****

**دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی**

**گروه روانشناسی**

**پایان نامه برای اخذ کارشناسی ارشد در رشته ی روانشناسی**

 **موضوع:**

**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**

**پژوهشگر:**

**هاله زارع**

**بهار 1403**

**بیان مسئله**

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 می‌باشد. 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 میگردد و عملکرد فردی و اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال اختلال بدریخت انگاری بدن[[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 ی 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[[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 نگرانیهایی 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 نگرانیهایی 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 وضعیتهای 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 توانش 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 موقعیتها 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 نگرانیها 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 منجر به نتایج منفی (به عنوان مثال سو مصرف مواد) 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 ویژگیهایی 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 نقصهای ظاهری را به عنوان نقصهای اساسی خود ارزشی بد تفسیر کنند. به همین منظور ممکن است برای جبران این نقصها 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 ارزیابیهای 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 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) 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 میدهند. 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، 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.

  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 موقعیتهای 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 میکنند میتوان گفت این الگوی اجتناب مربوط به این اختلال میشود (اوکس[[23]](#footnote-23) و همکاران، 2017). طبق پژوهشهای صورت گرفته توسط مادنی[[24]](#footnote-24) 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.

 **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 يكجاو 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 می باشد:**

**شکل (1): مدل مفهومی پژوهش**

**ضرورت و اهمیت 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 مسایل 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 فعالیتهای 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 میکند 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.

**مبانی نظری**

**-بدریخت انگاری بدنی**

اختلال بدریخت انگاری بدنی (BDD) به عنوان اشتغال ذهنی با یک یا چند نقص تصوری یا عیبهایی در ظاهر جسمانی مشخص میگردد 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 فعالیتهای 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[[26]](#footnote-26)، 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[[27]](#footnote-27)، ۲۰۱۳) این اختلال بیماری مزمنی است که شدت آن در دامنه ای از نشانه های خفیف تا تهدید کننده ی زندگی میباشد. اغلب تشخیص آن دشوار است و تا مدتها میتواند 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[[28]](#footnote-28) و همکاران، ۲۰۰۸).

 توصیف این اختلال برای اولین بار در سال ۱۸۹۱ توسط روانپزشک ایتالیایی انریکو مورسلی[[29]](#footnote-29)، بیان گردید. او آن را بدشکلی هراسی نامید که برگرفته از لغت یونانی به معنی زشتی به ویژه زشتی چهره میباشد که اولین بار در تاریخ هر دوت به کار گرفته شده است و به افسانه زشت ترین دختر در اسپارت[[30]](#footnote-30) 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[[31]](#footnote-31)، 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[[32]](#footnote-32) 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[[33]](#footnote-33) (۱۹۵۹) و پس از آن برانزویک[[34]](#footnote-34) (۱۹۷۱) معروف ترین بیمار بدریخت انگاری را شرح دادند آنان از یک اشراف زاده ثروتمند روسی به عنوان «انسان گرگ تما» 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).

**-عدم 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[[35]](#footnote-35)، 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).**

-رفتار 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).

**-سوء تعبیر منفی**

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). سوء تعبیر، گرایش به نسبت دادن معانی خطرناک یا تهدید کننده به محرک های مبهم است (بیدل و همکاران، 2014). سوء تعبیر به عنوان گرایش به تعبیر و تفسیر موقعیتهای مبهم به شیوه ای کاملاً منفی و تهدید آمیز، تعریف شده استو دارای دو مؤلفه خودارزیابی منفی سوء تعبیر مربوط به خود و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران(سوء تعبیر مربوط به دیگران) می‌باشد (لیورت و همکاران ۲۰۱۳).

**-پیشینه تجربی**

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 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.

 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.

 حمداله زاده (1400) در تحقیقی با عنوان: رابطه ی ایمنی هیجانی و ناهمخوانی خود با بد ریخت انگاری بدنی با میانجی‌گری نشانه های وسواسی جبری، به 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.

 شادگهراز (1400) در تحقیقی با عنوان: 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، 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.

 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.

 خلفی‌زاده (1397) در تحقیقی با عنوان: رابطه ی ادراک از خود، ترس از ارزیابی منفی دیگران و حمایت اجتماعی با تحمل پریشانی هیجانی در افراد، 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.

 دمرچلی و همکاران (1396) در تحقیقی با عنوان: تدوین مدل ارتباط اضطراب اجتماعی با اختلال بدریخت انگاری بدن: نقش میانجی ترس از ارزیابی مثبت و منفی، 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.

 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.

 بیجستربوش[[36]](#footnote-36) 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.

 نیشیکاوا[[37]](#footnote-37) و همکاران (2022) در تحقیقی با عنوان: رابطه بین اضطراب اجتماعی، عدم تحمل پریشانی و سوء تعبیر منفی از رویدادهای اجتماعی، 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.

 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[[38]](#footnote-38) 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.

**اهداف پژوهش**

**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 کلی 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؟**

**سوال فرعی پژوهش**

**آیا بین رفتار وارسی بدنی با سوء تعبیر منفی نشانه های بدنی در افراد مبتلا به نشانه های بدریخت انگاری بدنی رابطه مستقیم 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 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**

**بنا به تعریف [[39]](#footnote-39)DSM 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).**

**اختلال بدریخت انگاری: 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 خواهد آورد.**

**عدم تحمل پریشانی**

کلی کایسر[[40]](#footnote-40) و همکاران (2012) عدم تحمل پریشانی را به عنوان توانایی فرد در تحمل حالات ناخوشایند داخلی تعریف کرده اند(کایسر و همکاران، 2012).

**عدم تحمل پریشانی:** منظور از عدم تحمل پریشانی در این پژوهش نمره ای است که شرکت کنندگان از پرسشنامه تحمل پریشانی سیمون و گاهر[[41]](#footnote-41)(DTS) (2005) کسب خواهند کرد.

**رفتار وارسی بدنی**

بنا به نظر کاش[[42]](#footnote-42) (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[[43]](#footnote-43) و همکاران(BCQ) [[44]](#footnote-44) (۲۰۰۲) کسب خواهد شد.

**سوء تعبیر منفی**

**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).**

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

**روش پژوهش**

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

**جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری**

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز خواهد بود. حجم نمونه آماری شامل 150 نفر از دانشجویان دارای علائم بدریخت انگاری بدنی خواهد بود. روش نمونه گیری بصورت تصادفی خوشه ای انجام خواهد گرفت.

**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) را 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 سنجش**

**-پرسشنامه عدم تحمل پریشانی**

 پرسشنامه عدم تحمل پریشانی سیمون و گاهر [[45]](#footnote-45)(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 میدهند 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. 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.

**-پرسشنامه وارسی بدنی (BCQ)[[46]](#footnote-46)**

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 قسمتهای خاص بدن و وارسی وابسته به شیوه ای خاص هر فرد میباشد. 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 میشود و حداکثر نمره ۱۵ و حداقل ۲۳ می باشد. سه مؤلفه شامل:

1- مقیاس وارسی ظاهر کلی: این زیر مقیاس ۱۰ سؤال دارد و حداکثر نمرهی آن ۵۰ و حداقل آن 10  می‌باشد.

۲- مقياس وارسی قسمتهای خاص بدن: این زیر مقیاس ۸ سؤال دارد 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 دارد 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 پرسشنامهی 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 دامنهای 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.

**-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 آزمودنیهای 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) و سناریوها و رویدادهای غیر اجتماعی مبهم هفت ماده 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 ۰/۸۵ 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.

**-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 ۱ 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 کاملا (مخالفم تا کاملا موافقم) 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 می‌باشد. ضرایب پایایی از نوع دو نیمه سازی و ضریب گاتمن به ترتیب 83/0 و 92/0 به دست آمد این مقیاس در نمونهی 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 اجرا**

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

**روش تجزیه و تحلیل دادها**

تجزيه و تحليل داده هاي پژوهش در دو سطح آمار توصيفي و استنباطي صورت خواهد گرفت. در سطح آمار توصيفي به محاسبه شاخص های مرکزی و پراکندگی پرداخته خواهد شد و در سطح با استفاده از مشخصه هاي آماري نظير فراواني، درصد، ميانگين و انحراف معيار به تجزيه و تحليل داده ها پرداخته خواهد شد و در سطح بخش استنباطی به منظور پاسخ دهی به سئوالات پژوهش و بررسی صحت و سقم فرضیه های پژوهش از روش تحلیل مسیر استفاده خواهد شد و جهت تحلیل داده ها از نرم افزار های spss و Amos استفاده خواهد شد.

**منابع**

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

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.

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.

فصل بهار، زهره. (1400). بررسی روابط ساختاری عدم تحمل پریشانی با نشان ه 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

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.

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.

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.

1. body dysmorphic disorders (BDD) [↑](#footnote-ref-1)
2. preoccupation [↑](#footnote-ref-2)
3. Schieber [↑](#footnote-ref-3)
4. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) [↑](#footnote-ref-4)
5. somatoform disorder [↑](#footnote-ref-5)
6. dysmorphophobia [↑](#footnote-ref-6)
7. Intolerance of Uncertainty [↑](#footnote-ref-7)
8. Cornacchio [↑](#footnote-ref-8)
9. Gu [↑](#footnote-ref-9)
10. Yook [↑](#footnote-ref-10)
11. Body checking behaviors [↑](#footnote-ref-11)
12. Walker [↑](#footnote-ref-12)
13. Self-Regulatory Executive Function Model [↑](#footnote-ref-13)
14. Wilhelm [↑](#footnote-ref-14)
15. Latner [↑](#footnote-ref-15)
16. Nishikawa [↑](#footnote-ref-16)
17. Beadel [↑](#footnote-ref-17)
18. Lievaart [↑](#footnote-ref-18)
19. Burack [↑](#footnote-ref-19)
20. Buhr & Dugas [↑](#footnote-ref-20)
21. Summers [↑](#footnote-ref-21)
22. Robinson & Freeston [↑](#footnote-ref-22)
23. Oakes [↑](#footnote-ref-23)
24. Matheny [↑](#footnote-ref-24)
25. Borda [↑](#footnote-ref-25)
26. Tomas-Aragones & Marron [↑](#footnote-ref-26)
27. Onden Lim [↑](#footnote-ref-27)
28. Conroy [↑](#footnote-ref-28)
29. Morselli [↑](#footnote-ref-29)
30. ugliest girl in sparta [↑](#footnote-ref-30)
31. Janet [↑](#footnote-ref-31)
32. Kraeplin [↑](#footnote-ref-32)
33. Freud [↑](#footnote-ref-33)
34. Brunswick [↑](#footnote-ref-34)
35. MacKillop & De Wit [↑](#footnote-ref-35)
36. Bijsterbosch [↑](#footnote-ref-36)
37. Nishikawa [↑](#footnote-ref-37)
38. Matheny [↑](#footnote-ref-38)
39. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) [↑](#footnote-ref-39)
40. Kaiser [↑](#footnote-ref-40)
41. Distress Tolerance Scale [↑](#footnote-ref-41)
42. Cash [↑](#footnote-ref-42)
43. Reas [↑](#footnote-ref-43)
44. Body Checking Questionnaire [↑](#footnote-ref-44)
45. Distress Tolerance Scale [↑](#footnote-ref-45)
46. Body Checking Questionnaire [↑](#footnote-ref-46)