بدن، اجتناب از آینه و موقعیت های عمومی است. بر اساس نظریه شناختی رفتاری، میزانی که افراد بر روی ظاهرشان سرمایه گذاری می‌کنند به خود طرحواره های بنیادین مربوط به ظاهرشان بر می گردد. این خود طرحواره ها به عنوان الگوهای شناختی ارزیابی ظاهر و هیجانات مربوط به تصویر بدن به کار می رود و زمانی که توسط موقعیت های محیطی تحریک شوند فعالیت های خودتنظیمی یا راهبردهای مقابله ای را بر می انگیزند. اختلال در عناصر شناختی، رفتاری و هیجانی مربوط به تصویر بدن به عنوان هسته ی پاتولوژیک اختلال بدشکلی بدنی در نظر گرفته می‌شود (جمشیدی فر، 1396).

کاهش غلظت مهار کننده های انتقال دهنده سروتونین در اختلالات مرتبط با OCD، از جمله BDD اتفاق می‌افتد. شواهدی مبنی بر تاثیرگذاری داروهای بازدارنده سروتونین [[55]](#footnote-55) (SRI)، در درمان BDD وجود دارد. درمان با استفاده از داروهای بازدارنده سروتونین منجر به مشغولیت کمتر و کنترل بهتر بر تکانه ها و کاهش پریشانی مرتبط با BDD می‌شود (حمداله زاده، 1400).

افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدنی تمرکز بیش از اندازه ای به جزئیات بی اهمیت ظاهر دارند و واکنش زیادی به تهدیدهایی که در واقع اصلا وجود ندارند نشان می دهند داروهای بازدارنده بازجذب سروتونین به افراد کمک می کند که به نقصهای جزیی ظاهر تمرکز و واکنش اغراق آمیز کمتری نشان دهند. علاوه بر این تاثیر داروهای بازدارندهی بازجذب سروتونین بر روی سیستم بینایی، ممکن است علائم اختلال بدریخت انگاری بدنی را به وسیله ی افزایش رهاسازی سروتونین در جسم مخطط و دیگر قسمت های کلیدی مغز و بیش فعالی آمیگدال بازداری کرد علاوه بر سروتونین احتمالا انتقال دهنده های عصبی دیگری هم در اختلال بدریخت انگاری بدنی درگیر هستند یکی از این انتقال دهنده ها دوپامین است که ممکن است با سروتونین ترکیب شود و به ویژه در شکل هذیانی اختلال بدریخت انگاری بدنی مهم باشد (حمداله زاده، 1400).

**رفتار وارسی بدنی**

در این بخش به بیان معانی و مفاهیم پیرامون رفتار وارسی بدنی پرداخته شده است:

**تعاریف و مفاهیم وارسی بدنی**

رفتارهای وارسی شبیه اعمال وسواسی بوده که در آنها فرد از طریق اشتغال ذهنی با شکل و اندازه بدن از پرداختن به ریشه اصلی پریشانی خود امتناع می کند. رفتارهای وارسی بدن شامل اندازه گیری مکرر وزن، بدن فراوانی بررسی تغییرات بدن در آینه استفاده از لباس های خاص برای اندازه گیری اندازه بدن فشردن قسمتهای مختلف بدن برای بررسی چاقی آن قسمت از بدن و مقایسه وزن و شکل بدن با دیگران می – باشد (ریاس و همکاران، ۲۰۰۲). فیربورن در سال ۱۹۹۷ دریافت که در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن، رفتارهای وارسی بدن توجه بیش از حد به بدن و احساس نگرانی وابسته به تصویر بدنی منفی، نارضایتی از بدن را تقویت می‌کنند. فیربورن و همکاران در سال ۱۹۹۹ بر نقش وارسی بدن در افزایش بی اشتهایی تأکید کردند (جمشیدی فر، 1396).

رفتارهای وارسی بدن برای بررسی تغییرات وزن بدن و شکل بدن به کار می روند اما به دنبال آن افزایش ادراک از نقایص بدن ایجاد می‌شود که باعث افزایش کنترل وزن شده و در نهایت منجر به شکل گیری عقاید منفی درباره تصویر بدن و ایجاد تصویر بدنی با شکلی غیر طبیعی می شود. رفتارهای وارسی بدن در ظاهر رفتارهایی بی خطر بوده و در کوتاه مدت باعث کاهش اضطراب می شوند اما در بلند مدت تقویت شده و شخص به این رفتارها برای کسب اطمینان مجدد درباره وزن و شکل بدن وابسته می شود (جمشیدی فر، 1396).

شافران و همکاران در سال 2007 به دنبال مطالعه ای دریافتند که فراوانی رفتارهای وارسی بدن منجر به نارضایتی از بدن احساس چاقی بیشتر و افزایش افکار خود انتقادی می شود این یافته ها از نظریه ارتباط بین رفتارهای وارسی بدن و بیش نگرانی از شکل بدن حمایت کرده و یافته های گذشته مبنی بر دخالت رفتارهای وارسی بدن در نگهداری و حفظ نگرانی درباره شکل بدن را نیز تأیید کنند. رفتارهای وارسی بدن در وهله اول رفتارهای کنترل بدن و وارسی بدن برای بررسی تغییرات ایجاد شده در بدن و بررسی اندام می باشد، اما افزایش ادراک فرد از نقایص بدن خود باعث افزایش کنترل وزن شده که در نهایت پیامد آنها توجه بیشتر به کنترل وزن بدن و تثبیت عقاید منفی درباره بدن و ایجاد تصویر بدنی منفی می‌باشد (امری[[56]](#footnote-56) و همکاران، 2010).

افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدنی نیز چندین نوع معمول رفتارهای وارسی از جمله: وارسی خود در آینه آرایش افراطی دستکاری پوست و پنهان سازی نقص و موارد دیگر را انجام می دهند. این رفتارها برای مخفی کردن یا بهبود نقصهای ساختگی خود و یا برای احساس اطمینان از اینکه زشت نیستند انجام می شود. این رفتارها که وسواس گونه می باشند احساس اجباری مقاومت ناپذیر و تکرار پذیر بودن در شخص ایجاد می کنند این رفتارها گاهی اوقات برای جستجوی ایمنی به خاطر اجتناب یا گریز از احساسات ناخوشایند یا جلوگیری از اتفاق ترسناک مانند مسخره شدن به وسیله ی دیگران، انجام می شوند. این رفتارها معمولا به وسیله افکار مزاحم مانند امروز چطور به نظر می رسم؟ یا هنوز وحشتناک هستم راه اندازی می شود. بیماران مبتلا به بدریخت انگاری بدنی زمان زیادی را صرف رفتارهای وارسی بدنی می کنند. این افراد معمولا ساعاتی از روز را صرف رفتارهایی مانند آرایش کردن و کنترل وزن می کنند (جمشیدی فر، 1396).

**وارسی بدن در نشانه های بدریخت انگاری بدنی**

جمشیدی فر (1396) در تحقیقی با عنوان: روابط ساختاری باورهای فراشناختی با نشانه های اختلال بی‌اشتهایی عصبی و بدریخت انگاری بدنی به واسطه ی رفتارهای وارسی بدنی، به این نتیجه رسید که  باورهای فراشناختی در قالب روابط ساختاری و به واسطه ی رفتارهای وارسی بدنی قادرند تغییرات بی اشتهایی عصبی و بدریخت انگاری را تبیین نمایند، به نحوی که باورهای مثبت به نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر افکار اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار و رفتارهای وارسی بدنی به صورت مستقیم و مثبت قادر به تبیین تغییرات اختلال بی اشتهایی عصبی و بدریخت انگاری بودند. اثر مستقیم خودآگاهی شناختی بر بی اشتهایی عصبی و بدریخت انگاری معنی دار نبود اثر غیر مستقیم باورهای مثبت به نگرانی کنترل ناپذیری و خطر افکار، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی بر بی اشتهایی عصبی به واسطه رفتارهای وارسی بدنی مثبت و معنی دار بود. اثر غیر مستقیم باورهای مثبت به نگرانی اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار بر بدریخت انگاری بدنی به واسطه رفتارهای وارسی بدنی معنی دار ولی اثر کنترل ناپذیری و خطر افکار و خودآگاهی شناختی بر بدریخت انگاری بدنی به واسطه ی رفتارهای وارسی بدنی معنی دار نبود.

عدم تحمل پریشانی

در این قسمت به بیان معانی و مفاهیم پیرامون تحمل پریشانی پرداخته می شود:

تعاریف و مفاهیم تحمل پریشانی

**تحمل پریشانی به عنوان یک مساله فراهیجانی مفهوم سازی شده و به عنوان یک صفت و نه یک حالت هیجانی در نظر گرفته می شود و معمولا به عنوان توانایی ادراک شده خود گزارشی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت های هیجانی منفی (سیمونز و گاهر، 2008) یا توانایی رفتاری فرد در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می شود. همچنین از بعد جسمانی رفتاری، تحمل پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می شود (مک کیلوپ و دویت[[57]](#footnote-57)، 2013). مطابق دیدگاه گاهر و سیمون افراد با تحمل آشفتگی پایین ویژگی های خاصی دارند برای مثال آنها خودشان می‌دانند که نمی‌توانند احساس تاراحتی را تاب بیاورند و اینطور احساس می‌کنند که سایر افراد توانایی بیشتری دارند تا با هیجانات منفی مقابله کنند. همین باعث می شود به دلیل ناتوانیشان در مقابل تحمل هیجانات منفی دچار احساس سرافکندگی شوند. این افراد برای دوری از تجربه کردن هیجانهای منفی خیلی تلاش می کنند چون تواناییهای مقابله شان ضعیف است و نمی توانند حالات هیجانی آزار دهنده شان را خوب مدیریت کنند. چنانچه اجتناب از هیجانات منفی امکان پذیر نباشد فرد روشهای ناسالمی را به کار خواهد گرفت و اگر این روشهای ناسالم مفید نباشند کل انرژی فرد بر روی هیجاناتش متمرکز می‌شود که این باعث اختلال در کارکردهایش است (فصل بهار، 1400).**

**از چشم انداز نظری تحمل پریشانی عبارت است از تحمل فرد در برابر گستره ای از هیجانات منفی، بلاتکلیفی، ابهام، ناراحتی فیزیکی و ناکامی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۸).**

**تحمل پریشانی از گذشته به دلایل مختلفی همواره مورد توجه و تمرکز دانشمندان بالینی بوده است و هنوزهم هست. اینطور به نظر می رسد که تحمل پریشانی به گسترش و نگهداری برخی از انواع اختلالات روانی مانند اضطراب و اختلالات شخصیت کمک کرده است بر اساس مطالعات محققان و متخصصان بالینی در قرن بیستم علاقه و توجه زیادی به نشان دادن اثر تحمل فشار در حیطه وسیعی از امور روانشناختی داشته اند (گو و همکاران، 2020).**

جنبه های مفهومی پریشانی و فشار

دانشمندان انواع گسترده ای از ساختارهای تحمل پریشانی را بیان کرده.اند دو شکل متفاوت از تحمل پریشانی مفهوم سازی شده است تحمل پریشانی اشاره دارد به ظرفیت فرد برای تحمل هیجان های منفی یا حالت های آزار دهنده مانند ناراحتیهای فیزیکی در واقع دو نوع بررسی در این زمینه انجام گرفته است. یکی برداشت فرد از خودش یعنی آنچه را که گزارش کرده است چرا که از ظرفیتهای ذهنی اش آگاه است و دسته دوم هم بر روی رفتارهای فرد در تحمل پریشانی متمرکز است که جنبه عینی دارد. احتمالا تفاوت هایی در نتایج این دو نوع از تحقیقات وجود داشته باشد هرچند که شواهد کافی در این باره وجود ندارد. به جز تفاوت هایی در نتایج این دو نوع تحقیقات، شاخه های مختلفی را برای تحمل پریشانی مطرح کرده اند. برای مثال تحمل پریشانی جسمی و تحمل پریشانی هیجانی همین نوع تفکیکها باعث شده است تحقیقات بسیار متنوعی در زمینه تحمل پریشانی انجام بگیرد و این تنوع مانع از این میشود که یک نظریه یکپارچه و فراگیر شکل بگیرد (صاحیب[[58]](#footnote-58) و همکاران، 2023).

از جنبه نظری امکان دارد، تحمل پریشانی بر شماری از فرایندهای خود تنظیمی مانند توجه و ارزیابی‌های شناختی هیجانی و جسمانی تنش زا تاثیر گذار باشد و یا از آنها تاثیر پذیرد. مثلا تفاوت های فردی احتمالا در ماهیت تحمل پریشانی موثر است. معمولا افراد با سطح تحمل پریشانی پایین ممکن است پاسخ ناسازگارانه بیشتری به شرایط تنش زا و برانگیزاننده پریشانی نشان دهند در برابر این افراد، کسانی که سطح تحمل پریشانی بالاتری دارند احتمالا توانایی بیشتری دارند تا در مواجهه با شرایط تنش زا پاسخ های انطباقی از خود نشان بدهند می توان گفت تا به امروز هیچ مدل یکپارچه و فراگیری در خصوص تحمل پریشانی وجود ندارد (عبدالملکی، 1400).

ابعاد تحمل پریشانی

ظرفیت ادراک شده تحمل پریشانی در پنج روش اصلی کاربردپذیر شده است: شامل ۱- بلاتکلیفی ۲- ابهام 3- ناکامی 4- حالتهای هیجانی منفی 5- احساسهای بدنی. با اینکه این موارد زیرمجموعه تحمل پریشانی قرار می گیرند اما هیچ روش واحدی برای بررسی همه شان وجود ندارد بلکه برای هر یک از این ها باید یک شاخص خود گزارشی وجود داشته باشد (آلسچولر و بیر[[59]](#footnote-59)، 2015). اینک به شرح هر یک از این ابعاد پرداخته می شود:

**عدم تحمل بلاتكليفي**

عدم تحمل بلاتکلیفی (IU) یک امر اساسا شناختی است و به نحوه درک فرد از شرایط مبهم در شناخت هیجان و رفتار بستگی دارد در واقع وقتی انسانها با ابهام مواجه می‌شوند شرایط دشواری را تجربه می کنند اما این تجربه در میان انسان ها متفاوت است و یک طیف را تشکیل می دهد. عدم تحمل بلاتکلیفی بواسطه مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی سنجیده میشود و جایگاه فرد را بر روی طیف عدم تحمل بلاتکلیفی مشخص می شود (فصل بهار، 1400).

فریستون[[60]](#footnote-60) و همکاران (۱۹۹۴) با نگاه به نگرانی عدم تحمل بلاتکلیفی را مورد بررسی قرار داده اند و بیان کرده اند که علت اصلی نگرانی افراد آن است که می کوشند بر روی شرایط کنترل پیدا کنند و از نتایج منفی در آینده اجتناب کنند افراد دارای عدم تحمل بلاتکلیفی بالا در برابر ابهام تعصب منفی زیادی از خود نشان می دهند و در مهارتهای حل مساله دچار دشواری هستند و به سختی باورهایشان را تغییر می دهند. آنها در خصوص نتایج منفی امور در آینده اغراق میکنند و همچنین نگرانی میتواند با حل مساله نادرست و اعتماد بنفس پایین رابطه داشته باشد (آلسچولر و بیر، ۲۰۱۵).

**تحمل ابهام[[61]](#footnote-61)**

فرانکل برانسویک[[62]](#footnote-62) (۱۹۴۹) برای اولین بار مفهوم تحمل ابهام را به عنوان یک متغیر شخصیت هیجانی و ادراکی» بیان کرد. تحمل ابهام را میتوان به عنوان عامل تفاوت های فردی و یا یک متغیر شخصیت در نظر گرفت و در زمینه های مختلف از جمله روانشناسی بالینی (لاچانسه[[63]](#footnote-63) و همکاران، 1999)، پزشکی (گلر[[64]](#footnote-64) و همکاران، 1993) و رفتار سازمانی (جاج[[65]](#footnote-65) و همکاران، 1999) استفاده می شود (کرنر[[66]](#footnote-66) و همکاران، 2017).

این مساله عموما پذیرفته شده است که تحمل ابهام یکی از تفاوتهای فردی است. برای اینکه بتوانیم تحمل ابهام را بهتر درک کنیم باید آن را از ابهام متمایز کنیم ابهام نوعی ادراک است و به برداشت فرد از یک محرک خاص بستگی دارد افراد مختلف در واکنش به ابهام ادراک شده با شدتهای مختلفی از تحمل ابهام برخوردارند. البته ابهام همیشه هم آزار دهنده نیست بلکه در آثار هنری مانند یک شخصیت مرموز در یک داستان معمایی، یا اینکه مبهم است ولی برای خواننده می‌تواند جذابیت هم داشته باشد (کرنر و همکاران، 2017).

تحمل ابهام معمولا توسط یک مقیاس تک بعدی مورد سنجش قرار میگیرد افرادی که تحمل ابهام پایینی دارند معمولا به راه حل های سفید و سیاه روی می آورند و از واقعیت غفلت می کنند و از طرفی آن دسته از افرادی که نمره بالا در مقیاس گشودگی به تجربه کسب کرده اند؛ ریسک پذیری زیادی از خودشان نشان میدهند و اتفاقا شرایط مبهم برایشان جالب و چالش انگیز محسوب می شود (کارلسون[[67]](#footnote-67)، 2024).

**تحمل ناکامی[[68]](#footnote-68)**

منظور از تحمل ناکامی ظرفیت های ادراک شده ی متفاوت افراد در تحمل وخامت است مانند هدف های بی نتیجه ی زندگی تحمل ناکامی به انواعی از متغیرهای عاطفی و همچنین همزمان متغیرهای خودکنترلی مربوط می‌شود. مقیاس تحمل ناامیدی و ناکامی را هرینگتون[[69]](#footnote-69) (۲۰۰۵) طراحی کرد مقیاس ناکامی ناراحتی [[70]](#footnote-70)(FDS)، دارای ۲۸ سوال است و ایده آن از رفتار درمانی عقلانی هیجانی گرفته شده است (زاوالنسکی[[71]](#footnote-71) و همکاران، 2011).

**پریشانی (برای حالت های هیجانی منفی)**

بر اساس نظر گیفورد[[72]](#footnote-72) (2002) تحمل پریشانی شامل میزان توانایی فرد در تحمل تجربه ناراحتی است مخصوصا زمانی که امکان رهایی از ناراحتی مهیا باشد براساس یک بیان رفتارگرایانه می توان تحمل پریشانی را به عنوان خودداری از پاسخ به یک فرصت تقویت منفی تعریف کرد بنابراین عدم تحمل پریشانی به معنای رسیدن به آرامش سریع از راه اجتناب از انجام رفتارهایی است که احساس ناخوشایند را به بار می آورد به طوری که رهایی از پریشانی یک پاداش فوری محسوب می شود بنابراین عدم تحمل پریشانی به جای خویشتن داری از یک میل تکانه ای یعنی رهایی از پریشانی به عنوان یک تقویت کننده استفاده می کند. همچنین بیان کرده است که بنیادهای عصبی و زیستی هم احتمالا در بروز تحمل پریشانی نقش زیادی دارند (باوفا، 1401). برای مثال می توان به ژنتیک بنیادهای عصبی و زیستی زیست شناسی سلولی اشاره کرد در ادامه چند موضوع کلیدی را شرح می دهند:

۱. نمی توان با یک فرآیند عصبی زیستی خاص، تحمل پریشانی را تعیین کرد. اما مجموعه ای از فرآیندهای عصبی زیستی هستند که بروی تحمل پریشانی تاثیر می گذارند اینکه ما بتوانیم مشخص کنیم دقیقا کدام اجزا بر روی تحمل پریشانی موثر است کمک می کند تا مداخلات بهتری بر روی این مساله داشته باشیم.

2. زاوالنسکی و همکاران (۲۰۱۱) بر این باور هستند که تحمل پریشانی تحت تاثیر تجربیات قبلی، یادگیری و باورها و ژنتیک فرد قرار می گیرد. آنها معتقدند که تحمل پریشانی به عنوان یک صفت ثابت در نظر گرفته نمی شود بلکه میتوان در آن مداخله کرد و تغییرش داد (فصل بهار، 1400).

تحمل پریشانی به عنوان توانایی فرد برای تحمل هیجانهای منفی توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۸) تعریف شده است. ازمنظر آنها تحمل پریشانی هیجانی یک ماهیت چند بعدی است شامل پیش بینی فردی و تجربه هیجان های منفی شامل (الف) توانایی تحمل؛ (ب) ارزیابی وضعیت هیجانی به عنوان قابل پذیرش؛ (ج) چگونه فرد هیجان های خود را تنظیم میکند و (د) چقدر توجه به هیجان منفی جذب می شود و چه مقدار از آن با عملکرد تداخل می کند. سطوح پایین تر تحمل حالتهای هیجانی احساسات منفی، به صورت همزمان و پیش گویانه به احتمال بیشتر برای اختلالات مصرف مواد، مصرف دارو، علائم پرخوری و نشانه های استرس پس از سانحه مربوط می شود. سیمونز و گاهر (۲۰۰۸) مقیاس تحمل پریشانی (DIS)[[73]](#footnote-73) را طراحی کردند تا از این طریق بتوان تحمل پریشانی را اندازه گیری کرد (عبدالملکی، 1400).

**عدم تحمل ناراحتی**

عدم تحمل ناراحتی (DIS) عبارت است از ظرفیت پایین شخص برای تحمل کردن ناراحتی های جسمانی و حالات بدنی و در میان افراد دارای اختلال اضطراب منتشر هم زیاد دیده می شود. عدم تحمل ناراحتی خیلی شبیه به عدم تحمل درد می باشد ولی در عدم تحمل ناراحتی به جای متمرکز شدن بر روی توانایی تحمل کردن محرک دردناک، فرد احساس ناراحتی گسترده تری دارد که البته شاید هم دردناک نباشند اشمیت (اوگلسبی و اشمیت[[74]](#footnote-74)، 2017).

اشمیت و همکاران (۲۰۰۶) مقیاس عدم تحمل ناراحتی (DIS) را طراحی کردند. این مقیاس دارای ۳ عامل متفاوت است که یکی عدم تحمل ناراحتی به عنوان عامل بالاتر و دو عامل پایین تر یعنی عدم تحمل درد و اجتناب از ناراحتی جسمی است. توانایی زیاد تحمل دردهای جسمانی ناراحتی کم نامیده میشود و توانایی کم تحمل دردهای جسمانی ناراحتی زیاد نامیده میشود. بر اساس این تحقیق میان عدم تحمل پریشانی و عدم تحمل ناراحتی ارتباط وجود دارد (اوگلسبی و اشمیت، 2017)

مکانیسمهای زمینه ساز تحمل پریشانی

یک مدل توسط زاوالنسکی و همکاران (۲۰۱۱) پیشنهاد شده است که نشان می دهد با بهره گیری از اصطلاحات رفتاری میتوان گفت که تحمل پریشانی در جستجوی پاداش است. بر این اساس به نظر می رسد پاداش در تحمل پریشانی موثر است. همچنین تصمیم گیری در مورد اینکه فرد در موقعیت های مختلف چگونه به مسایل محیطی پاسخگو باشد به چند مورد بستگی دارد که هر کدام از این موارد به سیستم های مغز مرتبط است:

۱( ارزش مورد انتظار پاداش ۲( در دسترس بودن موقعیتهای پاداش در تجربه فرد ۳( توانایی مهار پاسخ فوری.

اول اینکه وقتی فرد آسایش خاطر بیشتری را پیش بینی می کند در پی آن پاسخهای رفتاری را خیلی شدیدتر نشان می دهد. زمانی که فرد در یک شرایط بسیار تنش زا و پریشان کنند قرار می گیرد تلاش بیشتری می کند فوری از آن موقعیت فرار کند نسبت به اینکه در یک موقعیت کمتر تنش زا واقع شده باشد. برای همین اهمیت زیادی دارد که فرد چگونه شرایط را پیش بینی کند چون نسبت به آن پیش بینی پاسخ می دهد. مورد دوم این است که وقتی فرصتهای زیادی در دسترس فرد قرار میگیرد ذوق و شوقش برای پاسخگویی به یک موقعیت متفاوت میشود یعنی اگر شرایط برای گریز و فرار خیلی کم در دسترس باشد، احتمال اینکه شخص از این موقعیت استفاده کند به مراتب خیلی بیشتر است اما وقتی که شرایط برای فرار و اجتناب از یک شرایط خطرناک همواره مهیا باشد ممکن است اصلا احساس نیاز برای فرار نکند پس می توان گفت که کم یا زیاد بودن میل فرد به پاسخگویی به شرایط براساس در دسترس بودن یا نبودن فرص تها تغییر می کند. مورد سوم این که اگر فرد توانایی بر کنترل خود داشته باشد بسیار در تحمل پریشانی اش موثر است. در مجموع انسان ها هر کدام در این زمینه بسیار متفاوت هستند یعنی تفاوتهای فردی افراد در خودکنترلی شان می تواند منجر به تحمل پریشانی کم یا زیاد شود (زاوالنسکی و همکاران، ۲۰۱۱).

یک طرح در مورد زمینه سازهای تحمل پریشانی وجود دارد که ترافتون[[75]](#footnote-75) و گیفورد (۲۰۱۱) آن را طراحی کرده اند و نشان داده اند که تحمل پریشانی می‌تواند اینطور تعریف شود، توانایی فرد در باقی ماندن در شرایط پریشانی را بدون اینکه از موقعیت اجتناب کند و صرف نظر کردن از پاداش فوری که همان رهایی از پریشانی است (عبدالملکی، 1400).

پیوندهای مفهومی بین تحمل پریشانی، مخاطره و انعطاف پذیری

 نظری در مورد تحمل پریشانی اینطور بیان می کند که افراد با تحمل پریشانی پایین احتمالا به روش ها و پاسخ های ناسازگارانه روی می آورند. برای مثال در شرایط پریشانی را به جای حل مساله ی اصولی، ترجیح دهند از موقعیت اجتناب کنند و در مقابل افراد با تحمل پریشانی بالا توانایی بیشتری برای برخورد با احساسات منفی و شرایط تنش زا دارند و معمولا میتوانند خودکنترلی داشته باشند و شرایط را مدیریت کنند. بنابراین می توان اینطور نتیجه گرفت عدم تحمل پریشانی میتواند مواردی مانند توجه، سنجیدن سطح پریشانی حل مساله در شرایط پریشانی را تحت تاثیر قرار دهد (باوفا، 1401).

**عدم تحمل پریشانی ونشانه های بدریخت انگاری**

الطفای فرکوش و قربان شیرودی (1401) در تحقیقی با عنوان: بررسی رابطه بین تصویربدنی، بدریخت‌انگاری و عدم تحمل بلاتکلیفی باتنظیم هیجانی دختران نوجوان، به این نتیجه بین بدریخت‌انگاری بدنی و تنظیم هیجان و نیز بین عدم تحمل بلاتکلیفی و دشواری تنظیم هیجان رابطه معنی داری وجود داشت.

خوشینی و همکاران (1400) در تحقیقی با عنوان: رابطه ساختاری اختلال بدریخت انگاری بدن با طرح واره‌های ناسازگار اولیه و بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده: نقش میانجی فراشناخت، تصویر بدن و تحمل پریشانی، به این نتیجه رسیدند که متغیر [تصویر بدن](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%AA%D8%B5%D9%88%DB%8C%D8%B1%20%D8%A8%D8%AF%D9%86/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) مختل شده به عنوان متغیر میانجی در رابطه بین [طرحواره های ناسازگار اولیه](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%B7%D8%B1%D8%AD%D9%88%D8%A7%D8%B1%D9%87%20%D9%87%D8%A7%DB%8C%20%D9%86%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%B2%DA%AF%D8%A7%D8%B1%20%D8%A7%D9%88%D9%84%DB%8C%D9%87/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) و [بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%A8%DB%8C%20%D8%A7%D8%B9%D8%AA%D8%A8%D8%A7%D8%B1%D8%B3%D8%A7%D8%B2%DB%8C%20%D9%87%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D9%86%DB%8C%20%D8%A7%D8%AF%D8%B1%D8%A7%DA%A9%20%D8%B4%D8%AF%D9%87/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) با علایم [اختلال بدریخت انگاری بدن](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%A7%D8%AE%D8%AA%D9%84%D8%A7%D9%84%20%D8%A8%D8%AF%D8%B1%DB%8C%D8%AE%D8%AA%20%D8%A7%D9%86%DA%AF%D8%A7%D8%B1%DB%8C%20%D8%A8%D8%AF%D9%86/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) نقش برجسته و مهمی را ایفا کردند, علاوه بر این متغیر [تحمل پریشانی](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%AA%D8%AD%D9%85%D9%84%20%D9%BE%D8%B1%DB%8C%D8%B4%D8%A7%D9%86%DB%8C/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) در رابطه با [طرحواره های ناسازگار اولیه](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%B7%D8%B1%D8%AD%D9%88%D8%A7%D8%B1%D9%87%20%D9%87%D8%A7%DB%8C%20%D9%86%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%B2%DA%AF%D8%A7%D8%B1%20%D8%A7%D9%88%D9%84%DB%8C%D9%87/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) و [اختلال بدریخت انگاری بدن](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%A7%D8%AE%D8%AA%D9%84%D8%A7%D9%84%20%D8%A8%D8%AF%D8%B1%DB%8C%D8%AE%D8%AA%20%D8%A7%D9%86%DA%AF%D8%A7%D8%B1%DB%8C%20%D8%A8%D8%AF%D9%86/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) نقش میانجی دارد. به طوری که رابطه مستقیم [طرحواره های ناسازگار اولیه](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%B7%D8%B1%D8%AD%D9%88%D8%A7%D8%B1%D9%87%20%D9%87%D8%A7%DB%8C%20%D9%86%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%B2%DA%AF%D8%A7%D8%B1%20%D8%A7%D9%88%D9%84%DB%8C%D9%87/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) و [بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%A8%DB%8C%20%D8%A7%D8%B9%D8%AA%D8%A8%D8%A7%D8%B1%D8%B3%D8%A7%D8%B2%DB%8C%20%D9%87%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D9%86%DB%8C%20%D8%A7%D8%AF%D8%B1%D8%A7%DA%A9%20%D8%B4%D8%AF%D9%87/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) با [اختلال بدریخت انگاری بدن](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%A7%D8%AE%D8%AA%D9%84%D8%A7%D9%84%20%D8%A8%D8%AF%D8%B1%DB%8C%D8%AE%D8%AA%20%D8%A7%D9%86%DA%AF%D8%A7%D8%B1%DB%8C%20%D8%A8%D8%AF%D9%86/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) با در نظر گرفتن نقش میانجی متغیرهای مذکور معنادار نبود. به عبارتی دیگر،  نتایج این پژوهش از نقش میانجی کامل [تحمل پریشانی](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%AA%D8%AD%D9%85%D9%84%20%D9%BE%D8%B1%DB%8C%D8%B4%D8%A7%D9%86%DB%8C/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) و [تصویر بدن](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%AA%D8%B5%D9%88%DB%8C%D8%B1%20%D8%A8%D8%AF%D9%86/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) مختل شده در ارتباط بین [طرحواره های ناسازگار اولیه](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%B7%D8%B1%D8%AD%D9%88%D8%A7%D8%B1%D9%87%20%D9%87%D8%A7%DB%8C%20%D9%86%D8%A7%D8%B3%D8%A7%D8%B2%DA%AF%D8%A7%D8%B1%20%D8%A7%D9%88%D9%84%DB%8C%D9%87/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) و [بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%A8%DB%8C%20%D8%A7%D8%B9%D8%AA%D8%A8%D8%A7%D8%B1%D8%B3%D8%A7%D8%B2%DB%8C%20%D9%87%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D9%86%DB%8C%20%D8%A7%D8%AF%D8%B1%D8%A7%DA%A9%20%D8%B4%D8%AF%D9%87/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) با [اختلال بدریخت انگاری بدن](https://www.sid.ir/search/paper/%D8%A7%D8%AE%D8%AA%D9%84%D8%A7%D9%84%20%D8%A8%D8%AF%D8%B1%DB%8C%D8%AE%D8%AA%20%D8%A7%D9%86%DA%AF%D8%A7%D8%B1%DB%8C%20%D8%A8%D8%AF%D9%86/fa?page=1&sort=1&ftyp=all&fgrp=all&fyrs=all) حمایت می کند.

تاشکه و همکاران (1397) در تحقیقی با عنوان: مقایسۀ عدم تحمل بلاتکلیفی و دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به بدریخت انگاری بدن و اضطراب اجتماعی، به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلابه اضطراب اجتماعی سطح بالاتری از عدم تحمل بلاتکلیفی را نسبت به گروه بدریخت‌انگاری تجربه می‌کنند، همچنین دو گروه در دشواری‌های تنظیم هیجان تفاوت معنادار داشتند. بدریخت انگاری بدن و اضطراب اجتماعی ازنظر عدم تحمل بلاتکلیفی و دشواری در تنظیم هیجان باهم متفاوت بودند.

بیجستربوش[[76]](#footnote-76) و همکاران (2023) در تحقیقی با عنوان: رابطه بین آگاهی تعاملی، عدم تحمل پریشانی و نارضایتی از بدن، به این نتیجه رسیدند که بین آگاهی تعاملی، عدم تحمل پریشانی و نارضایتی از بدن رابطه معناداری وجود داشته است.

بیجستربوشو همکاران (2020) در تحقیقی با عنوان: درک رابطه بین عدم تحمل پریشانی، اضطراب اجتماعی و نارضایتی بدنی در زنان، به این نتیجه رسیدند که بین عدم تحمل پریشانی، اضطراب اجتماعی و نارضایتی بدنی در زنان رابطه معناداری وجود داشته است.

طبق پژوهشهای صورت گرفته توسط مادنی[[77]](#footnote-77) و همکاران (۲۰۱۷) علائم اختلال بدریخت انکاری بدن با عدم تحمل پریشانی همراه بوده است. افراد داری این اختلال برای جلوگیری یا کاهش پیدا کردن پریشانی ناشی از نگرانی ظاهری خود درگیر رفتارهای اجتناب ناپذیر یا اجباری می‌شوند.

سومرز (2016) در تحقیقی با عنوان: میزان عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدنی، به این نتیجه رسیدند که در افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن نسبت به افراد سالم سطوح عدم تحمل پریشانی و استرس عمومی به طور قابل توجهی بیشتر است.

سوء تعبیر منفی

در این بخش به بیان معانی و مفاهیم پیرامون سوگیری و سوگیری تعبیر پرداخته شده است:

مفهوم سوگیری

واژه ی سوگیری به معنی جانبداری و سوداری به عنوان منحنی نقصی در ادراک، سنجش، قضاوت و یا سایر فعالیتهای شناختی ناشی از ندیدن یا غفلت از بعضی جوانب به سود بعضی جوانب دیگر تعریف شده است. بر اساس نظریه های شناختی سوگیری با شناختهای ناکارآمد مختلفی همراه است که به نوبه خود پاسخهای رفتاری و هیجانی بد کارکرد را فعال می کند. به خاطر تقویت ارتباط میان شناختها، هیجانها و رفتار، یک مارپیچ رو به پایین آسیب روانی در افراد آسیب پذیر فعال می شود که منجر به نشانه های اختلال می گرد. تعبیر به صورت فرایند اختصاص دادن معنی را به یک موقعیت یا شیء که ظرفیت آن نامشخص است تعریف می‌شود (رادمهر، 1394). سوگیریهای شناختی عبارتند از نوعی آسیب پذیری شناختی در پردازش اطلاعات یعنی شرایط خاصی که باعث می شود پردازش های شناختی به صورت مختل به سوی محرکهای خاص هدایت شوند.

انواع سوگیریهای پردازش اطلاعات

**الف)سوگیری حافظه**

سوگیری حافظه[[78]](#footnote-78) عبارت است از رمزگردانی یادسپاری و یادآوری بهتر اطلاعات خاص. وقتی از نظر احساسی نسبت به بعضی چیزها افسرده هستیم، بیشتر احتمال دارد که حوادث منفی را به خاطر آوریم. در مطالعات آزمایشی، القای خلق منفی منجر به یادآوری بخش بیشتری از رویدادهای شخصی غمگین در حافظه سرگذشتی می شود. این سوگیری ممکن است در حافظه نهان یا آشکار اتفاق بیفتد(جورمان[[79]](#footnote-79) و همکاران، ۲۰۰۷).

**ب )سوگیری توجه**

سوگیری توجه یکی از شایع ترین حالات شناختی اختلالهای اضطرابی است. که به صورت کشف سریع اطلاعات خاص در محیط و یا توجه ناهشیار به این اطلاعات تعریف می شود. ترس باعث می شود که ما احتمالاً بیشتر به علامت های هشداردهنده در مورد وقوع حوادث ترس آور توجه کنیم (جورمان و همکاران، ۲۰۰۷). سوگیری توجه یا پردازش انتخابی اطلاعات ریشه در گروهی از صورت بندیهای نظری و آزمایش های تجربی دارد:

نخست این که در حافظه بلندمدت ساختارهایی طرحواره هایی وجود دارند که در سازمان بخشیدن به جریان ورود اطلاعات جدید نقش فعالی بر عهده دارند. هنگامی که یک طرحواره فعال میشود و در انتخاب محرک های بعدی مورد هدف تأثیر می گذارد یادآوری موضوعات مربوط را از حافظه تسهیل می کند و اهمیت کلی آن محرک را برای فرد تعیین می نماید.

دوم این که فرض بر این است که طرحواره ها در داخل یک گروه خرده سیستم ها یا شیوه هایی سازماندهی شده اند که منطبق با همبسته های انگیزشی وسیعی هستند. در اختلالات اضطرابی به نظر می– رسد که خرده سیستم خطر یا ترس، فعالیت بیشتری دارد و حتی هنگامی که تهدیدها برای مدت کوتاهی به طول می انجامند، این خرده سیستم از فعالیت باز نمی ایستد. سوم این که اختلالهای اضطرابی مربوط به سوگیری در پردازش اطلاعات هستند که همراه با تهدید( به ویژه تهدیدهای شخصی) میباشند. یک سوگیری نیمه آگاهانه و نیمه توجه یافته برای ثبت محرک ها مطابق با محتوای این طرحواره ها ممکن است موجب شود که این محرک ها توجه فرد را به تسخیر خود درآورند و اطلاعات مربوط به این محرک ها ممکن است به صورت ترجیحی پردازش و در حافظه رمزگردانی شوند و در این هنگام اطلاعات اطمینان بخش دیگر، نادیده گرفته شوند. نتیجه نهایی ممکن است ایجاد طرحواره ای فعال در حافظه باشد که در موقعیتهای مبهم نیز به آسانی حضور پیدا کند (رادمهر، 1394).

**پ) سوگیری قضاوت**

سوگیری قضاوت[[80]](#footnote-80) عبارت است از برآورد افراطی پیامدها یا احتمال وقوع رویدادهای منفی، می باشد (رحیم‌زاده، 1394).

**ت)سوگیری تعبیر**

سوگیری تعبیر[[81]](#footnote-81)، گرایش به نسبت دادن معانی خطرناک یا تهدید کننده به محرک های مبهم است (بیدل[[82]](#footnote-82) و همکاران، 2014). سوء تعبیر به عنوان گرایش به تعبیر و تفسیر موقعیتهای مبهم به شیوه ای کاملاً منفی و تهدید آمیز، تعریف شده است و دارای دو مؤلفه خودارزیابی منفی سوء تعبیر مربوط به خود و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران(سوء تعبیر مربوط به دیگران) می‌باشد. شواهد اولیه مربوط به سوگیری تعبیر در کارهای باتلر و متیوز (۱۹۸۳) در افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی مشاهده شده است. سوگیری تعبیر زمانی رخ میدهد که انتخابهای پردازشی رقیب وجود دارد؛ این حالت شامل یک ارزیابی مرتبط و یک ارزیابی غیر مرتبط با تهدید است. هم بازنمایی بازداری شده و هم بازنمایی برجسته، منابع توجه را مصرف کرده و در نتیجه، به وسیله ارزیابی تهدید و سازوکارهای بالا به پایین تعیین می شود. در مورد افراد مضطرب سوگیری تعبیر منفی و مرتبط با تهدید برجسته بوده و بیشترین منابع پردازشی را مصرف می کند (بوراک[[83]](#footnote-83) و همکاران، ۲۰۱۲). سوگیری تعبیر از فعال سازی طرحواره اضطراب- مدار که پردازش اطلاعات بالقوه ی تهدید کننده را تسهیل می کند، منتج می شود. نظریه های شناختی، نقش مهمی را به سوگیری تعبیر منفی موقعیتهای مبهم در ایجاد و حفظ اختلال افسردگی اختصاص می دهند. سوگیری تعبیر از طریق انواع مکانیزم ها از جمله ایجاد باورهای منفی در حفظ علائم افسردگی نقش قابل توجهی دارند (دیتل[[84]](#footnote-84) و همکاران، 2020).

نظریه پردازان شناختی معتقدند سوگیری پردازش اطلاعات از جمله سوگیری تعبیر، نقش تعیین کننده‌ای در ایجاد و تداوم اختلالات اضطرابی و خلقی دارند. سوگیری تعبیر به عنوان گرایش به تعبیر و تفسیر موقعیتهای مبهم به شیوه ای کاملاً منفی و تهدیدآمیز، تعریف شده است که دارای دو مؤلفه خودارزیابی منفی (سوگیری تعبیر مربوط به خود) و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران (سوگیری تعبیر مربوط به دیگران) میباشد. سوگیری تعبیر یکی از مؤلفه های عمده در اضطراب اجتماعی است که نقش مهمی در ایجاد و حفظ اضطراب اجتماعی دارد. دیدگاه شناختی بر نقش مهم سوگیری تعبیر منفی موقعیتهای مبهم در ایجاد و دوام اختلالات خلقی تأکید می کند. سوگیری تعبیر مربوط به افسردگی ممکن است شواهدی را برای شناخت یک مکانیسم اساسی حضور یک سوگیری منفی که به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی مربوط میشود مهیا کند. به گونه ای که پژوهش- های قبلی وجود سوگیری تعبیر در افسردگی را نشان داده اند (امینی، 1394). فرانکلین و همکاران (2005) در پژوهش خود گزارش دادند که سوگیری تعبیر، در واقع یک ویژگی شناختی کلی مبتلایان اضطراب اجتماعی و افسردگی است. خوشبختانه می توان سبک تعبیری را با استفاده از تکالیفی که برای ارزیابی سوگیری تعبیر وقایع مبهم ساخته شده اند تعدیل نمود، تعدیل سوگیری روشی است که طی آن سوگیریها از طریق شرایط آموزشی طراحی شده برای دستکاری پردازش های مرتبط با آسیب روانی تعدیل می شود(پودینا[[85]](#footnote-85) و همکاران، 2020).

ث) مؤلفه های سوء تعبیر

**الف) سوء تعبیر مربوط به خود**

سوء تعبیر مربوط به خود عبارت است از تعبیر و برداشت فرد از رویدادها و سناریوهایی که فرض می‌شود شخص، خودش در آنها درگیر باشد. زمانی که سوگیری تعبیر متمرکز بر خود حالت منفی، افراطی، مستمر و انعطاف ناپذیر به خود گیرد، می تواند به عنوان یک نقص شناختی موجبات اختلالات شناختی را فراهم سازد. روشن کردن نقش سوگیری تعبیر مربوط به خود در افراد افسرده پیامدهای درمانی مهمی دارد. سوگیری تعبیر در افراد افسرده بیشتر متمرکز بر خود است تا متمرکز بر دیگران مشخص شده است که در توجه متمرکز بر خود افراد افسرده نسبت به افراد غیر افسرده سوگیری منفی تری از خود نشان می دهند و هنگامی که به خود توجه می کنند، منفی تر فکر میکنند، در حالی که وقتی توجه افراد، متمرکز بر بیرون است، این تفاوت به حداقل می رسد (رحیم زاده، 1394).

اینگرام[[86]](#footnote-86) (۱۹۸۴) معتقد است سوگیری تعبیر مربوط به خود در افراد افسرده بیشتر از سوگیری تعبیر مربوط به دیگران است، به طوری که انگیزه بالایی برای تعبیرهای منفی مربوط به خود در مقابل دیگران دارند. افسردگی، افراد افسرده تصور بدبینانه تری نسبت به حوادث مربوط به خود در مقایسه با افراد بدون علائم دارند (ویسکو و نولن - هو كسیما، ۲۰۱۰).

**ب) سوء تعبیر مربوط به دیگران**

سوء تعبیر مربوط به دیگران، عبارت است از تفسیر و تعبیر فرد از رویدادهایی که فرض می شود شخص دیگری در آنها درگیر است. در این نوع سوگیری فرد به خود و افکار خود توجه ندارد و تمام توجه خود را متمرکز بر مسائل بیرونی می کند. افراد تمایل دارند قضاوت دیگران را تهدید آمیز افراطی و به سبک فاجعه آمیز تعبیر کنند و به همین دلیل در صورت قرار گرفتن در موقعیت اجتماعی از این که توسط دیگران به صورت منفی مورد ارزیابی قرار گیرند، وحشت دارند. آنها از دید یک مشاهده گر بیرونی به خود نگاه کرده و از اطلاعات درونی برای تعبیر افراطی این موضوع که از دید دیگران چگونه به نظر میرسند، استفاده می‌کنند (رادمهر، 1394).

سوء تعبیر نشانه های منفی در افراد مبتلا به اختلال BDD

اختلال بدریخت انگاری بدن (BDD) یک اختلال روانشناختی است که در آن فرد به طور مداوم نگران نقص‌های ظاهری خیالی یا جزئی در بدن خود است. این افراد ممکن است نشانه‌های منفی مانند اضطراب، افسردگی و کاهش اعتماد به نفس را تجربه کنند، اما اغلب این نشانه‌ها را به اشتباه به مشکلات ظاهری خود نسبت می‌دهند. سوء تعبیر این نشانه‌ها باعث می‌شود که فرد به دنبال راه‌حل‌های غیرضروری مانند جراحی‌های زیبایی یا استفاده بیش از حد از لوازم آرایشی باشد، در حالی که مشکل اصلی در نحوه پردازش ذهنی او نهفته است (صونا، 1400).

یکی از دلایل سوء تعبیر نشانه‌های منفی در افراد مبتلا بهBDD، تحریف شناختی است. این افراد به دلیل تمرکز بیش از حد بر ظاهر خود، هرگونه احساس ناراحتی یا اضطراب را به نقص‌های جسمی خود نسبت می‌دهند. برای مثال، اگر فردی دچار استرس یا افسردگی باشد، ممکن است تصور کند که این احساسات ناشی از ظاهر نامطلوب او هستند، نه عوامل دیگر مانند مشکلات اجتماعی یا شخصی. این تحریف شناختی می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی، اجتناب از موقعیت‌های عمومی و حتی اقدام به درمان‌های غیرضروری شود (نیشیکاوا و همکاران، 2022).

درمان سوء تعبیر نشانه‌های منفی در افراد مبتلا به BDD نیازمند رویکردهای روان‌درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری (CBT) است. این روش به افراد کمک می‌کند تا افکار تحریف‌شده خود را شناسایی کرده و آن‌ها را اصلاح کنند. همچنین، افزایش آگاهی درباره این اختلال و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند به کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی این افراد کمک کند. حمایت اجتماعی نیز نقش مهمی در کاهش سوء تعبیر نشانه‌های منفی دارد، زیرا تعامل با دیگران می‌تواند به فرد کمک کند تا دیدگاه واقع‌بینانه‌تری نسبت به خود داشته باشد (پروانه، 1400).

رابطه بین سوء تعبیرنشانه های منفی و عدم تحمل پریشانی

رابطه بین سوء تعبیر نشانه‌های منفی و عدم تحمل پریشانی یکی از موضوعات مهم در روانشناسی بالینی است که تأثیر قابل توجهی بر سلامت روان افراد دارد. سوء تعبیر نشانه‌های منفی به معنای برداشت نادرست از احساسات و تجربیات ناخوشایند است که می‌تواند منجر به افزایش اضطراب، افسردگی و رفتارهای اجتنابی شود. از سوی دیگر، عدم تحمل پریشانی به ناتوانی فرد در مدیریت و پذیرش احساسات ناخوشایند اشاره دارد که می‌تواند شدت مشکلات روانی را افزایش دهد. افرادی که نشانه‌های منفی را به اشتباه تفسیر می‌کنند، معمولاً این احساسات را به عوامل بیرونی یا نقص‌های شخصی نسبت می‌دهند. برای مثال، فردی که دچار اضطراب است، ممکن است تصور کند که این اضطراب ناشی از ضعف شخصیتی یا ناتوانی در کنترل شرایط است، در حالی که در واقع اضطراب می‌تواند نتیجه عوامل محیطی یا زیستی باشد. این سوء تعبیر باعث می‌شود که فرد به جای پذیرش و مدیریت احساسات خود، به دنبال راه‌های اجتنابی مانند انزوای اجتماعی یا مصرف مواد مخدر باشد (نیشیکاوا و همکاران، 2022).

عدم تحمل پریشانی به معنای ناتوانی فرد در پذیرش و مدیریت احساسات ناخوشایند است. این ویژگی می‌تواند باعث شود که فرد در مواجهه با مشکلات روانی، به جای مقابله مؤثر، به رفتارهای ناسازگارانه مانند اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا، پرخاشگری یا وابستگی به دیگران روی بیاورد. تحقیقات نشان داده‌اند که افراد با سطح پایین تحمل پریشانی، بیشتر در معرض اختلالات اضطرابی، افسردگی و مشکلات تنظیم هیجانی قرار دارند (مادنی و همکاران، 2017).

برای کاهش تأثیر سوء تعبیر نشانه‌های منفی و افزایش تحمل پریشانی، می‌توان از روش‌های مختلفی استفاده کرد:

1. **درمان شناختی-رفتاری:** این روش به افراد کمک می‌کند تا افکار تحریف‌شده خود را شناسایی کرده و آن‌ها را اصلاح کنند.
2. **تمرین پذیرش هیجانی**: آموزش مهارت‌های پذیرش احساسات ناخوشایند می‌تواند به فرد کمک کند تا پریشانی را به عنوان بخشی طبیعی از زندگی بپذیرد.
3. **مدیریت استرس**: استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی مانند مدیتیشن، تنفس عمیق و ورزش می‌تواند به کاهش اضطراب و افزایش تحمل پریشانی کمک کند.
4. **حمایت اجتماعی**: تعامل با دیگران و دریافت حمایت عاطفی می‌تواند به فرد کمک کند تا دیدگاه واقع‌بینانه‌تری نسبت به خود داشته باشد.

در مجموع، سوء تعبیر نشانه‌های منفی و عدم تحمل پریشانی دو عامل مهم در ایجاد و تشدید مشکلات روانی هستند. با استفاده از روش‌های درمانی مناسب، می‌توان این مشکلات را کاهش داده و کیفیت زندگی افراد را بهبود بخشید. برای اطلاعات بیشتر، می‌توانید به منابع علمی مرتبط مراجعه کنید (خلفی زاده، 1397).

**جمع بندی فصل دوم**

در این فصل ما ابتدا مبانی نظری متغیرها را بررسی کردیم و به بررسی پیشینه نظری آن‌ها پرداختیم. سپس با ‏بررسی مطالعات انجام‌شده به تبیین روابط بین متغیرها و توسعه فرضیه‌ها و مدل پرداختیم و در پایان مطالعات ‏داخلی و خارجی را بررسی کرده به نوع تحقیق و فرضیه‌ها و نتایج آن‌ها اشاره کردیم.‏ در انتها با توجه به مطالب مذکور در پیشینه تجربی و مبانی نظری فصل حاضر، رابطه بین متغیرهای تحقیق که پیش زمینه توسعه فرضیه های تحقیق به شمار می رود، بیان شد. به طور کلی ادبیات پژوهشی بیانگر وجود رابطه بین رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی است. در واقع بیشتر پژوهش های انجام گرفته در این زمینه، بر این واقعیت صحه می گذارند. در تحقیقات گذشته به بررسی رابطه رفتار وارسی بدنی و وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی پرداخته شده است اما در هیچکدام از تحقیق ها به بررسی رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی پرداخته نشده است، بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی می باشد.

فصل سوم: روش شناسی تحقیق

مقدمه

در این فصل در مورد جامعه آماری، ابزار گردآوری داده، نحوه تجزیه و تحلیل داده بحث شده و توضیحاتی در مورد متغیرهای تحقیق ارائه شد.

نوع طرح پژوهش

پژوهش حاضر، به لحاظ هدف از نوع بنیادی و به لحاظ روش جمع آوری داده ها از نوع تحقیقات توصیفی همبستگی است.

جامعه نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز بود.

دراین پژوهش از روش غربالگری استفاده شد. دراین راستا ابتدا با استفاده از پرسشنامه بدریخت انگاری بدنی میزان نشانه های این اختلال درجمعیت دانشجویان مورد ارزیابی قرار گرفت وسپس از میان انها افرادی که در نشانه های بدریخت انگاری یک انحراف استاندار بالای میانگین نمره کسب کرده اند به عنوان افراد مبتلا به بدربخت انگاری درنظر گرفته شد. براین اساس با توجه به تعداد متغیرهای اشکار در این پژوهش(سه متغیر) به ازای هرمتغیر تعداد50 نفر به عنوان نمونه نهایی غربال شد. در این انتخاب فرمول حجم نمونه هو و بنتلر [[87]](#footnote-87)به شرح زیر است:

N=100+15x

که در این فرمول x برابر با تعداد متغیرهای مورد مطالعات است که در نهایت حجم نمونه 145 نفر بود.

ملاک های ورود و خروج

**ورود:** ملاک انتخاب افراد جهت ورود در این تحقیق شامل این است که: 1- افراد در پرسشنامه بدریخت‌‎انگاری نمره لازم (تشخیص ابتلا به بدریخت انگاری) یک انحراف استاندار بالای میانگین نمره کسب کنند 2- دانشجویان سابقه اخراج از دانشگاه و یا سابقه مشروطی نداشته باشند 3- افراد سابقه بیماری روانی و خاص نداشته باشند 4- افراد تحت درمان و مصرف داروهای خاص نباشند. 5- انگیزه و توانایي لازم برای همكاری در مطالعه.

**خروج:** ملاک خروج افراد در این تحقیق شامل: 1- عدم رضایت و پشیمانی افراد از شرکت در تحقیق در حین انجام تحقیق

ابزارهای گردآوری داده

روش گردآوری اطلاعات دراين تحقيق به دو صورت میدانی وکتابخانه‌ای می‌باشد. در اين پژوهش اطلاعات مربوط به ادبیات موضوعی، مبانی نظری، پیشینه و سوابق تحقیقات انجام‌شده قبلی درباره موضوع تحقیق از منابع کتابخانه‌ای و از طریق مطالعه کتب و نشریات مقالات، پایان‌نامه‌ها اعم از منابع داخلی و خارجی جمع‌آوری شد و همچنین برای جمع آوری داده های ميداني از پرسشنامه استفاده شد.

**-پرسشنامه عدم تحمل پریشانی**

پرسشنامه عدم تحمل پریشانی سیمون و گاهر [[88]](#footnote-88)(DTS) دارای ۱۵ سوال است و لیکرت آن پنج درجه ای می‌باشد که شامل گزینه‌های کاملا موافق اندکی موافق، به یک اندازه موافق و مخالف، اندکی مخالف و کاملا مخالف می باشد گزینه های این مقیاس تحمل آشفتگی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام های تنظیم کننده برای تسکین آشفتگی مورد سنجش قرار می دهند یک سوال در این مقیاس به صورت معکوس نمره گذاری شده است نمره ۴۵ نقطه برش پرسشنامه است که نمرات بیشتر از ۴۵ نشان دهنده آن است که تحمل پریشانی بالاست و نمرات کمتر از ۴۵ بازگوکننده آن است که سطح تحمل پریشانی در فرد پائین است. این پرسشنامه شامل چهار خرده مقیاس به شرح زیر است:

* تحمل (تحمل پریشانی هیجانی) : باسوالات 1-3و5 اندازه گیری می شود.
* جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی ) : باسوالات 2- 4و 15 اندازه گیری می شود.
* ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی ): باسوالات6 - 7- 9-10-11و12 اندازه گیری می شود.
* تنظیم (تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی ): با سوالات 8-13و14 اندازه گیری می شود.

میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه 67/0 برآورد شد. ضریب پایایی به روش بازآزمـایی برای کل مقیاس 81/0 است و از پایایی و روایی مناسبی برخودار است. در پژوهش فصل بهار (1400) نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار 89/0 بدست آمد که نشان از پایایی مناسب این پرسشنامه بود. ضمنا در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار 90/0 بدست آمد که نشان از پایایی مناسب پرسشنامه بود.

**-پرسشنامه وارسی بدنی (BCQ)[[89]](#footnote-89)**

BCQ یک ابزار دارای روایی و پایایی مناسب برای سنجش رفتارهای وارسی بدنی است که ۲۳ سؤال دارد و پرسشنامه ای خود گزارشی است که به آسانی اجرا می شود و تنها ۵-۱۰ دقیقه زمان برای کامل شدن نیاز دارد. نتایج اولیه ساختار عاملی نشان دهنده ی این نکته هستند که BCQ ابزاری واحد و قوی برای بررسی رفتارهای وارسی مرتبط با وارسی ظاهر کلی وارسی قسمت های خاص بدن و وارسی وابسته به شیوه ای خاص هر فرد می باشد. این پرسشنامه فراوانی رفتارهای وارسی بدن را مورد ارزیابی قرار می دهد. پرسشنامه ی BCQ بر اساس مقیاس لیکرت و بر روی یک پیوستار ( ۱- هرگز ۲ به ندرت ۳-بعضی اوقات ۴-اغلب ۵-بیشتر اوقات ) قرار دارد ریس) و همکاران (۲۰۰۲) این پرسشنامه شامل سه مؤلفه است که نمره ی کل آن از مجموع پاسخهای همه سؤالات محاسبه می شود و حداکثر نمره ۱۵ و حداقل ۲۳ می باشد. سه مؤلفه شامل:

1- مقیاس وارسی ظاهر کلی: این زیر مقیاس ۱۰ سؤال دارد که شامل سوالات 1-10 می شود و حداکثر نمره ی آن ۵۰ و حداقل آن 10  می‌باشد.

۲- مقياس وارسی قسمت های خاص بدن: این زیر مقیاس ۸ سؤال دارد که شامل سوالات 11-18 می شود و حداکثر نمره ی آن ۴۰ و حداقل آن ۱۰ می باشد.

3-مقیاس وارسی وابسته به شیوه خاص هر فرد : این زیر مقیاس ۵ سؤال داردکه شامل سوالات 19-23 می‌شود و حداکثر نمره آن ۲۵ و حداقل آن ۵ می باشد.

ساختار اولیه پرسشنامه ۳۸ سؤالی بود که توسط دبورا ریاس و همکاران در سال ۲۰۰۲ بر اساس "ادبیات" موجود مربوط به عادات مختلف خوردن در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن تهیه شد. به منظور تعیین روایی محتوایی سؤالهای پرسشنامه ی BCQ گروهی از متخصصان اختلالات خوردن به منظور ارزیابی سؤالهای مرتبط و غیر مرتبط انتخاب شدند و متن ساختار مناسب بودن، وضوح و غیر معرف بودن ۳۸ سؤال را مورد بررسی قرار دادند. ۱۰ سؤال به دلیل عدم تناسب حذف شدند و ۲۸ آیتم باقی ماندند، همبستگی مؤلفه در دامنه ای بین 56/0 تا 85/0 بر آورد شد. به دنبال آن نسخه ی ۲۸ سؤالی BCQ در مورد ۱۴۹ زن دانشجو و ۱۶ زن مبتلا به نوعی از اختلالات خوردن شامل ۴ زن مبتلا به بی اشتهایی عصبی، ۹ زن مبتلا به پراشتهایی عصبی و ۳ زن مبتلا به اختلال خوردن تصریح نشده، به کار گرفته شد. برای ارزیابی همبستگی بین مؤلفه ها تحلیل عاملی انجام شد نتایج نشان دادند که مؤلفه ها دارای همبستگی بالا و معنی داری هستند. برای بررسی همسانی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل 94/0 و برای مؤلفه ی ظاهر کلی 88/0 برای مؤلفه ی قسمت های خاص بدن 92/0 و برای وارسی وابسته به شیوه خاص هر فرد 83/0 به دست آمد که از همسانی درونی کافی حمایت می کند. پایایی با استفاده از روش باز آزمایی 94/0 به دست آمد که پایایی مناسبی است و برای هر کدام از سه مؤلفه نیز ضریب همبستگی محاسبه شد برای مؤلفه ی ظاهر کلی 94/0 برای مؤلفه ی قسمت های خاص بدن، 91/0 و برای وارسی وابسته به شیوه‌های خاص فرد 90/0 به دست آمد. نتایج مطالعات در مورد روایی BCQ از روایی بالای آن حمایت می کنند نمره کلی BCQ با پرسشنامه ی تصویر بدنی همبستگی بالایی دارد (86/0) (ریاس و همکاران (۲۰۰۲).در پژوهش جمشیدی فر (1396) نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار 91/0 بدست آمد که نشان از پایایی مناسب این پرسشنامه بود. ضمنا در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار 91/0 بدست آمد که نشان از پایایی مناسب پرسشنامه بود.

**-فرم تجدید نظر شده پرسشنامه تعبیر**

نسخه اصلی این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط باتلر و متیوز (۱۹۸۳) برای مقایسه تعبیر رویدادها در دو گروه افراد مبتلا به اختلال اضطرابی و اختلال افسردگی و آزمودنی های بهنجار به کار برده شد. امیر و همکاران(۱۹۹۸) نیز برای بررسی سوء تعبیر در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی این پرسشنامه را از نظر محتوایی، شکل و ماده ها بازبینی نمودند و فرم نهایی یا تجدیدنظر شده خود را ارائه کردند. فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه تعبیر دارای دو نسخه مربوط به خود (22 ماده) و مربوط به دیگران (22 ماده) می‌باشد و هر نسخه نیز خود دارای مقیاس های فرعی رویدادها یا سناریوهای اجتماعی مبهم (۱۵ماده)اعم از سوالات 1-2-3-5-7-8-10-12-14-15-16-18-19-21-22 و سناریوها و رویدادهای غیر اجتماعی مبهم هفت ماده اعم از6-11-17-4-20-13-9 است. در این پژوهش باتوجه به موضوع پژوهش فقط از فرم مربوط به خود استفاده شده است. هر دو نسخه فرم تجدید نظر شده پرسشنامه تعبیر دارای همسانی درونی یا ضریب آلفای بالایی هستند. در نسخه مربوط به خود ضریب آلفا برابر 85/0 و در نسخه مربوط به دیگران ضریب آلفا برابر 88/0 به دست آمد (امیر و همکاران، ۱۹۹۸). در پژوهش عبدی (۱۳۸۲) همسانی درونی هر دو نسخه مربوط به خود و مربوط به دیگران به کمک روش آلفای کرونباخ به ترتیب 83/0 و 79/0 گزارش شده است. این پرسشنامه یک روش معتبر بوم شناختی برای بررسی سوء تعبیر در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد. در پژوهش رادمهر (1394) پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار 74/0 و 76/0 بدست آمد. ضمنا در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار 88/0 بدست آمد که نشان از پایایی مناسب پرسشنامه بود.

**-مقیاس اصلاح شده وسواس فکری- عملی ییل براون (YBOCS-BDD) برای اختلال بدشکلی بدنی**

یک ابزار خودسنجی 12 پرسشی است که شدت علائم BDD را می سنجد که دارای یک ساختار مرتبه ای دو عاملی و دو پرسش اضافی می‌باشد. این عوامل عبارتند از 1- وسواسهای فکری، ۲- وسواس عملی و دو پرسش اضافی در مورد بینش و اجتناب پاسخ دهندگان میزان توافقشان را با هر کدام از ماده ها در مقیاس لیکرت که از دامنه ی (هیچ تا خیلی زیاد) گسترده است نشان می دهند. این آزمون از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است (فیلیپس، ۱۹۹۷). هنجاریابی ایرانی این مقیاس توسط ربیعی و همکاران (۱۳۸۸) صورت گرفت که در آن عوامل به دست آمده شامل ۱-وسواس فکری-عملی در مورد ظاهر و ۲-نیروی کنترل افکار نامیده می شود. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و همسانی درونی به ترتیب 93/0 و 80/0 است. ضرایب پایایی از نوع دو نیمه سازی و ضریب گاتمن به ترتیب 83/0 و 92/0 به دست آمد این مقیاس در نمونه ایرانی نیز از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. در پژوهش جمشیدی فر (1396) نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار 89/0 بدست آمد که نشان از پایایی مناسب این پرسشنامه بود.

روش اجرای پژوهش

برای اجرای پژوهش، ابتدا با كسب مجوز هاي لازم از دانشگاه تبریز جهت توزیع پرسشنامه و پس از انتخاب نمونه های واجد شرایط و ضمن رعایت مسائل اخلاقی و رازداری از شرکت کنندگان درخواست شد تا پرسشنامه های تحقیق را تکمیل نمایند. به عبارتی در ابتدا، هدف از مطالعه و نحوه تکمیل پرسشنامه ها توضیح داده شد، سپس با جلب رضایت به شرکت در مطالعه، پرسشنامه ها توسط افراد شرکت کنندگان گردید.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

تجزيه و تحليل داده هاي پژوهش در دو سطح آمار توصيفي و استنباطي صورت گرفت. در سطح آمار توصيفي به محاسبه شاخص های مرکزی و پراکندگی پرداخته شد در سطح بخش استنباطی به منظور پاسخ دهی به سئوالات پژوهش و بررسی صحت و سقم فرضیه های پژوهش از روش تحلیل مسیر استفاده شد و جهت تحلیل داده ها از نرم افزار های SPSS و SMART PLS استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

1. تمامی آزمودنی‌ها به‌صورت ناشناس و بدون ذکر هویت خود در این پژوهش شرکت کردند.
2. پژوهشگر تمام مراحل را صادقانه و شفاف توضیح داد و نظر داوطلبان را برای شرکت در آزمون جلب نمود.
3. تمامی افراد شرکت‌کنندگان در این پژوهش قبل از پاسخ دادن به سؤالات آزمون‌ها فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را تکمیل نمودند.
4. امکان انصراف در هر مرحله از پژوهش برای آزمودنی‌ها وجود داشت.
5. پژوهشگر متعهد بود که تمام اطلاعات افراد تحت مطالعه را به‌صورت محرمانه نگاه دارد.

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

مقدمه

در این فصل با توجه به مطالب عنوان‌شده در فصل سوم، داده‌های حاصل از توزیع پرسشنامه در چهار بخش تحلیل‌های توصیفی، تک متغیره، دومتغیره و چند متغیره موردبررسی قرار می‌گیرد. در بخش تحلیل‌های توصیفی، اطلاعاتی در خصوص مشخصات عمومی جامعه آماری شامل جنسیت، سن و تحصیلات شد. تحلیل تک متغیره شامل محاسبه شاخص‌های توصیفی متغیرها و نیز آزمون نرمال بودن می‌باشد. در تحلیل‌های چندمتغیره، مدل اندازه‌گیری و ساختاری مورد آزمون قرارگرفته و در خصوص فرضیه‌های تحقیق اظهارنظر می‌شود.

تحلیل‌های توصیفی

به‌منظور تجزیه‌ و تحلیل داده‌های بخش اول پرسشنامه که مربوط به ویژگی‌های عمومی جامعه آماری مورد مطالعه می‌باشد، از آمار توصیفی استفاده‌شده است. نتایج حاصل از این تجزیه‌وتحلیل، اطلاعاتی در مورد نحوه پراکندگی ویژگی‌هایی همچون جنسیت، سن و تحصیلات ارائه می‌دهد.

جنسیت

در این بخش نتایج حاصل از تحلیل توصیفی جنسیت پاسخ‌دهندگان در قالب جدول 4-1 ارائه‌شده است.

جدول (4-1): توزیع فراواني جنسیت پاسخ‌دهندگان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| جنسیت | فراوانی | درصد فراوانی | درصد فراوانی تجمعی |
| دختر  پسر | 117  28 | 7/80  3/19 | 7/80  100 |
| مجموع | 145 | 100 | - |

سن

در این بخش نتایج حاصل از تحلیل توصیفی سن پاسخ‌دهندگان در قالب جدول 4-2 ارائه‌شده است.

جدول(4-2): توزیع فراواني سن پاسخ‌دهندگان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| سن | فراوانی | درصد فراوانی | درصد فراوانی تجمعی |
| زیر 20 سال  21-25 سال  26-30 سال  بالای 30 سال | 43  65  27  10 | 7/29  8/44  6/18  9/6 | 7/29  5/74  1/93  100 |
| مجموع | 145 | 100 | - |

مقطع تحصیلی

در این بخش نتایج حاصل از تحلیل توصیفی تحصیلات پاسخ‌دهندگان در قالب جدول 4-3 ارائه‌شده است.

جدول(4-3): توزیع فراواني مقطع تحصیلی پاسخ‌دهندگان

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| تحصیلات | فراوانی | درصد فراوانی | درصد فراوانی تجمعی |
| کارشناسی  کارشناسی ارشد  دکتری | 93  40  12 | 1/64  6/27  3/8 | 1/64  7/91  100 |
| مجموع | 145 | 100 | - |

تحلیل هاي تك متغیره

این بخش شامل مطالعه شاخص های توصیفی متغیرها از قبیل میانگین، انحراف معیار،چولگی، کشیدگی، کمترین و بیشترین مقدار متغیرها و همچنین آزمون نرمال بودن است. هدف از انجام این تحلیل ها، آگاهی از کیفیت داده ها، توصیف مقداری مشاهدات و سطح ادراک اعضای جامعه از متغیرها می‌باشد.

شاخص‌های توصیفی

نتایج حاصل از تحلیل شاخص‌های توصیفی در جدول 4-4 ارائه‌شده است. مقدار میانگین برای متغیر رفتار وارسی بدنی بین 23 تا 115، برای متغیر عدم تحمل پریشانی بین 15 تا 75 و برای متغیر سوء تعبیر منفی بین 22 تا 66 است. انحراف معیار نیز نشان‌دهنده نحوه پراکندگی مقادیر یک متغیر حول میانگین آن متغیر است و چولگی معیاری برای آگاهی از میزان انحراف از قرینگی در توزیع مقادیر یک متغیر می‌باشد. در یک توزیع کاملاً نرمال، مقدار چولگی صفر است ازاین‌رو می‌توان گفت در مقادیر چولگی جدول زیر، هر چه مقدار این شاخص به عدد صفر نزدیک‌تر باشد، نشان از توزیع متقارن‌تر آن متغیر دارد. همچنین از شاخص کشیدگی برای توصیف قلگی یا بلندی یک توزیع استفاده می‌شود. مقدار این شاخص در یک توزیع کاملاً نرمال صفر می‌باشد لذا تفسیر این شاخص نیز همانند چولگی است. در حالت کلی گفته می‌شود چنانچه مقادیر چولگی و کشیدگی یک توزیع در بازه 2- تا 2+ قرار گیرد، می‌توان ادعا کرد که این توزیع، نرمال است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، مقادیر جدول زیر شامل قاعده مذکور است لذا می‌توان گفت داده‌های تحقیق دارای توزیع نرمال هستند.

جدول (4-4): شاخص‌های توصیفي متغیرهای تحقیق

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیر | میانگین | انحراف معیار | چولگی | کشیدگی | کمترین | بیشترین |
| رفتار وارسی بدنی  عدم تحمل پریشانی  سوء تعبیر منفی | 227/86  082/58  144/55 | 230/15  140/9  075/8 | 171/1-  865/0-  839/1- | 945/1  742/1  665/1 | 23  19  24 | 115  75  64 |

بررسی نرمال بودن متغیرها

براي اجراي روش‌های آماري و محاسبه آماره آزمون مناسب و استنتاج منطقی درباره فرضیه‌های پژوهش مهم‌ترین عمل قبل از هر اقدامی، انتخاب روش آماري مناسب براي پژوهش است براي این منظور آگاهی از توزیع داده‌ها از اولویت اساسی برخوردار است. براي همین منظور در این پژوهش از آزمون معتبر کمولموگروف- اسمیرنوف براي بررسی فرض نرمال بودن داده‌های پژوهش استفاده‌شده است.

جدول(4-5): آزمون کولموگروف اسمیرنف

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | آماره آزمون | درجه آزادی | سطح معناداری |
| رفتار وارسی بدنی | 055/0 | 145 | 200/0 |
| عدم تحمل پریشانی | 061/0 | 145 | 200/0 |
| سوء تعبیر منفی | 093/0 | 145 | 103/0 |

با توجه به جدول آزمون اسمیرنف کولموگروف اگر سطح معنی‌داری براي کلیه متغیرهاي مستقل و وابسته بیشتر از سطح آزمون (05/0) باشد توزیع داده‌ها نرمال می‌باشد. با توجه به آزمون کولموگروف متغیر های این پژوهش با توجه به سطح معناداری بالای 05/0 نرمال می باشد. بنابراین از آزمون همبستگی پیرسون برای رابطه دوبه دوی متغیرها استفاده می شود.

تحلیل‌های دومتغیره

پس از تحلیل‌های تک متغیره و توصیف ویژگی‌های جامعه موردبررسی بر مبنای متغیرهای تحقیق، به تحلیل روابط دوبه‌دوی متغیرها پرداخته‌شده است.

همبستگی پیرسون

همبستگی بین دو متغیر حاکی از این دارد که افزایش یا کاهش یک متغیر چه تأثیری برافزایش یا کاهش متغیر دیگر دارد و این همبستگی ضرورتاً بر رابطه علی و معلولی متغیرها دلالت نمی‌کند. در این قسمت به دلیل نرمال بودن داده ها از همبستگی پیرسون که یکی از روش‌های پارامتریک است، استفاده شده است. مقدار این همبستگی از 1- تا 1+ متغیر است به‌طوریکه هر چه همبستگی به عدد 1- میل کند شدت همبستگی معکوس بیشتر شده و هر چه به سمت عدد 1+ میل کند، شدت همبستگی مستقیم افزایش می‌یابد. سطح معناداری در این همبستگی نیز حاکی از میزان اطمینان به وجود همبستگی دارد (پالانت، 2005).

جدول(4-6): ضرایب همبستگي پیرسون برای متغیرهای تحقیق

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1 | 2 | 3 |
| 1- رفتاروارسی بدنی | ضریب همبستگی  سطح معناداری  تعداد مشاهدات | 000/1  -  145 |  |  |
| 2- سوء تعبیر منفی | ضریب همبستگی  سطح معناداری  تعداد مشاهدات | 825/0  001/0  145 | 000/1  -  145 |  |
| 3- عدم تحمل پریشانی | ضریب همبستگی  سطح معناداری  تعداد مشاهدات | 735/0  001/0  145 | 783/0  001/0  145 | 000/1  -  145 |

P<.01 ؛ \*

در جدول4-6 نتایج حاصل از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون نشان داده‌شده است. تمامی ضرایب در سطح اطمینان 99 % تائید شده هستند. لذا فرض صفر مبنی بر نبود همبستگی رد شده و ادعا حفظ می‌شود. پس می توان گفت که بین متغیرهای پژوهش به صورت دو به دو رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد.

تحلیل‌های چند متغیره

اگرچه ضریب همبستگی شدت رابطه میان متغیرها را نشان می‌دهد اما از میزان تغییر در متغیر وابسته زمانی که چندین متغیر مستقل به‌طور هم‌زمان بر آن اثر گذارد، چیزی نمی‌گوید. بنابراین برای بررسی روابط کمی متغیرها از مدل یابی معادلات ساختاری استفاده‌شده است که شامل تحلیل عاملی و تحلیل مسیر می‌باشد. تحلیل عاملی شامل تحلیل عامل تأییدی است و درواقع به بررسی مدل اندازه‌گیری تحقیق می‌پردازد. در بخش تحلیل مسیر، مدل ساختاری تحقیق که نشان‌دهنده روابط بین متغیرهای پنهان است، بررسی‌شده و به آزمون فرضیه‌های تحقیق پرداخته می‌شود.

آزمون کفایت نمونه‌برداری

یکی از روش‌های سنجش تناسب حجم نمونه جهت تحلیل عاملی، محاسبه شاخص کایزر مایرز (KMO) و آزمون بارتلت است. دامنه مقدار شاخص KMO بین 0 تا 1 است. به‌طوری‌که هر چه این مقدار به عدد 1 نزدیک‌تر باشد، داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب قلمداد می‌شود. حداقل مقدار قابل برای این شاخص 6/0 توصیه‌شده است. آزمون بارتلت نیز یک روش دیگر برای تشخیص مناسب بودن داده‌ها می‌باشد و این فرضیه را که ماتریس همبستگی مشاهده‌شده متعلق به جامعه‌ای با متغیرهای نابسته است، می‌آزماید. مطلوب آن است که فرض صفر رد شود. رد فرض صفر به معنی برابر نبودن واریانس‌ها بوده و حاکی از آن است که ماتریس همبستگی دارای اطلاعات معنی‌دار می‌باشد. اگر فرض صفر رد نشود مطلوبیت تحلیل عاملی زیر سؤال می‌رود و باید درباره انجام آن تجدیدنظر کرد (پالانت[[90]](#footnote-90)، 2005). نتایج حاصل از محاسبات این بخش به شرح جدول 4-7 است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، مقادیر KMO برای تمامی متغیرها بالای 6/0 بوده و سطح معناداری آزمون بارتلت زیر 05/0 است. لذا می‌توان نتیجه گرفت داده‌های تحقیق برای تحلیل عاملی مناسب است.

جدول (4-7): نتایج حاصل آزمون کفایت نمونه ‌برداری

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیر | شاخص KMO | آزمون بارتلت | | |
|  |  | مربع کای تقریبی | درجه آزادی | عدد معناداری |
| رفتار وارسی بدنی  عدم تحمل پریشانی  سوء تعبیر منفی | 867/0  857/0  856/0 | 286/2755  895/979  785/1603 | 253  105  231 | 001/0  001/0  001/0 |

برازش مدل ساختاری

برخلاف رویکرد مبتنی بر کوواریانس، در رویکرد مبتنی بر واریانس معیار بخصوصی برای ارزیابی نیکویی برازش (GOF) وجود ندارد. ازاین‌رو ارزیابی مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری در رویکرد مبتنی بر واریانس، بر پایه مجموعه‌ای از معیارهای ناپارامتریک صورت می‌پذیرد (هیر و همکاران، 2013). برازش مدل ساختاری بر اساس رویکرد مذکور شامل 4 مرحله: آزمون هم خطی، محاسبه ضرایب تعیین، اندازه اثر و روایی افزونگی است.

**الف) آزمون هم خطی**

هدف از آزمون هم خطی بررسی میزان تمایز یک سازه با سازه دیگر است. این موضوع زمانی که متغیرهای تحقیق دارای همبستگی باشد، مهم تلقی می شود. بر اساس یک اصل قراردادی زمانی می توان متغیرهای یک تحقیق را متمایز از یکدیگر تلقی کرد که معیار عامل تورم واریانس (VIF) هر متغیر برونزا، کوچکتر از 5 باشد (هیر و همکاران، 2013). نتایج حاصل از محاسبه این معیار در جدول 4-8 آمده است. همان گونه که مشاهده می شود، تمامی مقادیر کوچک تر از 5 است لذا می توان گفت متغیرهای تحقیق متمایز از یکدیگر هستند.

جدول (4-8): ضرایب هم خطي متغیرهای تحقیق

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | عدم تحمل پریشانی | سوء تعبیر منفی |
| رفتار وارسی بدنی  سوء تعبیر منفی | 532/3  532/3 | 000/1  - |

**ب) ضریب تعیین**

متداول ترین مقیاس برای ارزیابی مدل ساختاری، ضریب تعیین است. این ضریب مشخص کننده نقش متغیر یا متغیرهای برونزا در تبیین متغیر درونزا است. مقدار ضریب تعیین بین 0 تا 1 متغیر است که هر چه این مقدار به عدد 1 نزدیک تر باشد، نشان از خوب بودن متغیرهای برونزا در تبیین متغیر درونزا است. ضرایب محاسبه‌شده برای متغیرهای تحقیق حاضر در جدول 4-9 آورده شده است.

جدول (4-9): ضرایب تعیین متغیرهای تحقیق

|  |  |
| --- | --- |
| متغیر | مقدار R2 |
| سوء تعبیر منفی  عدم تحمل پریشانی | 717/0  667/0 |

**ج) اندازه اثر**

اندازه اثر به بررسی اثر یک متغیر برونزا بر ضریب تعیین یک متغیر درونزا دارد. به‌عبارت‌دیگر، اندازه اثر مشخص کننده سهم متغیر برونزا در مقدار ضریب تعیین متغیر درونزا است. بر اساس یک اصل قراردادی، حداقل مقدار قابل‌قبول برای اندازه اثر یک متغیر برونزا ‏ 02/0 است. مقادیر 15/0 و 35/0 نیز به ترتیب متوسط و قوی تلقی می‌شود. نتایج حاصل از محاسبه‌اندازه اثر برای متغیرهای تحقیق در جدول 4-10 آمده است. همان‌گونه مشاهده می‌شود، اندازه اثر تمامی متغیرهای برونزا بر متغیرهای درونزا بالاتر از حد قابل‌قبول است.

جدول (4-10): اندازه اثر متغیرهای تحقیق

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | عدم تحمل پریشانی | سوء تعبیر منفی |
| رفتار وارسی بدنی  سوء تعبیر منفی | 120/0  192/0 | 532/0  - |

**د) روایی افزونگی**

روایی افزونگی مشخص کننده میزان کیفیت پیش بینی کنندگی مدل است. این معیار برای متغیرهای درونزا به کار می رود و هدف از آن بررسی توان پیش کنندگی مسیرهای مدل برای یک متغیر درونزا است(هیر و همکاران، 2013). در جدول 4-11 نتایج حاصل از محاسبه روایی افزونگی ارائه شده است. ستون اول جدول - مذکور (SSO)، مربوط به مجموع مجذور مشاهدات و ستون دوم(SSE)، مربوط به مجموع مجذور خطای پیش بینی برای هر متغیر است. ستون سوم نیز که مقادیر روایی افزونگی (Q2) را نشان می دهد. بر اساس یک اصل قراردادی حداقل مقدار قابل قبول برای روایی افزونگی ‏ 02/0 می باشد و مقادیر 15/0 و 35/0 نیز به ترتیب متوسط و قوی تلقی می شود. همچنان که در جدول زیر مشاهده می شود، روایی افزونگی برای متغیرها از حداقل مقدار قابل قبول بالاتر است لذا می توان نتیجه مدل تحقیق از توان پیش بینی کنندگی خوبی برای متغیرهای درونزا برخوردار است.

جدول (4-11): نتایج حاصل از روایي افزونگي

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیر | SSO | | SSE | (1-SSE/SSO) = Q2 |
| رفتار وارسی بدنی | | 3335 | 3335 | - |
| سوء تعبیر منفی | | 3190 | 370/2459 | 229/0 |
| عدم تحمل پریشانی | | 2175 | 728/1634 | 248/0 |

با توجه به اینکه هر 4 تا شرط برازش مدل ساختاری در نرم افزار SMART PLS3 که شامل: آزمون هم خطی، ضریب تعیین، اندازه اثر و روایی افزونگی می باشد، برقرار می باشد، بنابراین می توان گفت که مدل پژوهش دارای برازش مناسب می باشد.

تحلیل مسیر

تحلیل مسیر به ارزیابی روابط فرض شده می‌پردازد. در این تحلیل مقادیر ضریب مسیر بیانگر بتای استاندارد شده (β) در رگرسیون، مقدار بحرانی بیانگر ضریب tهر مسیر و سطح معناداری نیز نشان‌دهنده میزان اطمینان به مقادیر به‌دست‌آمده است. نتایج حاصل از این تحلیل را می‌توان در قالب اثرات مستقیم که به بررسی رابطه بین دو متغیر می‌پردازد و اثرات غیرمستقیم که بررسی رابطه بین بیش از دو متغیر می‌پردازد، بیان کرد. در ادامه به بررسی دو بخش مذکور پرداخته می‌شود.

**الف) اثرات مستقیم:**

در این بخش به بررسی اثرات مستقیم متغیرهای مستقل بر وابسته پرداخته می‌شود. درواقع مسیرهای مستقیم در این تحلیل، برآمده از عوامل شناسایی شده از مبانی نظری می‌باشد. نتایج حاصل از این بررسی به شرح جدول 4-13 است:

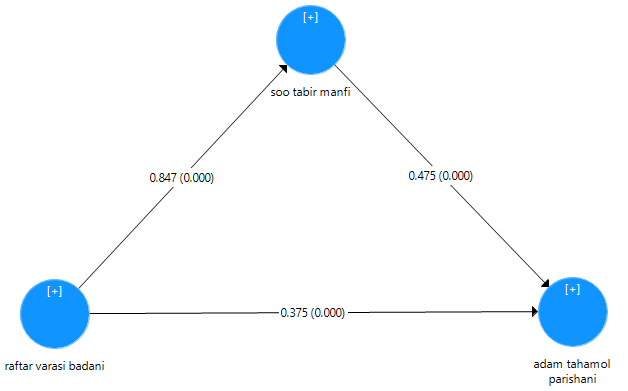
* **فرضیه های تحقیق با اثرات مستقیم:**

1. **بین رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه مستقیم وجود دارد.**
2. **بین سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه مستقیم وجود دارد.**
3. **بین رفتار وارسی بدنی با سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدنی رابطه مستقیم وجود دارد.**

نتایج حاصل از آزمون فرضیه ها در جدول 4-12 آورده شده است:

جدول (4-12): نتایج حاصل از تحلیل مسیرهای مستقیم

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| فرضیه | مسیر | ضریب مسیر | مقدار بحرانی (t) | سطح معناداری | نتیجه |
| 1 | رفتار وارسی بدنی- عدم تحمل پریشانی | 375/0 | 532/3 | 000/0 | تایید |
| 2 | سوء تعبیر منفی – عدم تحمل پریشانی | 475/0 | 424/4 | 000/0 | تایید |
| 3 | رفتاروارسی بدنی- سوء تعبیر منفی | 847/0 | 569/29 | 000/0 | تایید |

****

شکل(4-1): تحلیل مسیرهای فرضیه های پژوهش

در جدول 4-12، مقادیر بحرانی بالای 96/1 و سطح معناداری پایین تر از 05/0 به منزله رد فرض صفر و حفظ ادعای مطرح شده (در قالب فرضیه های تحقیق) است. در ادامه به توضیح فرضیه ها و نتایج حاصل از تحلیل مسیر پرداخته می شود.

**فرضیه 1:** این فرضیه به بررسی رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی می‌پردازد. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول 4-12، ضریب مسیر این فرضیه مثبت و آماره t آن بزرگتر از مقدار بحرانی است (532/3 > 96/1). لذا فرض صفر رد شده و در نتیجه ادعای مطرح شده تایید می‌گردد و در مجموع می توان گفت رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه مثبت و معناداری دارد.

**فرضیه 2:** این فرضیه به بررسی رابطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی می‌پردازد. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول 4-12، ضریب مسیر این فرضیه مثبت و آماره t آن بزرگتر از مقدار بحرانی است (424/4 > 96/1). لذا فرض صفر رد شده و در نتیجه ادعای مطرح شده تایید می‌گردد و در مجموع می توان گفت سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه مثبت و معناداری دارد.

**فرضیه 3:** این فرضیه به بررسی رابطه رفتار وارسی بدنی با سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدنی می‌پردازد. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول 4-12، ضریب مسیر این فرضیه مثبت و آماره t آن بزرگتر از مقدار بحرانی است (569/29 > 96/1). لذا فرض صفر رد شده و در نتیجه ادعای مطرح شده تایید می‌گردد و در مجموع می توان گفت رفتار وارسی بدنی با سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدنی رابطه مثبت و معناداری دارد.

**ب) اثر غیرمستقیم**

در این بخش به بررسی اثرات غیرمستقیم متغیرها پرداخته می‌شود. نتایج حاصل از این بررسی به شرح جدول 4-13 است.

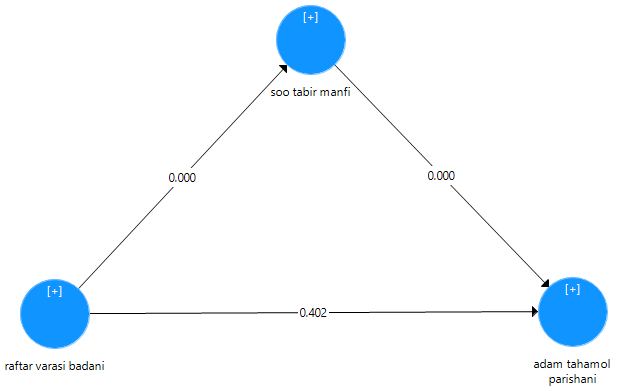
**- سوال پژوهش**

- **آیا بین رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه‌های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه وجود دارد؟**

نتایج حاصل از آزمون معادلات ساختاری برای بررسی سوال پژوهش مطابق جدول 4-13 می باشد.

جدول (4-13): نتایج حاصل از تحلیل مسیرهای غیر مستقیم

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مسیرهای واسطه ای | | |  | | | |
| متغیر مستقل | متغیر میانجی | متغیر وابسته | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم | اثر کل | سطح معناداری |
| رفتاروارسی بدنی | سوء تعبیر منفی | عدم تحمل پریشانی | 375/0 | 402/0 | 777/0 | 001/0 |



شکل (4-2): اثر غیر مستقیم

**سوال پژوهش:** با توجه به جدول 4-13 و وجود تاثیر غیرمستقیم بین رفتاروارسی بدنی و عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی، می‌توان نتیجه گرفت اثرگذاری متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته، شرطی و غیرمستقیم نیز می‌باشد. بنابراین رابطه میانجیگری سوء تعبیر منفی بین رابطه رفتاروارسی بدنی و عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی تایید می‌شود و میزان این تاثیر غیر مستقیم، 402/0 می باشد.

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

مقدمه

مطالب این فصل به نتایج و یافته­های پژوهش، محدودیت­های پژوهش و ارائه پیشنهاد‌هایی برای پژوهش‌های آتی اختصاص ‌یافته است. در این فصل نتایج حاصل از تجزیه‌وتحلیل داده‌ها خلاصه‌شده و با تحلیل آن‌ها سعی می‌شود به سؤالاتی که در فصل اول از سوی محقق مطرح‌شده بود پاسخ داده شود؛ بنابراین در ابتدا پس از بیان نتایج حاصل از بررسی هر یک از فرضیات پژوهش، نتایج به‌دست‌آمده با سایر پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه مقایسه شده و بر این اساس پیشنهاد‌هایی کاربردی و مطالعاتی از سوی محقق ارائه می‌شود.

نتایج در راستای یافته‌های تحقیق

**فرضیه 1:** **بین رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه مستقیم وجود دارد.**

یافته های تحلیل مسیر نشان داد که ضریب مستقیم رفتاروارسی بدنی بر عدم تحمل پریشانی معنی دار بود. این یافته به این معناست که رفتاروارسی بدنی موجب افزایش نمرات عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی می شود. به عبارت دیگر، این یافته به این معناست که عدم تحمل پریشانی تحت تاثیر مستقیم رفتاروارسی بدنی قرار دارد. در این زمینه و همسو با نتایج این فرضیه، الطفای فرکوش و قربان شیرودی (1401) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که ضریب همبستگی پیرسون بین دشواری تنظیم هیجان با تصویر بدنی معنی دار است. همچنین بین بدریخت‌انگاری بدنی و تنظیم هیجان و نیز بین عدم تحمل بلاتکلیفی و دشواری تنظیم هیجان رابطه معنی داری وجود داشت. در تحقیقی دیگر خوشینی و همکاران (1400) به این نتیجه رسیدند که متغیر تصویر بدن مختل شده به عنوان متغیر میانجی در رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده با علایم اختلال بدریخت انگاری بدن نقش برجسته و مهمی را ایفا کردند, علاوه بر این متغیر تحمل پریشانی در رابطه با طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال بدریخت انگاری بدن نقش میانجی دارد. به طوری که رابطه مستقیم طرحواره های ناسازگار اولیه و بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده با اختلال بدریخت انگاری بدن با در نظر گرفتن نقش میانجی متغیرهای مذکور معنادار نبود. به عبارتی دیگر، نتایج این پژوهش از نقش میانجی کامل تحمل پریشانی و تصویر بدن مختل شده در ارتباط بین طرحواره های ناسازگار اولیه و بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده با اختلال بدریخت انگاری بدن حمایت می کند. شادگهراز (1400) نیز در تحقیقی به این نتیجه رسید که سرسختی روانشناختی،حمایت اجتماعی ادراک شده و نگرانی از تصویر بدنی نقش معنادار در پیش بینی آشفتگی روانشناختی داشته است. همچنین نقش میانجی ادراک بیماری نیز تایید شد. در تحقیقات خارجی نیز، بیجستربوش و همکاران (2023) به این نتیجه رسیدند که بین آگاهی تعاملی، عدم تحمل پریشانی و نارضایتی از بدن رابطه معناداری وجود داشته است. همچنین بیجستربوش و همکاران (2020) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که بین عدم تحمل پریشانی، اضطراب اجتماعی و نارضایتی بدنی در زنان رابطه معناداری وجود داشته است. طبق پژوهشهای صورت گرفته توسط مادنی و همکاران (۲۰۱۷) علائم اختلال بدریخت انکاری بدن با عدم تحمل پریشانی همراه بوده است. افراد داری این اختلال برای جلوگیری یا کاهش پیدا کردن پریشانی ناشی از نگرانی ظاهری خود درگیر رفتارهای اجتناب ناپذیر یا اجباری می‌شوند. در تحقیقی دیگر سومرز (2016) به این نتیجه رسیدند که در افراد مبتلا به اختلال بدریخت‌انگاری بدن نسبت به افراد سالم سطوح عدم تحمل پریشانی و استرس عمومی به طور قابل توجهی بیشتر است.

در تبیین نتایج این فرضیه می توان بیان کرد که، رفتار وارسی بدنی می‌تواند یک مکانیزم مقابله‌ای ناسازگار باشد که دانشجویان از آن برای کاهش اضطراب و پریشانی ناشی از بدریخت انگاری بدن استفاده می‌کنند. وارسی مداوم بدن می‌تواند اضطراب و پریشانی را افزایش دهد. این رفتار ممکن است به تقویت افکار و احساسات منفی درباره بدن منجر شود (جمشیدی فر، 1396). دانشجویانی که از بدریخت انگاری بدن رنج می‌برند، ممکن است تحمل کمتری برای پریشانی داشته باشند. آنها ممکن است تلاش کنند با وارسی بدن خود، احساسات ناخوشایند را کنترل کنند (مادنی و همکاران، 2017). هر بار که وارسی بدنی انجام می‌شود، ممکن است به طور موقت پریشانی کاهش یابد، اما این کاهش موقتی است و در نهایت به تقویت این رفتار و وابستگی بیشتر به آن منجر می‌شود. به مرور زمان، چرخه‌ای معیوب از وارسی بدنی و افزایش اضطراب شکل می‌گیرد که می‌تواند به شدت به سلامت روان فرد آسیب برساند (کالوگی و همکاران، 2017). بنابراین با توجه به مطالب ذکرشده، نتایج این فرضیه و استناد به تحقیقات انجام شده قبلی می توان بیان کرد که هرچه میزان رفتار وارسی بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی بیشتر باشد، میزان عدم تحمل پریشانی نیز افزایش خواهد یافت.

**فرضیه 2: بین سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی با عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه مستقیم وجود دارد.**

یافته های تحلیل مسیر نشان داد که ضریب مستقیم سوء تعبیر منفی بر عدم تحمل پریشانی معنی‌دار بود. این یافته به این معناست که سوء تعبیر منفی موجب افزایش نمرات عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی می شود. به عبارت دیگر، این یافته به این معناست که عدم تحمل پریشانی تحت تاثیر مستقیم سوء تعبیر منفی قرار دارد. در این زمینه و همسو با نتایج این فرضیه، خلفی‌زاده (1397) در تحقیقی به این نتیجه رسید که بین ادراک از خود، ترس از ارزیابی منفی دیگران و حمایت اجتماعی با تحمل پریشانی هیجانی افراد رابطه معناداری وجود دارد. همچنین حمداله زاده (1400) در تحقیقیبه این نتیجه رسید که ناایمنی هیجانی و ناهمخوانی خود، به واسطه نشانه های وسواسی قادر است میزان تغییرات مثبت نشانه های بدریخت انگاری بدنی را پیش بینی نماید. همچنین یافته ها نشان داد با افزایش میزان ناهمخوانی خود، میزان نشانه های بدریخت انگاری بدنی و نشانه های وسواسی جبری بطور معنی داری افزایش می یابد. دیگر یافته ها نشان داد با افزایش میزان ایمنی هیجانی، میزان نشانه های وسواسی جبری و نشانه های بدریخت انگاری بدنی بطور معنی داری کاهش می‌یابد. در نهایت مشاهده گردید با افزایش نشانه های وسواسی جبری، بر میزان نشانه های بدریخت انگاری بدنی افزوده می شود. در تحقیقی دیگر دمرچلی و همکاران (1396) به این نتیجه رسیدند که ترس از ارزیابی مثبت و منفی، ارتباط بین اضطراب اجتماعی و اختلال بدریخت انگاری بدن را میانجی گری می کنند. همچنین اثر مستقیم اضطراب اجتماعی بر اختلال بدریخت انگاری بدن تایید شد. همچنین در تحقیقات خارجی نیشیکاوا و همکاران (2022) به این نتیجه رسیدند که بین اضطراب اجتماعی و عدم تحمل پریشانی با سوء تعبیر منفی از رویدادهای اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین عدم تحمل پریشانی نقش میانجی در رابطه بین اضطراب اجتماعی و سوء تعبیر منفی داشته است.

در تبیین یافته های این فرضیه می توان بیان کرد که سوء تعبیر نشانه‌های بدنی ممکن است به افزایش پریشانی منجر شود. فرد ممکن است علائم جسمی عادی را به عنوان نشانه‌های جدی و نگران‌کننده تلقی کند، که این خود منجر به اضطراب و استرس می‌شود (دمرچلی و همکاران، 1396). افرادی که تحمل کمتری برای پریشانی دارند، ممکن است تمایل بیشتری به سوء تعبیر نشانه‌های بدنی داشته باشند. این افراد به جای مواجهه و مدیریت موثر احساسات منفی، از سوء تعبیر نشانه‌های بدنی به عنوان مکانیسم مقابله‌ای استفاده می‌کنند. این سوء تعبیرها می‌تواند یک چرخه معیوب ایجاد کند، که در آن افزایش پریشانی به سوء تعبیر بیشتر نشانه‌های بدنی و در نتیجه به افزایش پریشانی می‌انجامد. هرچه فرد بیشتر به سوء تعبیر نشانه‌های بدنی بپردازد، اضطراب و استرس بیشتری را تجربه می‌کند، که این امر می‌تواند به مشکلات روانی و جسمی جدی‌تر منجر شود (نیشیکاوا و همکاران، 2022). بنابراین باتوجه به نتایج این فرضیه و استناد بر پژوهش‌ها و مطالعات پیشین، می توان دریافت که سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی می تواند در افزایش عدم تحمل پریشانی افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی موثر باشند. به عبارتی کسانیکه دارای سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی باشند، میزان عدم تحمل پریشانی در آن ها بیشتر می تواند باشد.

**فرضیه 3: بین رفتار وارسی بدنی با سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدنی رابطه مستقیم وجود دارد.**

یافته های تحلیل مسیر نشان داد که ضریب مستقیم رفتاروارسی بدنی بر سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی معنی دار بود. این یافته به این معناست که رفتار وارسی بدنی موجب افزایش نمرات سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدنی می شود. به عبارت دیگر، این یافته به این معناست که سوء تعبیر منفی تحت تاثیر مستقیم رفتار وارسی بدنی قرار دارد. در این زمینه و همسو با نتایج این فرضیه، جمشیدی فر (1396) در تحقیقی به این نتیجه رسید که باورهای فراشناختی در قالب روابط ساختاری و به واسطه ی رفتارهای وارسی بدنی قادرند تغییرات بی اشتهایی عصبی و بدریخت انگاری را تبیین نمایند، به نحوی که باورهای مثبت به نگرانی، کنترل ناپذیری و خطر افکار اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار و رفتارهای وارسی بدنی به صورت مستقیم و مثبت قادر به تبیین تغییرات اختلال بی اشتهایی عصبی و بدریخت انگاری بودند. اثر مستقیم خودآگاهی شناختی بر بی اشتهایی عصبی و بدریخت انگاری معنی دار نبود اثر غیر مستقیم باورهای مثبت به نگرانی کنترل ناپذیری و خطر افکار، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی بر بی اشتهایی عصبی به واسطه رفتارهای وارسی بدنی مثبت و معنی دار بود. اثر غیر مستقیم باورهای مثبت به نگرانی اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار بر بدریخت انگاری بدنی به واسطه رفتارهای وارسی بدنی معنی دار ولی اثر کنترل ناپذیری و خطر افکار و خودآگاهی شناختی بر بدریخت انگاری بدنی به واسطه ی رفتارهای وارسی بدنی معنی دار نبود.

در تبیین یافته های این فرضیه می توان بیان کرد که رفتار وارسی بدنی شامل توجه مکرر و بی‌رویه به جزئیات ظاهری بدن است. این وارسی می‌تواند آگاهی از نشانه‌های بدنی را افزایش دهد و باعث شود افراد هر تغییر کوچک یا نقصی را بزرگ‌تر از آنچه هست، درک کنند (کالوگی و همکاران، 2017). از طرفی دیگر افرادی که به وارسی بدنی می‌پردازند، ممکن است نشانه‌های بدنی عادی را به طور منفی تفسیر کنند. به عنوان مثال، ممکن است لکه‌های کوچک پوستی یا چین و چروک‌ها را به عنوان مشکلات جدی و نگران‌کننده درک کنند (آلفانو و همکاران، 2011). سوء تعبیر نشانه‌های بدنی به عنوان مشکلات بزرگ‌تر می‌تواند به افزایش پریشانی و اضطراب منجر شود. این امر ممکن است چرخه‌ای معیوب ایجاد کند که در آن وارسی بدنی و تفسیر منفی نشانه‌ها به طور مداوم ادامه پیدا کند (نیشیکاوا و همکاران، 2022). هر بار که فرد نشانه‌ای را به طور منفی تفسیر می‌کند، احتمال دارد که به وارسی بیشتر و مکرر بدن بپردازد تا "مشکلات" را پیدا کند و این رفتار خود را تقویت کند. این چرخه معیوب می‌تواند به نگرانی‌های جسمی و روانی جدی‌تر منجر شود. بنابراین باتوجه به نتایج این فرضیه و استناد بر پژوهش‌ها و مطالعات پیشین، می توان دریافت که رفتار وارسی بدنی می تواند در افزایش سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه‌های بدریخت‌انگاری بدنی موثر باشند. به عبارتی کسانیکه دارای رفتار وارسی بدنی بیشتری باشند، میزان سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در آن ها بیشتر می تواند باشد.

**سوال پژوهش: آیا بین رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه‌های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه وجود دارد؟**

یافته های تحلیل مسیر نشان داد که ضریب غیر مستقیم سوء تعبیر منفی در رابطه بین رفتار وارسی بدنی و عدم تحمل پریشانی معنی دار بود. این یافته به این معناست که سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی به طور غیرمستقیم موجب افزایش شدت رابطه رفتار وارسی بدنی و عدم تحمل پریشانی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی می شود. در تبیین نتایج این فرضیه می توان بیان کرد که افراد مبتلا به بدریخت انگاری بدن به طور مکرر و بی‌رویه بدن خود را وارسی می‌کنند تا نقص‌های خیالی را پیدا کنند. این وارسی بدنی می‌تواند به افزایش آگاهی از نشانه‌های بدنی منجر شود (کالوگی و همکاران، 2017). افزایش آگاهی از نشانه‌های بدنی و تمرکز زیاد بر جزئیات می‌تواند به سوء تعبیر این نشانه‌ها به عنوان مشکلات جدی و نگران‌کننده منجر شود. این سوء تعبیرها به نوبه خود می‌توانند پریشانی و اضطراب را افزایش دهند (نیشیکاوا و همکاران، 2022). همچنین با افزایش پریشانی و اضطراب ناشی از سوء تعبیر نشانه‌های بدنی، افراد ممکن است تحمل کمتری برای پریشانی داشته باشند. این عدم تحمل پریشانی به تلاش برای کنترل نشانه‌ها و وارسی مداوم بدن منجر می‌شود (سومرز، 2016). بنابراین این فرآیند به یک چرخه معیوب تبدیل می‌شود که در آن وارسی بدنی به سوء تعبیر نشانه‌های بدنی و سپس به افزایش پریشانی و عدم تحمل پریشانی منجر می‌شود.

نتیجه‌گیری کلی

این تحقیق در چارچوب بررسی رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی تأکید دارد. هدف تحقیق حاضر تعیین رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی می‌باشد. جهت بررسی هدف تحقیق، جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز بود که مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدنی بودند. تعداد نمونه آماری با استفاده از فرمول حجم نمونه هو و بنتلر 145 نفر انتخاب شد. جهت سنجش متغیرهای تحقیق از پرسشنامه عدم تحمل پریشانی سیمون و گاهر (DTS)، پرسشنامه وارسی بدنی (BCQ)، فرم تجدید نظر شده پرسشنامه تعبیر و مقیاس اصلاح شده وسواس فکری- عملی ییل براون (YBOCS-BDD) برای اختلال بدشکلی بدنی استفاده شد. داده‌های جمع آوری شده توسط پرسشنامه، با استفاده از نرم‌افزار SPSS و SMART PLS3 تحلیل شدند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که رفتار وارسی بدنی رابطه مثبت و معناداری با عدم تحمل پریشانی و سوء تعبیر منفی در بین دانشجویان مبتلا به اختلال بدریخت انگاری بدنی داشت. سوء تعبیر منفی نیز رابطه مثبت و معنادار با عدم تحمل پریشانی داشت. همچنین نقش میانجی سوء تعبیر منفی در رابطه بین رفتار وارسی بدنی و عدم تحمل پریشانی تایید شد.

محدودیت‌های تحقیق

هر تحقیق با محدودیت‌هایی مواجه است. این تحقیق نیز با محدودیت‌هایی مواجه بوده است.

الف) این تحقیق به بررسی رابطه بین متغیرها در بین دانشجویان مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی دانشگاه تبریز محدود شده است.

ب) به همه عوامل در مسیر اثرگذاری بر عدم تحمل پریشانی پرداخته نشده است و تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش به صورت کلی نیازمند بررسیهای بیشتر و دخیل نمودن عوامل دیگری می‌باشد.

ج) پژوهش فعلی به صورت مقطعی انجام شد و با توجه به اینكه طبیعت رابطه بین متغیرهای پژوهش از نوع همبستگی است استنباطی علی از یافته های تحقیق باید همراه با ملاحظاتی صورت بگیرد.

د) در این پژوهش برای جمع‌آوری داده فقط از پرسشنامه استفاده‌شده است، می‌توان از سایر ابزارها برای جمع‌آوری داده‌ها نظیر، مصاحبه، مشاهده و غیره نیز استفاده ‏کرد.

پیشنهادهای پژوهشی

1- پیشنهاد می شود موضوع این تحقیق در بین دانشجویان سایر دانشگاه ها و یا در بین افراد غیر دانشجو نیز بررسی گردد.

2- پیشنهاد می شود موضوع پژوهش به تفکیک در بین دختران و پسران انجا شده و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند.

3- پیشنهاد می شود به مدل این پژوهش یک متغیر میانجی دیگر مانند سبک های هویت و یا صفات شخصیتی اضافه شود.

4- پیشنهاد می‌شود علاوه بر پرسشنامه از سایر ابزارها ازجمله مصاحبه و گزارش‌های شخصی ‏نیز استفاده شود.

پیشنهادهای کاربردی

با بررسی نتایج حاصل از تجزیه‌وتحلیل داده‌ها و تائید معناداری فرضیه‌ها پیشنهادات زیر ارائه می‌شود.

1- با توجه به وجود رابطه معنادار بین رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی و سوءتعبیر منفی پیشنهاد می شود:

* برگزاری کارگاه‌ها و سمینارهایی درباره اهمیت تصویر بدن مثبت و اثرات منفی وارسی بدنی.
* استفاده از تکنیک‌های روانشناختی مانند شناخت‌درمانی که به دانشجویان کمک می‌کند الگوهای فکری منفی و وارسی بدنی خود را تغییر دهند.
* ایجاد محیط‌های ورزشی و تشویق دانشجویان به فعالیت بدنی منظم که می‌تواند تأثیر مثبتی بر تصویر بدن آن‌ها داشته باشد.
* ایجاد گروه‌های پشتیبانی برای دانشجویان مبتلا به اختلال بدریخت انگاری که دانشجویان می‌توانند در آن‌ها تجربیات خود را به اشتراک بگذارند و از حمایت همسالان خود بهره‌مند شوند.

2- با توجه به وجود نقش میانجی معنادار سوء تعبیر منفی نیز پیشنهاد می شود:

* ارائه خدمات مشاوره روانشناختی به دانشجویان تا بتوانند نگرانی‌ها و ترس‌های خود را در محیطی امن و حمایتی بررسی کنند.
* تشویق دانشجویان به پیروی از سبک زندگی سالم از جمله تغذیه مناسب، خواب کافی و فعالیت بدنی منظم که می‌تواند به کاهش سوء تعبیر نشانه‌های بدنی کمک کند.
* استفاده از تکنیک‌های آموزشی مانند آموزش مهارت‌های مدیریت استرس و تکنیک‌های آرامش‌بخش که می‌تواند به دانشجویان کمک کند با نشانه‌های بدنی به نحو بهتری برخورد کنند.
* ارائه دسترسی به منابع اطلاعاتی پزشکی معتبر تا دانشجویان بتوانند اطلاعات صحیح و قابل اعتماد درباره نشانه‌های بدنی خود پیدا کنند.

منابع

امینی، رویا. (1394). نقش سیستم‌های مغزی-رفتاری BIS/BAS، حساسیت اضطرابی و سوگیری تعبیر در نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر به میانجی‌گری اجتناب تجربی. **پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.**

انجمن روانپزشکی آمریکا. (2020). **راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5**. ترجمه فرزین رضاعی و همکاران (1400)، انتشارات ارجمند، چاپ 5.

باوفا، شهرزاد. (1401). پیش بینی اضطراب کرونا بر اساس تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در کادر درمانی**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور مرکز اصفهان.**

تاشکه، مجتبی؛ دوازده امامی، محمدحسن؛ بختیاری، مریم و جعفری، مهدی. (1397). مقایسۀ عدم تحمل بلاتکلیفی و دشواری در تنظیم هیجان در افراد مبتلا به بدریخت انگاری بدن و اضطراب اجتماعی. **مجله روانشناسی سلامت**، 7(27): 113-130.

جان قربان، محبوبه. (1398). پیش بینی میزان بدریخت انگاری بدنی براساس کمال گرایی روان رنجور، شفقت خود و حساسیت اضطرابی در دانشجویان دانشگاه اصفهان. **پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه سلمان فارسی کازرون**.

جمشیدی فر، مینا. (1396). روابط ساختاری باورهای فراشناختی با نشانه های اختلال بی اشتهایی عصبی و بدریخت انگاری بدنی به واسطه رفتارهای وارسی بدنی. **پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز**.

حمداله زاده، صونا. (1400). رابطه ی ایمنی هیجانی و ناهمخوانی خود با بد ریخت انگاری بدنی با میانجیگری نشانه های وسواسی جبری. **پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز**.

خلفی زاده، مهدیه. (1397). رابطه ی ادراک از خود،ترس از ارزیابی منفی دیگران و حمایت اجتماعی با تحمل پریشانی هیجانی در افراد. **پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی**.

خوشینی، فاطمه؛ اکبری، مهدی و محمدخانی، شهرام. (1400). رابطه ساختاری اختلال بدریخت انگاری بدن با طرح واره های ناسازگار اولیه و بی اعتبارسازی هیجانی ادراک شده: نقش میانجی فراشناخت، تصویر بدن و تحمل پریشانی. **نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت**، 19(2): 101-119.

دمرچلی، نسیم؛ کاکاوند، علیرضا و جلالی، محمدرضا. (1396). تدوین مدل ارتباط اضطراب اجتماعی با اختلال بدریخت انگاری بدن: نقش میانجی ترس از ارزیابی مثبت و منفی. **فصلنامه مطالعات روانشناختی**، سال 13، شماره 47، 113-132.

رادمهر، پروانه. (1394). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سوء تعبیر، باورهای فراشناختی و نگرش های ناکارآمد در نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی. **پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه لرستان**.

ربیعی، مهدی. (1390). **اختلال بدشکلی بدن**. تهران، انتشارات ارجمند.

رحیم زاده، رسول. (1394). اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای بر عاطفه مثبت و منفی، سوگیری تعبیر، ترس از ارزیابی منفی و اجتناب در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.**

شادگهراز، سمانه. (1400). نقش سرسختی روانشناختی،حمایت اجتماعی ادراک شده و نگرانی از تصویر بدنی در پیش بینی آشفتگی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان: ارزیابی نقش میانجی ادراک بیماری. **پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.**

صداقت، فاطمه. (1395). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش حساسیت اضطرابی، نشخوار فكری و بهبود تصویر بدنی در افراد دارای نشانگان اختلال بدریخت انگاری بدن: پژوهش موردمنفرد. **پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.**

الطفای فرکوش، سارا و قربان شیرودی، شهره. (1401). بررسی رابطه بین تصویربدنی، بدریخت انگاری و عدم تحمل بلاتکلیفی باتنظیم هیجانی دختران نوجوان. **فصلنامه خانواده و بهداشت**، 12(33): 66-81.

عالی منش، کیمیا. (1400). بررسی رابطه ی احساس خودکارآمدی جنسی و بدریخت انگاری بدنی با واسطه گری عضویت در شبکه های اجتماعی در زنان**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور قزوین.**

عبدالملکی، صادق. (1400). رابطه بین مشکلات خواب و افکار خودکشی در میان دانشجویان: نقش میانجی گر عدم تحمل پریشانی، اجتناب تجربه ای و بدتنظیمی هیجان. **پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه کردستان.**

فصل بهار، زهره. (1400). بررسی روابط ساختاری عدم تحمل پریشانی با نشانه ها ی اختلال اضطراب منتشر با واسطه گری تکانشگری و حل مساله. **پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.**

مهدوی، محمدحسین و حقایق، سید عباس. (1396). اثر بخشی آموزش گروهی حل مساله بر تاب آوری، رضایت زندگی و راهبردهای مقابله ای خانواده افراد مبتلا به سومصرف مواد. **رویش روان شناسی**، 6(20)؛ 163-190.

Alfano, L., Hildebrandt, T., Bannon, K., Walker, C., & Walton, K. E. (2011). The impact of gender on the assessment of body checking behavior. Body image, 8(1), 20-25.

Alschuler, K. N., & Beier, M. L. (2015). Intolerance of uncertainty: shaping an agenda for research on coping with multiple sclerosis. *International journal of MS care*, *17*(4), 153-158.

Beadel, J. R., Smyth, F. L., & Teachman, B. A. (2014). Change processes during cognitive bias modification for obsessive compulsive beliefs. *Cognitive Therapy and Research*, *38*, 103-119.

Beadel, J. R., Smyth, F. L., & Teachman, B. A. (2014). Change processes during cognitive bias modification for obsessive compulsive beliefs. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 103-119.

Bijsterbosch, J. M., Hasenack, B., van Rooijen, B., Sternheim, L. C., Boelen, P. A., Dijkerman, H. C., & Keizer, A. (2023). Intolerable feelings of uncertainty within the body: Associations between interoceptive awareness, intolerance of uncertainty, and body dissatisfaction. *Journal of Adolescence*, 95(8), 1678-1688.

Bijsterbosch, J. M., van den Brink, F., Vollmann, M., Boelen, P. A., & Sternheim, L. C. (2020). Understanding relations between intolerance of uncertainty, social anxiety, and body dissatisfaction in women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(10), 833-835.

Bjornsson, A. S., Didie, E. R., & Phillips, K. A. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, *12*(2), 221-232.

Borda, T., Neziroglu, F., Santos, N., Donnelly, K., & Rivera, R. P. (2011). Status of body dysmorphic disorder in Argentina*. Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 507-512.

Bouman, T. K., & Gofers, T. T. (2016). CBT for body dysmorphic disorder by proxy: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *23*(1), 121-131.

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. Journal of anxiety disorders, 20(2), 222-236.

Burack, J. A., Enns, J. T., & Fox, N. A. (Eds.). (2012). *Cognitive neuroscience, development, and psychopathology: Typical and atypical developmental trajectories of attention*. Oxford University Press.

Burack, J. A., Enns, J. T., & Fox, N. A. (Eds.). (2012). *Cognitive neuroscience, development, and psychopathology: Typical and atypical developmental trajectories of attention*. Oxford University Press.

Calugi, S., El Ghoch, M., & Dalle Grave, R. (2017). Body checking behaviors in anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 50(4), 437-441.

Carlson, J. F. (2024). Tolerance of ambiguity: Counterpoint to intolerance of uncertainty.

Cash, T. F. (2012). *Encyclopedia of body image and human appearance.* Academic Press.

Cornacchio, D., Sanchez, A. L., Coxe, S., Roy, A., Pincus, D. B., Read, K. L., ... & Comer, J. S. (2018). Factor structure of the intolerance of uncertainty scale for children. *Journal of Anxiety Disorders,*53, 100-107.

Cororve, M. B., & Gleaves, D. H. (2022). Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Obsessive-Compulsive Disorder and Tourette's Syndrome*, 13-34.

Dietel, F. A., Zache, C., Bürkner, P. C., Schulte, J., Möbius, M., Bischof, A., ... & Buhlmann, U. (2020). Internet‐based interpretation bias modification for body dissatisfaction: A three‐armed randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(6), 972-986.

Emery, C. A., Kang, J., Shrier, I., Goulet, C., Hagel, B. E., Benson, B. W., ... & Meeuwisse, W. H. (2010). Risk of injury associated with body checking among youth ice hockey players. *Jama*, *303*(22), 2265-2272.

Fang, A., & Wilhelm, S. (2015). Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *11*(1), 187-212.

Foster, A., Shorter, G., & Griffiths, M. (2015). Muscle dysmorphia: Could it be classified as an addiction to body image?. *Journal of Behavioral Addictions*, *4*(1), 1-5.

Greenberg, J. L., Mothi, S. S., & Wilhelm, S. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder by proxy. *Behavior therapy*, *47*(4), 515-526.

Gu, Y., Gu, S., Lei, Y., & Li, H. (2020). From uncertainty to anxiety: How uncertainty fuels anxiety in a process mediated by intolerance of uncertainty*. Neural Plasticity*, 2020.

Joormann, J., Talbot, L., & Gotlib, I. H. (2007). Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. *Journal of abnormal psychology*, *116*(1), 135.

Kaiser, A. J., Milich, R., Lynam, D. R., & Charnigo, R. J. (2012). Negative urgency, distress tolerance, and substance abuse among college students. *Addictive behaviors*, 37(10), 1075-1083.

Koerner, N., Mejia, T., & Kusec, A. (2017). What’s in a name? Intolerance of uncertainty, other uncertainty-relevant constructs, and their differential relations to worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, *46*(2), 141-161.

Latner, J. D., Mond, J. M., Vallance, J. K., Gleaves, D. H., & Buckett, G. (2012). Body checking and avoidance in women: Associations with mental and physical health-related quality of life*. Eating behaviors*, 13(4), 386-389.

Lievaart, M., van der Heiden, C., & Geraerts, E. (2013). Associations between depressive symptoms, rumination, overgeneral autobiographical memory and interpretation bias within a clinically depressed sample*. Journal of Psychology & Psychotherapy*, 7(2013), 1-6.

Matheny, N. L., Summers, B. J., Macatee, R. J., Harvey, A. M., Okey, S. A., & Cougle, J. R. (2017). A multi-method analysis of distress tolerance in body dysmorphic disorder. *Body image*, *23*, 50-60.

Murray, S. B., & Touyz, S. W. (2013). Muscle dysmorphia: towards a diagnostic consensus. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *47*(3).

Nishikawa, Y., Fracalanza, K., Rector, N. A., & Laposa, J. M. (2022). Social anxiety and negative interpretations of positive social events: What role does intolerance of uncertainty play?. *Journal of Clinical Psychology,* 78(12), 2513-2524.

Oakes, A., Collison, J., & Milne‐Home, J. (2017). Repetitive, safe, and automatic: The experience of appearance‐related behaviours in body dysmorphic disorder.*Australian Psychologist*, 52(6), 433-441.

Oglesby, M. E., & Schmidt, N. B. (2017). The role of threat level and intolerance of uncertainty (IU) in anxiety: An experimental test of IU theory. *Behavior therapy*, *48*(4), 427-434.

Onden Lim, M. (2013). *Intrusive imagery in body dysmorphic disorder* (Doctoral dissertation, UNSW Sydney).

Phillips, K. A. (2009). *Understanding body dysmorphic disorder*. Oxford University Press.

Podina, I. R., Cosmoiu, A., Rusu, P., & Chivu, A. (2020). Positive thinking is not adaptive thinking: A cognitive-behavioral take on Interpretation Bias Modification for social anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *38*, 424-444.

Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R., & Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self‐report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders,* 31(3), 324-333.

Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review,* 34(3), 256-271.

Sahib, A., Chen, J., Cárdenas, D., & Calear, A. L. (2023). Intolerance of uncertainty and emotion regulation: A meta-analytic and systematic review. *Clinical Psychology Review*, *101*, 102270.

Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M., & Martin, A. (2015). Classification of body dysmorphic disorder—What is the advantage of the new DSM-5 criteria?. *Journal of psychosomatic research,* 78(3), 223-227.

Seeds, P. M. (2012). *Interpretive bias in the context of life stress and depression: An examination of stress generation and diathesis-stress models*. The University of Western Ontario (Canada).

Summers, B. J., Matheny, N. L., Sarawgi, S., & Cougle, J. R. (2016). Intolerance of uncertainty in body dysmorphic disorder. *Body image,* 16, 45-53.

Tomas-Aragones, L., & Marron, S. E. (2016). Body image and body dysmorphic concerns. *Acta dermato-venereologica*, 96, 47-50.

Walker, D. C., White, E. K., & Srinivasan, V. J. (2018). A meta‐analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders,* 51(8), 745-770.

Wilhelm, S., Phillips, K. A., & Steketee, G. (2012). *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A treatment manual.* Guilford Press.

Wisco, B. E., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Interpretation bias and depressive symptoms: The role of self-relevance. *Behaviour research and therapy*, *48*(11), 1113-1122.

Yook, K., Kim, K. H., Suh, S. Y., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder.*Journal of anxiety disorders,*24(6), 623-628.

Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current directions in psychological science*, *19*(6), 406-410.

پیوست و ضمائم

**پرسشنامه اصلی**

باسلام واحترام

پرسشنامه حاضر یک کار تحقیقاتی در مورد **" رابطه رفتار وارسی بدنی با عدم تحمل پریشانی به واسطه سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی"** می‌باشدکه در گروه روانشناسی دانشگاه تبریز به اجرا در می‌آید. این پرسشنامه صرفا یک کار تحقیقاتی می باشد و پاسخ‌های شما محرمانه تلقی می‌شوند. پاسخ هاي دقيق،صحيح وصادقانه شماپاسخگوي گرامي،همكاري وهم فكري گرانقدري براي گروه پژوهش درتحقق اهداف اين پژوهش خواهدبود.

**مشخصات عمومی**

**جنس** : دختر 🞎 پسر 🞎

**سن :** زیر20 سال 🞎 25-21 🞎 30-26 🞎 بالای 30 سال 🞎

**مقطع تحصیلی پاسخگو:**

1) کارشناسی 🞎 2) کارشناسی ارشد 🞎 3) دکتری 🞎

**پرسشنامه عدم تحمل پریشانی**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** |  | کاملا موافقم | موافقم | نظری ندارم | مخالفم | کاملا مخالفم |
| 1 | داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیر قابل تحمل است. |  |  |  |  |  |
| 2 | وقتی آشفته هستم، فقط به این می توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم . |  |  |  |  |  |
| 3 | من نمی توانم احساس پریشانی یا آشفتگی ام را کنترل کنم |  |  |  |  |  |
| 4 | احساسات پریشانی من آن قدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می کنند. |  |  |  |  |  |
| 5 | هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست. |  |  |  |  |  |
| 6 | من به خوبی سایر مردم می توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم. |  |  |  |  |  |
| 7 | احساسات پریشانی یا آشفتگی ام قابل قبول نیست. |  |  |  |  |  |
| 8 | من هر کاری را انجام می دهم تا از احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم . |  |  |  |  |  |
| 9 | دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنند |  |  |  |  |  |
| 10 | پریشان یا آشفته بودن همیشه برای من آزمایشی سخت است. |  |  |  |  |  |
| 11 | وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم از خودم خجالت می کشم. |  |  |  |  |  |
| 12 | از احساسات پریشانی یا آشفتگی ام وحشت دارم. |  |  |  |  |  |
| 13 | من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی ام انجام می دهم. |  |  |  |  |  |
| 14 | وقتی پریشان یا آشفته می شوم، باید بلافاصله کاری در مورد ان انجام دهم. |  |  |  |  |  |
| 15 | وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم، به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی توانم بکنم. |  |  |  |  |  |

**پرسشنامه وارسی بدنی**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** |  | کاملا موافقم | موافقم | نظری ندارم | مخالفم | کاملا مخالفم |
| 1 | من به میزان پخش شدگی رانها و باسن خود هنگام نشستن روی صندلی توجه می کنم. |  |  |  |  |  |
| 2 | من شکم خود را برای اندازه گیری میزان چاقی در دست می فشارم |  |  |  |  |  |
| 3 | من دور مچ دست خود را چک میکنم تا مطمئن شوم که سایز آن مثل قبل است. |  |  |  |  |  |
| 4 | من لباسهایم را به طور مداوم امتحان میکنم تا مطمئن شوم هنوز برایم مناسب است. |  |  |  |  |  |
| 5 | من سایز بدنی و شکل اندام خود را در آینه و یا هر سطح صاف دیگری وارسی می کنم. |  |  |  |  |  |
| 6 | من بازوهایم را برای اندازه گیری میزان چاقی در دست می فشارم. |  |  |  |  |  |
| 7 | من زیر چانه ی خود را لمس میکنم تا مطمئن شوم غبغب (گوشت برجسته ی زیر چانه ) ندارم. |  |  |  |  |  |
| 8 | من شکل و اندازه بدن خود را با افراد دیگری که آنها را می بینم یا اطرافیان خود که می شناسم مقایسه می کنم. |  |  |  |  |  |
| 9 | من هنگامی که نشسته ام رانهایم را برای بررسی میزان چاقی لمس می کنم. |  |  |  |  |  |
| 10 | من دور رانها و ساق پای خود را چک میکنم تا مطمئن شوم سایز آن مثل قبل است. |  |  |  |  |  |
| 11 | من نظر دیگران را در مورد وزن و یا اندازه ی لباس هایم می پرسم. |  |  |  |  |  |
| 12 | من پایین تنه ی خود را در آینه چک می کنم تا ببینم چگونه به نظر می رسد. |  |  |  |  |  |
| 13 | من در موقعیتهای مختلف ورزشهای نشسته و ایستاده انجام می دهم تا هیکل بهتری داشته باشم. |  |  |  |  |  |
| 14 | من به مقدار فاصله بین رانهایم زمانی که ایستاده ام و یا در حالت نشسته روی دو زانو توجه می کنم |  |  |  |  |  |
| 15 | من سعی می کنم نظر دیگران را در مورد چاق بودنم استنباط کنم. |  |  |  |  |  |
| 16 | من خودم را به طور مکرر وزن می کنم |  |  |  |  |  |
| 17 | من به وارسی بخش های خاصی از بدن خود مانند ران ها، بازوها، باسن و...) در آینه به منظور تعیین میزان چاق شدن و مراقبت برای جلوگیری از چاق  شدن می پردازم. |  |  |  |  |  |
| 18 | من به میزان تنگ و گشاد شدگی انگشترم و یا کمربند لباسم هنگام بستن آن توجه می کنم. |  |  |  |  |  |
| 19 | من هنگام نشستن به میزان بیرون زدگی شکم و پهلوهای خود از کمر لباس و یا کمربندم توجه می کنم. |  |  |  |  |  |
| 20 | من بدنم را برای تعیین میزان بیرون زدگی استخوان هایم برای تعیین میزان چاق شدگی و اطمینان از چاق نشدن لمس می کنم. |  |  |  |  |  |
| 21 | من با استفاده از وسایلی مثل متر و... سایز بخشهایی از بدنم را برای تعیین میزان چاق شدن و یا جلوگیری از چاق شدن اندازه می گیرم. |  |  |  |  |  |
| 22 | من شکل بدن خودم را با عکسهای مجلات مد و زیبایی و عکس ها و تصاویر رسانه ها مقایسه می کنم. |  |  |  |  |  |
| 23 | من گونه هایم را برای اندازه گیری میزان چاق شدگی در دست می فشارم |  |  |  |  |  |

**پرسشنامه سوء تعبیر**

**(نسخه مربوط به خود)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **موقعیت ها** | **گزینه ها** | **1** | **3** | **2** |
| 1.شما گروهی از دوستانتان را می بینید که نهار می خورند. زمانی که به آنها نزدیک می شوید صحبتشان را قطع می کنند بخاطر اینکه: | الف) آنها صحبتشان را به اتمام رسانده اند |  |  |  |
| ب) آنها آماده می شوند تا از شما بخواهند که به آنها ملحق شوید. |  |  |  |
| ج) آنها در مورد شما چیزهای بدی می گویند. |  |  |  |
| ۲. فردی که مورد علاقه شماست در قرار ملاقات به شما سلام می کند. | الف) او مایل است با شما آشنا شود. |  |  |  |
| ب) او به دیگران نیز سلام می کند. |  |  |  |
| ج) او برای شما احساس تاسف می کند. |  |  |  |
| ٣. شما در خیابان قدم می زنید، به گروهی از افراد برمی خورید که دور هم جمع شده اند و باهم صحبت می کنند، زمانی که شما از کنارشان می گذرید، آنها شروع به خندیدن می کنند. | الف) آنها به شما می خندد. |  |  |  |
| ب) آنها از لباس شما خوششان آمده است. |  |  |  |
| ج) یکی از آنها یک جوک تعریف کرده است |  |  |  |
| ۴. از دفتر پست یا دبیرخانه در محل کارتان به شما اطلاع میدهند که برای شما یک بسته پستی دارند. | الف) آن بسته حاوی جزوه هایی است که شما سفارش داده بودید. |  |  |  |
| ب) آن بسته حاوی اطلاعاتی در مورد سودمندیها و فوائد عالی محصول جدید است. |  |  |  |
| ج) آن پاکت نامه ی اخراج شماست |  |  |  |
| ۵. شما در راهروی یک سوپرمارکت در حال حرکت هستید، در همان حال خانمی به شما برخوردمی کند، او برمی گردد و به طرف شما نگاه می کند. | الف) آن خانم سعی می کند تا به کالایی که پشت سر شماست دست پیدا کند. |  |  |  |
| ب) آن خانم سعی می کند تا از شما عذرخواهی کند. |  |  |  |
| ج) آن خانم از دست شما ناراحت است. |  |  |  |
| ۶. شما به خانه می رسید و نامه ای را در حیاط یا صندوق پستی خود پیدا می کنید. | الف) آن یک اخطاریه برای قطع برق از طرف شرکت برق برای شماست. |  |  |  |
| ب) یک آگهی تبلیغاتی از طرف رستوران در نزدیکی خانه شماست. |  |  |  |
| ج) پیغامی است به شما که یک جایزه برنده شده اید. |  |  |  |
| ۷. شما با گروهی از افراد ایستاده اید، زمانی که می خواهید صحبت کنید، متوجه می شوید که فردی با دقت به شما خیره شده است. | الف) آن فرد در وضعیت عطسه کردن است. |  |  |  |
| ب) آن فرد منتظر است تا شما چیز احمقانه ای بگویید |  |  |  |
| ج) آن فرد منتظر است تا آن چه که شما می خواهید بگویید را بشنود. |  |  |  |
| ۸. در کلاسی از شما خواسته می شود تا متنی را با صدای بلند بخوانید، زمانی که شما متن را تمام می کنید، متوجه می شوید که دو نفر به شما خیره شده اند. | الف) آنها فکر می کنند که شما متن را بد خوانده اید. |  |  |  |
| ب) آنها به یادداشت های نوشته شده در تابلو پشت سر شما نگاه می کنند |  |  |  |
| ج) آنها روش متن خوانی شما را پسندیده اند. |  |  |  |
| 9.کارمند از بانک راجع به درخواست شما جهت وام از بانک، با شما تماس تلفنی گرفته است. | الف) وی به شما می گوید که برای تکمیل گزارش به اطلاعات بیشتری نیاز دارد. |  |  |  |
| ب) وی به شما می گوید که میزان اعتبارتان برای دریافت وام به حد کافی نیست. |  |  |  |
| ج) وی می گوید که میزان اعتبارتان عالی است و با درخواست وام شما موافقت شده است. |  |  |  |
| ۱۰.شما در حال صحبت کردن با گروهی از دوستانتان هستید؛ زمانی که شما صحبت می کنید، متوجه می شوید که یکی از آنها به دیگری اشاره می کند. | الف) او می بیند که دوستشان از آن جا عبور می کند. |  |  |  |
| ب) او علاقه مند به آنچه شما گفتید می باشد و می خواهد بقیه ی افراد نیز به آن توجه بیشتری بکنند. |  |  |  |
| ج) او شما را مسخره می کند |  |  |  |
| ۱۱. شما قبض تان را دریافت می کنید و متوجه می شوید که: | الف) شرکت مخابرات بخاطر خدمات یا سرویس هایی که دریافت نکرده اید هزینه مطالبه می کند. |  |  |  |
| ب) شرکت مخابرات به شما برای یک ماه دو خط مکالمه رایگان داده است. |  |  |  |
| ج) شرکت مخابرات قبض ماهانه را برای شما فرستاده است. |  |  |  |
| ۱۲. در سوپر مارکت یکی از فروشندگان چشیدن نوعی غذا را پیشنهاد می کند. وقتی شما به او نزدیک می شوید او این پیشنهاد را برایتان ارائه نمی کند. | الف) وی شما را نادیده می گیرد |  |  |  |
| ب) وی غذا را تمام کرده است. |  |  |  |
| ج)وی فکر می کند که شما از آن افرادی نیستید که این نوع غذا را بخورید |  |  |  |
| ۱۳. شما برای چکاب یا معاینه پیش پزشک می روید و متوجه می شوید که: | الف) شما در سلامتی بهتری نسبت به معاینه قبلی قرار دارید. |  |  |  |
| ب) همه چیز طبیعی و نرمال است. |  |  |  |
| ج) شما از نظر سلامتی یک مشکل جدی دارید. |  |  |  |
| ۱۴. زمانی که شما یک داستان خنده دار می گویید، متوجه می شوید که شخص بی قراری می کند. | الف) او مشتاق است تا شما را تشویق و تحسین کند. |  |  |  |
| ب) او فکر می کند که داستان شما خنده دار نیست. |  |  |  |
| ج) او برای رفتن به یک جلسه عجله دارد. |  |  |  |
| ۱۵. شما در یک اتاق شلوغ ایستاده اید، در همین حال متوجه می شوید که دو نفر باهم صحبت می کنند و یکی از آنها به شما اشاره می کند. | الف) آنها چیزهای بدی در مورد شما می گویند. |  |  |  |
| ب) آنها به فردی پشت سر شما اشاره می کنند. |  |  |  |
| ج) آنها چیز خوبی در مورد شما می گویند. |  |  |  |
| ۱۶. شما وارد یک رستوران می شوید و دونفری که پشت یک میز نشسته اند به شما خیره می شوند. | الف) آنها فکر می کنند شما لباس شیکی پوشیده اید. |  |  |  |
| ب) آنها دنبال پیشخدمت می گردند. |  |  |  |
| ج) آنها متوجه می شوند که شما فردی شلخته پوش هستید. |  |  |  |
| ۱۷. شما نامه ای از اداره مالیات دریافت می کنید. | الف) محتوای نامه یک چک برگشتی معادل سیصدو پنجاه هزار تومان است. |  |  |  |
| ب) محتوای نامه این است که شما به همان میزانی که بدهکار بوده اید پرداخت کرده اید. |  |  |  |
| ج) محتوای نامه این است که شما به اداره مالیات معادل سیصدو پنجاه هزار تومان بدهکار هستید |  |  |  |
| ۱۸. سر کلاس استاد از شما می خواهد با او همکاری کنید. دو نفر دانشجویان که جلو نشسته اند سرشان را به طرف شما برمی گردانند | الف) آنها فکر می کنند که شما معمولا پیشنهادات خوبی می دهید |  |  |  |
| ب) آنها می خواهند ببینند که شما رفتار احمقانه ای از خودتان نشان می دهید. |  |  |  |
| ج) آنها به استاد که پهلوی شما ایستاده است نگاه می کنند. |  |  |  |
| ۱۹. شما دیر به جلسه ای می رسید. دو نفر از همکارانتان سرشان را برمی گردانند. | الف) آنها امیدوار بودند که شما نخواهید آمد زیا فکر می کنند معمولا نظرات شما جالب توجه نیستند. |  |  |  |
| ب) آنها خوشحال هستند که شما آن جا حاضر شدید زیرا آنها می خواهند نظر شما را بشنوند |  |  |  |
| ج) صحبت سخنران بسیار کسل کننده است و آنها منتظر یک سرگرم و تفریح هستند. |  |  |  |
| ۲۰. شما وارد اتاقتان می شوید و متوجه می شوید که دچار تپش قلب شده اید. | الف) شما یک خبر فوق العاده عجیبی شنیده اید. |  |  |  |
| ب) شما دچار حمله قلبی شده اید. |  |  |  |
| ج) شما فقط تمرین بدنی و حرکات ورزشی خود را تمام کرده اید. |  |  |  |
| ۲۱. شما در دفتر کار خود قدم میزنید، رئیستان شما را به کناری می کشد و می گوید که می خواهد با شما صحبت کند. | الف) او می خواهد چیزی به شما بدهد. |  |  |  |
| ب) او می خواهد عملکرد شما را رسما توبیخ کند |  |  |  |
| ج) او می خواهد از شما به خاطر پروژه و کاری که به تنهایی انجام داده اید تعریف و تمجید کند. |  |  |  |
| ۲۲. در مصاحبه شغلی، مصاحبه گر درباره تجربه کاری گذشته شما می پرسد، زمانی که پاسخ می دهید متوجه می شوید که مصاحبه گر نکاتی را یادداشت می کند. | الف) او تحت تاثیر شما قرار گرفته است. |  |  |  |
| ب) او یادداشت می کند که بخاطر دلایلی برای این مقام صلاحیت ندارید |  |  |  |
| ج) او اطلاعات معمولی را یادداشت می کند. |  |  |  |

**پرسشنامه وسواس فکری- عملی ییل براون (YBOCS-BDD) برای اختلال بدشکلی بدنی**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** |  | هیچ | کم | متوسط | زیاد | خیلی زیاد |
| 1 | به طور متوسط، چه مقدار از زمان روزانه شما صرف اشتغال ذهني به وسيله افكار مربوط به نقص يا عيب ظاهر يا قسمتي از بدنتان مانند: بيني، مو، چهره و غيره مي شود )فراواني اين افكار چه مقدار است(؟ |  |  |  |  |  |
| 2 | افكار مربوط به نقص ظاهرتان به چه مقدار باعث تداخل در عملكرد كاري و اجتماعي شما مي شود؟ |  |  |  |  |  |
| 3 | افكار مربوط به داشتن نقص بدني چه مقدار شما را پريشان مي كند؟ |  |  |  |  |  |
| 4 | چه مقدار تلاش مي كنيد تا افكار )مربوط به نقص ظاهري( كه به ذهنتان مي آيد را ناديده گرفته يا به آن ها بي توجه باشيد؟ |  |  |  |  |  |
| 5 | شما به چه مقداري در متوقف كردن افكار مربوط به نقص بدني موفق هستيد؟ |  |  |  |  |  |
| 6 | چه مدت از وقت شما صرف فعاليت هاي مربوط به نگراني تان در مورد نقص بدني يا ظاهرتان مي شود؟ (براي مثال، زماني را كه صرف آرايش، جراحي، پوشاندن عيب، چک كردن خود در آينه و غيره مي كنيد) |  |  |  |  |  |
| 7 | به چه اندازه، اين فعاليت ها (مربوط به سوال قبلي) با عملكرد كاري و اجتماعي شما تداخل ايجاد مي كند؟ |  |  |  |  |  |
| 8 | اگر از انجام اين فعاليت ها )فعاليت هايي كه در سوال 1 ذكر شد( جلوگيري شود شما به چه اندازه مضطرب مي شويد؟ |  |  |  |  |  |
| 9 | چه مقدار از تلاش شما صرف مقاومت در برابر فعاليت هايي كه در بالا ذكر شد مي شود؟ |  |  |  |  |  |
| 10 | كنترل شما بر فعاليت هايي كه در بالا ذكر شد به چه اندازه است؟ |  |  |  |  |  |
| 11 | آيا شما به خاطر اين كه ظاهرتان ديده نشود از رفتن به بعض جاها (مثل ميهماني) يا موقعيت ها اجتناب مي كنيد؟ |  |  |  |  |  |
| 12 | آيا شما در مورد قسمت خاصي از ظاهرتان نگرايند و معتقديد كه ظاهرتان زشت و ناقص است؟ |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Surname:** Zarei **Name:** Haleh |
| **Thesis Title:** The relationship between body checking behavior and distress intolerance due to negative misinterpretation of body symptoms in individuals with body dysmorphic disorder symptoms. |
| **Supervisors:** Dr. Touraj Hashemi  **Advisors:** Dr. Naiemeh Mashinchi Abbasi |
| **Degree:** Masters **Field:** psychology **Branch:**  **University:** UniversityofTabriz  **Faculty:** Faculty of Education and Psychology  **Number of Pages**: **Graduation Date**: |
| **Key Words**: Body checking behavior, distress intolerance, negative misinterpretation, body dysmorphic disorder |
| **Abstract:**  The aim of the present study was to determine the relationship between body checking behavior and distress intolerance due to negative misinterpretation of body symptoms in individuals with body dysmorphic disorder. To investigate the aim of the study, the statistical population of this study included all students of Tabriz University who had body dysmorphic disorder. The sample size was selected using the Hu and Bentler sample size formula as 145 people. The Simon and Gahr Distress Intolerance Questionnaire (DTS), Body Checking Questionnaire (BCQ), the revised form of the Interpretation Questionnaire and the revised Yale-Brown Obsessive-Compulsive Disorder Scale (YBOCS-BDD) for body dysmorphic disorder were used to measure the research variables. The results of the hypothesis test and the research question, which were conducted using the structural equation and path analysis methods, showed that body checking behavior had a positive and significant relationship with distress intolerance and negative misinterpretation among students with body dysmorphic disorder (P<0.05). Negative misinterpretation also had a positive and significant relationship with distress intolerance (P<0.05). Also, the mediating role of negative misinterpretation in the relationship between body checking behavior and distress intolerance was confirmed (P<0.05). |



**University of Tabriz**

**Faculty of Education and Psychology**

**Thesis is approved for the degree of Master of field in psychology**

**Title**

**The relationship between body checking behavior and distress intolerance due to negative misinterpretation of body symptoms in individuals with body dysmorphic disorder symptoms.**

**Supervisor**

**Touraj Hashemi (Ph.D)**

**Advisor**

**Naiemeh Mashinchi Abbasi (Ph.D)**

**Researcher**

**Haleh Zarei**

**Date**

**Spring 2025**

1. 1 Body Dysmorphic Disorder [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 Preoccupation [↑](#footnote-ref-2)
3. 2 Schieber [↑](#footnote-ref-3)
4. 3 Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders [↑](#footnote-ref-4)
5. 4 Somatoform Ddisorder [↑](#footnote-ref-5)
6. 5 Dysmorphophobia [↑](#footnote-ref-6)
7. 6 intolerance of uncertainty [↑](#footnote-ref-7)
8. 1 Cornacchio [↑](#footnote-ref-8)
9. 2 Gu [↑](#footnote-ref-9)
10. 3Yook [↑](#footnote-ref-10)
11. 1 Body checking behaviors [↑](#footnote-ref-11)
12. 2 Walker [↑](#footnote-ref-12)
13. 3 Self-Regulatory Executive Function Model [↑](#footnote-ref-13)
14. 4 Wilhelm [↑](#footnote-ref-14)
15. 5 Latner [↑](#footnote-ref-15)
16. 1Nishikawa [↑](#footnote-ref-16)
17. 2 Beadel [↑](#footnote-ref-17)
18. 3 Lievaart [↑](#footnote-ref-18)
19. 4 Burack [↑](#footnote-ref-19)
20. 1 Buhr & Dugas [↑](#footnote-ref-20)
21. 2 Summers [↑](#footnote-ref-21)
22. 3 Robinson & Freeston [↑](#footnote-ref-22)
23. 4 Oakes [↑](#footnote-ref-23)
24. 5 Matheny [↑](#footnote-ref-24)
25. 1 Borda [↑](#footnote-ref-25)
26. 1 diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) [↑](#footnote-ref-26)
27. 2 Kaiser [↑](#footnote-ref-27)
28. 1 Distress Tolerance Scale [↑](#footnote-ref-28)
29. 2 Cash [↑](#footnote-ref-29)
30. 3 Reas [↑](#footnote-ref-30)
31. 4 Body Checking Questionnaire [↑](#footnote-ref-31)
32. 1Dysmorephophobia

    2 Bjornsson

    3Dysmorphic

    4 Phillips [↑](#footnote-ref-32)
33. 1 Tomas-Aragones & Marron [↑](#footnote-ref-33)
34. 2 Onden Lim [↑](#footnote-ref-34)
35. 3 Conroy [↑](#footnote-ref-35)
36. 4 Morselli [↑](#footnote-ref-36)
37. 1 Ugliest girl in sparta [↑](#footnote-ref-37)
38. 2 Janet [↑](#footnote-ref-38)
39. 3 Kraeplin [↑](#footnote-ref-39)
40. 4 Freud [↑](#footnote-ref-40)
41. 5 Brunswick [↑](#footnote-ref-41)
42. 6 Fang & Wilhelm [↑](#footnote-ref-42)
43. 1 Murray & Touyz [↑](#footnote-ref-43)
44. 1 Maida & Armstrong [↑](#footnote-ref-44)
45. 2 anabolic steroids [↑](#footnote-ref-45)
46. 3 Foster [↑](#footnote-ref-46)
47. 4 body dysmorphic disorder by proxy (BDDBP) [↑](#footnote-ref-47)
48. 5 Bouman & Gofers [↑](#footnote-ref-48)
49. 6 Atiullah [↑](#footnote-ref-49)
50. 1 Greenberg [↑](#footnote-ref-50)
51. 2 Cash [↑](#footnote-ref-51)
52. 3 Relational frame [↑](#footnote-ref-52)
53. 4 Cororve & Gleaves [↑](#footnote-ref-53)
54. 1 Vicarious [↑](#footnote-ref-54)
55. 1 Serotonin reuptake inhibitor [↑](#footnote-ref-55)
56. 1 Emery [↑](#footnote-ref-56)
57. 1 MacKillop & De Wit [↑](#footnote-ref-57)
58. 1 Sahib [↑](#footnote-ref-58)
59. 1 Alschuler & Beier [↑](#footnote-ref-59)
60. 2 Freestone [↑](#footnote-ref-60)
61. 1 Tolerance of Ambiguity [↑](#footnote-ref-61)
62. 2 Frenkel-Brunswik [↑](#footnote-ref-62)
63. 3 Lachance [↑](#footnote-ref-63)
64. 4 Geller [↑](#footnote-ref-64)
65. 5 Judge [↑](#footnote-ref-65)
66. 6 Koerner [↑](#footnote-ref-66)
67. 7 Carlson [↑](#footnote-ref-67)
68. 8 Frustration Tolerance [↑](#footnote-ref-68)
69. 1 Harrington [↑](#footnote-ref-69)
70. 2 Frustration-Discomfort Scale [↑](#footnote-ref-70)
71. 3 Zvolensky [↑](#footnote-ref-71)
72. 4 Gifford [↑](#footnote-ref-72)
73. 1 Distress Tolerance Scale [↑](#footnote-ref-73)
74. 2 Oglesby & Schmidt [↑](#footnote-ref-74)
75. 1 Trafton [↑](#footnote-ref-75)
76. 1 Bijsterbosch [↑](#footnote-ref-76)
77. 2 Matheny [↑](#footnote-ref-77)
78. 1 bias memory [↑](#footnote-ref-78)
79. 2 Joormann [↑](#footnote-ref-79)
80. bias judgment [↑](#footnote-ref-80)
81. bias interpretation [↑](#footnote-ref-81)
82. Beadel [↑](#footnote-ref-82)
83. Burack [↑](#footnote-ref-83)
84. Dietel [↑](#footnote-ref-84)
85. 1 Podina [↑](#footnote-ref-85)
86. 1 Ingram [↑](#footnote-ref-86)
87. [↑](#footnote-ref-87)
88. 1 Distress Tolerance Scale [↑](#footnote-ref-88)
89. 1 Body Checking Questionnaire [↑](#footnote-ref-89)
90. Palant [↑](#footnote-ref-90)