

اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر عادات غذایی و اختلال بدشکلی بدن دختران*
 الهام محبوبی^۱، زهرا غلامی حیدرآبادی^۲، الهه خوش نویس^۳

The effectiveness of cognitive - behavioral education on food habits and body dysmorphic disorder in girls

Elham Mahboubi¹, Zahra Gholami Heidar Abadi², Elaheh Khosh Nevis³

چکیده

زمینه: بر اساس مدل شناختی اختلال بدشکلی بدن، پیشروی باورهای ناکارآمد به آیین‌واره‌ها و تفکر منفی منجر می‌شود معمولاً اختلالات روانی توأم با سوء تغذیه حاد یا مزمن نشانه آن است که بیمار از کمبود بعضی از مواد مغذی رنج می‌برد. مسئله اصلی این است که آیا آموزش شناختی رفتاری برای این دو متغیر کارایی دارد؟ **هدف:** هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر عادات غذایی و اختلال بدشکلی بدن دختران بود. **روش:** این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل ۲۰۰ نفر دختران مجرد در دامنه سنی ۱۷ تا ۲۵ سال در باشگاه‌های منطقه ۳ شهر تهران بودند که ۶۰ نفر واجد ملاک‌های ورود به پژوهش، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و با غربالگری به ۲۴ نفر رسیدند و با همگن‌سازی و تصادفی‌سازی در ۲ گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. جهت پیش‌آزمون و پس‌آزمون از مقیاس اصلاح‌شده وسواس - ناخودداری ییل براون (۱۹۷۷) و پرسشنامه عادات غذا خوردن کوکر راجر (۱۹۹۰) استفاده شد. جلسات آموزشی برای گروه آزمایش بر اساس پکیج گروه درمانگری شناختی - رفتاری (بابیلینگ، مک کب و انتونی، ۲۰۰۶) اجرا شد. **یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش شناختی - رفتاری بر عادات غذایی و بدشکلی بدن تأثیر معناداری داشت ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش آموزش به شیوه شناختی - رفتاری موجب جایگزینی شناخت‌های درست‌تر و عینی‌تر می‌شود و بر عادات غذایی و بدشکلی بدن تأثیرگذار می‌باشد.

واژه کلیدیها: بدشکلی بدن، آموزش شناختی - رفتاری، دختران، عادات غذایی

Background: Based on the cognitive model of Body Dysmorphic Disorder, the progression of ineffective beliefs results in negative thinking. Normally, mental disorders with acute or chronic malnutrition indicate that the patient suffers from lack of nutrients. The main question is whether cognitive behavioral training is effective on these two variables? **Aims:** The main aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral education on Food habits and Body Dysmorphic Disorder in girls. **Method:** A quasi-experimental study was carried out with a pretest-posttest and control group design. The statistical population of this study included 200 single girls in the age range of 17 to 25 years old in sport clubs in District 3 of Tehran, and 60 of them who had the criteria for participating in the research were selected by multi-stage cluster sampling and by screening method the number of participants reached to 24. They were assigned in two groups randomly & by homogenization. For pre-test and post-test, both groups completed the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)1977 (and Coker Roger Eating Habits Questionnaire(1990) Training sessions for the experimental groups were conducted based on the cognitive behavioral therapy group. (Babylon, Mckeb & Anthony,2006) **Results:** Findings of the present study showed that cognitive-behavioral training significantly influence on dietary habits and dysmorphic ($P < 0/001$). **Conclusion:** Based on the findings of this study, cognitive behavioral training can cause replacing of more correct and objective cognitions and affect eating habits and body dysmorphic. **Key words:** Body dysmorphic disorder, Cognitive-Behavioral education, Food habits, Girls

Corresponding Author: Zahra6100@gmail.com

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران

^۱ M A in Clinical Psychology , Department of Psychology, Faculty of Humanities ,Azad University of West Tehran Branch, Tehran, Iran

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران(نویسنده مسئول)

^۲ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Azad University of West Tehran Branch, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران

^۳ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Azad University of West Tehran Branch, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۳/۲۶

دریافت: ۹۸/۰۱/۲۷

مقدمه

در تنظیم مزاج و عملکرد مغز نقش مهمی را ایفا می‌کنند. تغذیه نامناسب یکی از علل کمبود ویتامین ب ۱۲ است اما سوء تغذیه ممکن است در نتیجه افسردگی به وجود آید (تراواتو، ۲۰۱۲). عادت‌های خوردن^۷ و تمایل به غذا در اوایل کودکی اکتساب می‌شوند و نمایانگر ویژگی‌های رفتاری است که ممکن است در طول زمان بر اساس تجارب شخصی تغییر کنند. به علاوه، عادت‌های خوردن و محرک‌های اجتماعی روی مقدار مصرف غذایی تأثیر می‌گذارند (دشت بزرگی و عسگری، ۱۳۹۶). هر کسی ممکن است نگرانی‌هایی را در مورد ظاهر و وزن خود تجربه کرده باشد. با این حال این افراد، آنقدر در مورد ظاهر خود نگران‌اند که در زندگی و عادت‌های غذایی روزمره آنها تداخل ایجاد می‌کند (حبیب‌اللهی و سلطانی‌زاده، ۱۳۹۴). مشغله ذهنی لاغری و نگرانی در مورد اضافه وزن در این افراد سبب ایجاد طیفی از رفتارهای نادرست از جمله محدودیت شدید و داوطلبانه انرژی دریافتی و گرسنگی دادن به خود و همچنین الگوهای خوردن نامعمول می‌گردد (روستایی، جزایری، حاجی فرجی، جزایری و محرابی، ۱۳۹۳). محدود کردن مصرف غذا پیش‌بینی کننده چاقی و اختلال‌های خوردن است. خوردن بازداری شده به محدود کردن تعمدی رفتار خوردن اشاره دارد و خیلی از افراد در تلاش برای کاهش وزن مرتکب خوردن بازداری شده می‌شوند (کچویی، مرادی، کاظمی و قنبری، ۱۳۹۵).

بر اساس مدل شناختی اختلال بدشکلی بدن، به پیشروی باورهای ناکارآمد به آیین‌واره‌ها، رفتارهای اجتنابی و تفکر منفی منجر می‌شود. این آیین‌واره‌ها و رفتارهای اجتنابی ممکن است به طور موقت موجب کاهش هیجان‌های دردناک شوند، اما به طور منفی تقویت می‌شوند و آن رفتارها و باورهای ناکارآمد مرتبط با اختلال بدشکلی بدن را تداوم می‌بخشند (آبرین، زمستانی، ربیعی و باقری، ۱۳۹۶). بر طبق مدل‌های شناختی، تصویر منفی از خود با دیدن خود در یک سطح صاف، آغاز می‌شود و فرد احساس می‌کند که با پوشاندن خود یا واریسی ظاهر می‌تواند نقص‌های جسمانی را پیدا کند و به نشخوار ذهنی خود درباره ظاهر خود ادامه می‌دهد. تصویر تن منفی در فرد مبتلا، تمرکز افراطی روی خود را تقویت می‌کند و

نوجوانان به‌طور طبیعی روی جنبه‌های ظاهری خود حساسیت ویژه‌ای دارند و دیدشان راجع به ظاهرشان با رضایت از خود آنها رابطه دارد، به این خاطر ممکن است که اختلال بدشکلی بدن با رضایت از خود طبیعی در آنها اشتباه گرفته شود (زرگر، صیاد و بساک نژاد، ۱۳۹۰). ویژگی اصلی اختلال بدشکلی بدن^۱ که در گذشته بدشکلی هراسی^۲ نامیده می‌شد، عبارت است از اشتغال ذهنی^۳ با نوعی نقص در ظاهر فرد که این نقص یا خیالی است یا چنانچه نابهنجاری جسمی جزئی وجود داشته باشد، دلواپسی بیمار در مورد آن افراطی و عذاب‌آور است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). شیوع این اختلال در سنین جوانی و در دهه‌های دوم و سوم زندگی نیز شایع است (اسچنیدر، ترنر، موند و هودسون، ۲۰۱۷). خصیصه‌های مشابه در تظاهر نشانه‌های اختلال بدشکلی بدن و بی‌اشتهایی عصبی^۵ با تحریف تصویر بدنی مشخص می‌شوند (پیلوپو، کستل و راسل، ۲۰۱۹) و آسیب‌شناسی اختلال بدشکلی بدن با وسواس - ناخودداری ارتباط دارد به طوری که اختلال بدشکلی بدن به‌عنوان طیفی از اختلال وسواس - ناخودداری مفهوم‌سازی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بر اثر اختلال بدشکلی بدن، فعالیت‌های اجتماعی و شغلی آسیب می‌بینند، یک‌سوم مبتلایان خانه‌نشین می‌شوند. برخی دیگر به دلیل شرم از بدشکلی، فعالیت‌هایشان را محدود می‌کنند و زمان زیادی را به اشتغال ذهنی با محتوی بدشکلی‌ها می‌گذرانند. دوره‌های افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی نیز متداول است ولی خطر خودکشی واقعی، مشخص نیست (اسچنیدر، ترنر، موند و هودسون، ۲۰۱۹؛ شاو، اردیت هال، رزفیلد و تیمپانو، ۲۰۱۶).

اصطلاح عادات غذایی^۶ اشاره به این دارد که چرا و چگونه مردم غذا می‌خورند، چه غذاهایی را و با چه کسانی می‌خورند. همچنین راه‌های به دست آوردن، ذخیره کردن، استفاده کردن و دست کشیدن از غذا را شامل می‌شود. عادت‌های غذایی سالم در پیشگیری از بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت، برخی سرطان‌ها و در نتیجه بهبود سطح سلامتی، نقش بارزی دارند (فدرت و بووری، ۲۰۱۴). لاخان و ویرا (۲۰۰۸) نیز معتقدند، این مواد مغذی

5. Nerological Anorexia

6. food habits

7. eating habits

1. Body Dysmorphic Disorder

2. Dysmorphic Phobia

3. Obsession

4. American Psychiatric Association

اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش می‌افزاید و از این رو هدف این پژوهش پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش درمان شناختی رفتاری بر عادات غذایی و اختلال بدشکلی بدن دختران اثربخش است؟

روش

روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۰۰ نفر دختران مجرد در دامنه سنی ۱۷ تا ۲۵ سال مراجعه‌کننده به باشگاه‌های منطقه ۳ شهر تهران بود ندکه از میان آنها ۶۰ نفر که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و با غربالگری به ۲۴ نفر رسیدند و با همگن‌سازی و تصادفی‌سازی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، دامنه سنی بین ۱۷ تا ۲۵ سال، سواد خواندن و نوشتن، نداشتن سوء‌مصرف مواد یا وابستگی به مواد طی سه ماه گذشته، نداشتن روان‌درمانگری هم‌زمان، نداشتن دارودرمانگری برای اختلالات روانی در فاصله سه ماه تا درمان و در حین درمان، انجام ندادن جراحی زیبایی در دوره درمان، گرفتن نمره بالای ۲۰ برای مقیاس وسواس - ناخودداری ییل براون و نمرات بالا برای مقیاس عادات خوردن (کوکر راجر). ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه و جلسات آموزش و غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابزار

مقیاس اصلاح‌شده وسواسی - ناخودداری ییل براون^۲: مقیاس وسواس - ناخودداری ییل براون توسط گودمن، پرایس، راسموسن، مازور، فلیچمن، هیل، چرنی، (۱۹۸۹) ساخته شد و شامل ۱۹ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از «هیچ = ۰» تا «شدید = ۴» نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس اصلاح‌شده وسواس - ناخودداری ییل - براون برای اختلال بدشکلی بدن توسط فیلیپس، هولاندر، راسموسن، ارنویدز، دیکاریا، گودمن، (۱۹۹۷) طراحی شد. این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۱۲ گویه‌ای است که شدت علائم اختلال بدشکلی بدن را مورد سنجش قرار می‌دهد که دارای یک ساختار مرتبه‌ای دو عاملی و دو سؤال اضافی است. این عوامل عبارت‌اند از: ۱- وسواس فکری؛ ۲- وسواس عملی؛ و دو سؤال اضافی در مورد بیش و اجتناب. گویه

سرانجام این مسئله منجر به توجه انتخابی نسبت به عیوب جسمانی می‌شود. سپس چرخه معیوب دیدن خود در آینه، تمرکز بر ظاهر جسمانی، نشخوار ذهنی و احساس منفی شکل می‌گیرد (دیتل، مویوس، استینیچ، داسند، ویلهلم و بوهلن، ۲۰۱۸؛ جانسون، ویلیامسون و واد، ۲۰۱۸).

قسمت اعظم درمان شناختی رفتاری بر اساس روی آورد «اینجا و اکنون» صورت می‌گیرد و فرض بر آن است که هدف عمده درمان، عبارت است از کمک به بیمار به نحوی که بتواند تغییراتی مطلوب در زندگی خود پدید آورد؛ بنابراین تأکید در درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و نیز ایجاد تغییراتی در فضای بیرونی از حیطه بالینی می‌شود. حل مسئله، جز مهم لاینفک درمان را تشکیل می‌دهد (هاوتون و سالکوس کیس، ۱۹۸۹؛ ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۹۱). درمان شناختی رفتاری روی آوردی است مبتنی بر عقل سلیم که بر دو اصل بنیادی استوار است: نخست، این که شناخت واره‌های شخص اثری مهارکننده بر هیجان‌ها و رفتار دارند و دوم، این که چگونگی عملکرد یا رفتار شخص اثری قوی در الگوهای فکری^۱ و هیجانی او دارد. در این درمان بر تکنیک‌هایی تأکید می‌شود که بیماران بدان وسیله بتوانند افکار درونی خود را بازبایی کنند و آنها را تغییر دهند، مخصوصاً افکاری که با نشانه‌های هیجانی و عاطفی مانند افسردگی و خشم ارتباط دارند. درمان شناختی رفتاری به بیمار یاد می‌دهد که درباره تفکر خود بیندیشد. هدف از این کار، این است که بیمار شناخت‌واره‌های خود را به سطح وقوف و مهار کردن آگاهانه در بیاورند (رایت، بسکو و تیز، ۲۰۰۹؛ ترجمه قاسم‌زاده و حمیدپور، ۱۳۹۲). تردیدی وجود ندارد که تغذیه هر فرد ارتباط تنگاتنگی با وضعیت سلامت جسمی و روحی او دارد و مصرف مقادیر کافی از مواد مغذی سبب حفظ سلامت فرد و افزایش کارایی او می‌شود. پژوهش‌های بسیاری مبین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن در جمعیت‌های مختلف است (به‌عنوان مثال آبرین و همکاران، ۱۳۹۶؛ زرگر و همکاران، ۱۳۹۰؛ گرینبرگ، فیلیپس، استکت، هوئینر و ویلهلم، ۲۰۱۹). با این حال عادات غذایی این افراد به‌عنوان عامل خطری که نه تنها این اختلال را تداوم می‌بخشد بلکه هم ابتلایی به اختلال‌هایی نظیر اختلال‌های خوردن را نیز در پی دارد کمتر مورد توجه قرار گرفته است و بر

2. Yale - Brown Obsessive Compulsive Scale

1. intellectual patterns

برای کل پرسشنامه ۰/۶۵، برای عامل اول ۰/۶۰، برای عامل دوم ۰/۵۷ و برای عامل سوم ۰/۶۴ بود. آزمودنی پاسخ خود را با انتخاب یکی از ۲ گزینه درست = ۱ / نادرست = ۰ مشخص می کند.

پس از توضیح اهداف پژوهش برای شرکت کنندگان و جلب رضایت آگاهانه آنها با غربالگری با استفاده از مقیاس وسواس - ناخودداری و پرسشنامه عادات خوردن ۶۰ نفر از دخترانی که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند انتخاب شدند که پس از انجام مصاحبه بالینی بر اساس چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ریزش نمونه تعداد آنها به ۲۴ نفر رسید که در نهایت با همگن‌سازی^۳ و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و ۹۰ دقیقه‌ای، بر اساس پکیج گروه درمانگری شناختی- رفتاری (بابیلینگ، مک کب و انتونی، ۲۰۰۶) هر هفته یک جلسه اجرا شد. جهت تحلیل در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس با شرط برقراری پیش فرض‌های روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش (میانگین و انحراف معیار) و همچنین داده‌های مربوط به توزیع نرمال مؤلفه‌های بدشکلی بدن و عادات غذایی در گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دختران باشگاه‌های ورزشی ارائه شده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای بدشکلی بدن و عادات غذایی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($P > 0.05$). از آنجایی که یکی از پیش فرض‌های استفاده در آزمون تحلیل کوواریانس همسانی واریانس‌ها است، در ابتدا توسط آزمون لوین این پیش فرض بررسی شد. از آنجا که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0.05$). مقادیر F و سطوح معناداری مربوط به آنها نیز نشان دادند پیش فرض‌های همگنی شیب رگرسیون و ماتریس واریانس - کوواریانس نیز رعایت شده است ($P > 0.05$).

های ۱ تا ۵ وسواس فکری و ۵ تا ۱۰ وسواس عملی و سؤال ۱۱ اجتناب و سؤال ۱۲ بینش را می‌سنجند. نمره کل بالای ۲۰ نشان‌دهنده تشخیص اختلال بدشکلی بدن است. فیلیس (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ را گزارش کرده است که نشان‌دهنده هماهنگی درونی بالا این مقیاس است. مقیاس وسواس - ناخودداری یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن با نمرات سنجش عملکرد کلی در چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، همبستگی مثبتی ($r = -0.51$) و در مقایسه با فرم درجه‌بندی شده کوتاه روان‌پزشکی^۱ ($r = 0.19$) از درستی آزمایی تشخیصی مناسبی برخوردار بود. به علاوه این ابزار می‌تواند بهبودی نشانگان بعد از درمان را نیز ارزیابی کند (فیلیس، ۲۰۰۵). ربیعی، خرم‌دل، کلانتری و مولوی (۱۳۸۸) دامنه ضریب آلفا را از ۰/۷۸ برای «عامل نیروی مهار کردن فکر» تا ۰/۹۳ برای «عامل رفتارها و افکار وسواسی» گزارش کردند. همچنین این پژوهشگران ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه پادوا و مقیاس رضایت بدنی به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۳۳ به دست آوردند. در تحلیل عاملی دو عامل «نیروی مهار کردن فکر» و «افکار و رفتارهای وسواسی» در مجموع ۶۶٪ از واریانس پرسشنامه را تبیین نمودند.

پرسشنامه عادات غذا خوردن^۲: پرسشنامه عادات غذا خوردن توسط کوکر و راجر (۱۹۹۰) ساخته شده است؛ و شامل ۵۶ گویه است که ۳ خرده مقیاس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و آزمودنی پاسخ خود را با انتخاب یکی از ۲ گزینه درست = ۱ / نادرست = ۰ مشخص می‌کند. عامل اول (نگرانی در مورد وزن/ رژیم غذایی): شامل گویه‌های ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۳۸، ۳۷، ۳۶، ۳۹، ۴۰، ۴۳، ۴۵، ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۴، ۵۶ و ۵۷ می‌شود. عامل دوم (بازداری): شامل گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۵، ۷، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۳، ۲۹، ۳۳، ۴۲، ۵۲ و ۵۳ می‌شود. عامل سوم (پرخوری): شامل گویه‌های ۳، ۶، ۹، ۱۳، ۱۹، ۲۱، ۳۱، ۳۵، ۴۱، ۴۴، ۴۶، ۴۸، ۵۱ و ۵۵ می‌شود (کوکر و راجر، ۱۹۹۰). کوکر و راجر (۱۹۹۰) توانایی این آزمون را در تمایز بیماران مبتلا به اختلال‌های خوردن از افراد سالم به عنوان درستی آزمایی تشخیصی ابزار گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش شریفی فرد (۱۳۷۷)، برای کل پرسشنامه ۰/۷۰، عامل اول ۰/۶۰، عامل دوم ۰/۷۰ و عامل سوم ۰/۴۲ بدست آمد. ضریب قابلیت اعتماد باز آزمایی بعد از چهار هفته

3. homogenization

1. Brief Psychiatric Rating Scale

2. Eating Habitual Questionnaire

جدول ۴ نشان می‌دهد مقدار F برای متغیر همپراش برابر با ۴۰/۹۰ به دست آمد که معنادار بود ($F=40/90, P<0/001$). علاوه بر این پس از خارج کردن تأثیر متغیر همپراش مقدار F برابر با ۱۰۰/۷۷ به دست آمد که معنادار بود ($F=100/77, P<0/001$) و اختلاف معناداری بین میانگین گروه‌ها وجود داشت. مقایسه میانگین‌ها نشان داد که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون برابر با ۳۴/۸۱ از میانگین گروه گواه در مرحله پس‌آزمون برابر با ۴۵/۶۰ پایین‌تر بود.

جدول ۵ نشان می‌دهد مقدار F برای متغیر همپراش برابر با ۴۰/۹۰ به دست آمد که معنادار بود ($F=40/90, P<0/001$). علاوه بر این پس از خارج کردن تأثیر متغیر همپراش مقدار F برابر با ۸۵/۳۵ به دست آمد که معنادار بود ($F=85/35, P<0/001$) و اختلاف معناداری بین میانگین گروه‌ها وجود داشت. مقایسه میانگین‌ها نشان داد که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون برابر با ۳۷/۶۳ از میانگین گروه گواه در مرحله پس‌آزمون برابر با ۵۵/۷۲ پایین‌تر بود.

جدول ۵ نشان می‌دهد مقدار F برای متغیر همپراش برابر با

جدول ۱. پروتکل گروه درمانگری شناختی - رفتاری (بایلینگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹)

جلسه	شرح جلسات
جلسه ۱	معارفه و آشنایی با نحوه کار؛ معرفی ساختار، قوانین اصلی و زمان جلسات، بیان برخی تجارب گذشته و انتظارات؛ بحث پیرامون رازداری و محرمانه بودن؛ معرفی روی آورد درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی در درمان و آموزش؛ تشریح مدل زیستی، روانی و اجتماعی بیماری و طرح مؤلفه‌های رفتار، افکار، هیجان‌ها، زیست شناختی و محیط.
جلسه ۲	تعیین هدف کلی و اهداف برای هر یک از اعضای گروه؛ طرح رابطه بین حالات خلقی و رفتاری؛ نشان دادن رابطه بین فعالیت‌ها و مزاج از نظر بهبود یا وخامت مزاج.
جلسه ۳	بحث پیرامون مداخله‌های رفتاری در زمینه اصلاح رفتارها به منظور بهبود خلق؛ بررسی مفهوم احساس کارآمدی با ارائه مثال و نمونه‌هایی از تجارب گذشته. مهمترین کنش تکنیک‌های بازسازی شناختی، آموزش الگوهای تفکر سازش یافته‌تر به افراد است. تا بتوانند به کمک آنها، به کشف الگوهای فکری منفی و تحریف شده در خود بپردازند و بدین وسیله تأثیرات آسیب‌رسان این الگوهای فکری را تشخیص دهند و به جای دریافته‌های شناختی ناکارآمد خود، الگوهای فکری سازش یافته‌تر و درست‌تری را جایگزین سازند.
جلسه ۴	تعیین تغییرات خلقی و مداخله‌های شناختی مرتبط؛ نام‌گذاری و درجه‌بندی هیجان‌های تجربه شده؛ استفاده از مثال در تشریح تعبیر و تفسیر و خودگویی به عنوان رابطه بین موقعیت و هیجان؛ تحلیل و بررسی افکار خودآیند و تمرکز بر افکاری که بیشترین رابطه را با هیجان دارد.
جلسه ۵	ارزیابی شواهد موجود درباره افکار خودآیند با استفاده از شواهد و سؤالات درمان‌جویان؛ معرفی شواهد مخالف که از افکار خودآیند حمایت نمی‌کند؛ بررسی مثال‌هایی درباره خطاهای شناختی موجود در برگه‌های ثبت افکار.
جلسه ۶	بیان کاربرد حل مسئله در معرفی و ثبت افکار مثبت و مناسب؛ طرح راهبردهای حل مسئله با استفاده از مثال‌های مطرح شده در جلسه.
جلسه ۷	معرفی و بررسی شناخت‌های عمیق و مفهوم پیش‌فرض‌های شرطی و باورهای محوری بدین صورت که درمانگر می‌باید با استخراج اطلاعات بیشتر درباره اسنادها، مفروضه‌ها و باورهای مراجع، دریافته‌های شناختی ناکارآمد او را از بین ببرد. او باید به حد کافی شرکت‌کننده‌ها را راهنمایی کند تا آنها بتوانند باورها و مفروضه‌های ناکارآمد خود را واریسی کنند. نمایش دادن شناخت عمیق با استفاده از پیکان وارونه و تشریح این روش.
جلسه ۸	معرفی راهبردهای کنارآمدن مرتبط با باورهای محوری و زیربنایی؛ استفاده از مثال برای نشان دادن ماهیت خودآسیب‌رسان راهبردهای کنارآمدن هیجان‌مدار؛ پیشنهاد راهبردهای کنارآمدن مناسب.
جلسه ۹	توضیح و ارائه روش در زمینه ترکیب و به کارگیری توانش‌های آموخته شده. مرور تکالیف انجام شده در زمینه‌های درمانگری.
جلسه ۱۰	جمع‌بندی فنون آموزش، طرح مفاهیم بازگشت و عود بیماری و برنامه‌ریزی ویژه در زمینه راهبردهای کنارآمدن با آن؛ معرفی کتاب و سایت‌های معتبر به منظور کسب اطلاعات بیشتر و کنارآمدن با بازگشت اختلال.

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار متغیرهای پژوهش و نتایج آزمون شاپیرو - ویلک

متغیر	مرحله	آزمایش		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بدشکلی بدن	پیش‌آزمون	۵۷/۵۸	۲/۸۷	۵۴/۱۶	۲/۶۵
	پس‌آزمون	۳۸/۸۳	۲/۹۷	۵۴/۰۰	۲/۶۹
عادات غذایی	پیش‌آزمون	۴۵/۶۶	۱/۶۶	۴۶/۷۵	۱/۶۶
	پس‌آزمون	۳۴/۲۵	۱/۹۶	۴۶/۱۶	۲/۱۸
آزمون شاپیرو - ویلک					
مرحله	پیش‌آزمون	۰/۹۳۴	۱۲	۰/۹۶۳	۱۲
	پس‌آزمون	۰/۹۵۰	۱۲	۰/۹۵۷	۱۲
	پیش‌آزمون	۰/۹۴۳	۱۲	۰/۹۰۳	۱۲
	پس‌آزمون	۰/۹۲۷	۱۲	۰/۸۹۱	۱۲

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای آزمون اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری بر بدشکلی بدن و عادات غذایی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig
پس آزمون بدشکلی بدن	۱۸۵۵/۱۱	۱	۱۸۵۵/۱۱	۵۵/۳۳	۰/۰۰۱
پس آزمون عادات غذایی	۶۶۲/۰۲	۱	۶۶۲/۰۲	۹۲/۵۵	۰/۰۰۱
خطا	-	-	-	-	-
پس آزمون بدشکلی بدن	۶۷۱/۶۰	۲۰	۳۳/۵۸	-	-
پس آزمون عادات غذایی	۱۴۳/۰۵	۲۰	۷/۱۵	-	-
کل	-	-	-	-	-
پس آزمون بدشکلی بدن	۵۵۲۱۸/۰	۲۴	-	-	-
پس آزمون عادات غذایی	۴۰۷۹۳/۰	۲۴	-	-	-

جدول ۴. تحلیل کوواریانس برای آزمون اثربخشی آموزش درمان شناختی - رفتاری بر بدشکلی بدن

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig	میانگین‌های تعدیل شده
مدل اصلاح شده	۲۵۷۲/۴۲	۲	۱۲۸۶/۲۱	۵۴/۱۳	۰/۰۰۱	آزمایش ۲۷/۶۳
پیش آزمون	۹۷۱/۷۵	۱	۹۷۱/۷۵	۴۰/۹۰	۰/۰۰۱	گواه ۵۵/۷۲
مداخله	۲۰۲۷/۸۸	۱	۲۰۲۷/۸۸	۸۵/۳۵	۰/۰۰۱	-
خطا	۴۹۸/۹۱	۲۱	۲۳/۷۵	-	-	-
کل	۵۳۴۸۸/۰۰	۲۴	-	-	-	-

جدول ۵. تحلیل کوواریانس برای آزمون اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری بر عادات غذایی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig	میانگین‌های تعدیل شده
مدل اصلاح شده	۱۸۴۷/۴۱	۲	۹۲۳/۷۰	۱۳۴/۲۰	۰/۰۰۱	آزمایش ۳۴/۸۱
پیش آزمون	۹۹۵/۳۷	۱	۹۹۵/۳۷	۱۴۴/۶۱	۰/۰۰۱	گواه ۴۵/۶۰
مداخله	۶۹۳/۶۳	۱	۶۹۳/۶۳	۱۰۰/۷۷	۰/۰۰۱	-
خطا	۱۴۴/۵۴	۲۱	۶/۸۸	-	-	-
کل	۴۰۷۹۳/۰۰	۲۴	-	-	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

معانی رخ می‌دهد. در دهه‌های اخیر با توسعه و گسترش رستوران‌ها و فست‌فودها عادات غذایی نامناسب و متفاوت فزونی یافته است. عادات غذایی مؤلفه بسیار مهمی در بوجود آمدن اختلال خوردن که با اختلال بدشکلی بدن همایند هستند است و نقش مهمی دارد. این پژوهش و اهمیت موضوع تغذیه در جامعه موفق و سالم و هدف بازبینی شواهد به دست آمده از مطالعات انسانی در رابطه با عادات‌های خوردن (تغذیه سالم) این امر ضرورت توجه به آموزش شناختی - رفتاری بر عادات غذایی را آشکار می‌سازد.

تصویر بدنی به عنوان میزان رضایت از جسم خود تعریف می‌شود و احساسات مثبت و منفی فرد در مورد شکل و اندازه بدن است. به این ترتیب اختلال در تصویر بدنی، می‌تواند به عنوان هر نوع اختلال عاطفی، شناختی، رفتاری یا ادراکی تعریف شود که به طور مستقیم با یک جنبه از ظاهر جسمانی مرتبط است. تصویر بدنی می‌تواند منجر

نتایج این پژوهش نشان داد آموزش شناختی رفتاری علاوه بر باورهای و سواسی بدشکلی بدنی بر تغییر عادات غذایی دختران از جمله نگرانی‌ها، بازداری و پرخوری عصبی آنها نیز اثربخش است. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های آبرین و همکاران (۱۳۹۶)؛ زرگر و همکاران (۱۳۹۰)؛ گرینبرگ و همکاران (۲۰۱۹)؛ گرینبرگ، موتی و ویلهلم، (۲۰۱۶) و ویلهلم، فیلیس، فاما، گرینبرگ، استیکیت، (۲۰۱۱) هم راستاست که مبین اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر عادات غذایی و اختلال بدشکلی بدن هستند. در راستای نتایج این پژوهش در پژوهش دوست محمدیان (۱۳۸۵) تنها ۳۱ درصد از نوجوانان از راه‌کارهای شیوه زندگی مناسب (وزن مطلوب، سیگار نکشیدن، فعالیت ورزشی و تغذیه مناسب) پیروی می‌کردند. انتخاب غذا درون مجموعه پیچیده‌ای از

می‌کند. همچنین با توجه به اینکه یکی از نگرانی‌های اصلی نوجوانان پذیرفته شدن و جذاب بودن از نگاه دیگران است، به دلیل تنوع معیارهای زیبایی در افراد، داشتن این باور ناکارآمد که همگان باید فرد را تأیید کنند، فرد را نگران برآورده ساختن معیارهای دیگران می‌کند و دشوار بودن دستیابی به این هدف، فرد را به میزان زیادی درباره تصویر بدنی‌اش نگران می‌کند. در جلسات درمان با آموزش صحیح به کشاکش کشیدن این افکار ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک از خود بیماران اصلاح شده و به نوجوانان کمک می‌کند تا باورهای غلط خود را درباره ظاهر جسمانی تغییر دهند، به احساس مثبتی درباره خود دست یابند و یاد بگیرند که می‌توانند نشخوارهای ذهنی خود را در حیطه تصویر منفی کنار بزنند. هدف درمان بر اساس مدل شناختی رفتاری، بهبود بازخورد مثبت به تصویر بدن است (عابدی پریجا، صادقی، شلانی و صادقی، ۱۳۹۶).

در تبیین دیگر این یافته‌ها باید به مفروضه‌های درمان شناختی توجه کرد که بر پایه تغییر شناخت، هیجان و رفتار استوار است، این بدان معنا است که مداخله درمان شناختی رفتاری در این پژوهش سبب شده که آزمودنی‌ها از نظر تفکر و هیجان به اصلاح ادراکات نادرست خود پردازند و با بهره‌گیری از آن در ارتباط با دیگران بتوانند دیدگاه مثبتی نسبت به شاخص توده بدنی خود داشته باشند. همچنین با اصلاح باورها و ادراکات از تصویر بدنی خود زمینه‌های کاهش آن در طی مداخله را عملی نمایند؛ زیرا دیدگاه شناختی رفتاری در مورد تصویر ذهنی بدن و تأثیر منفی آن در زندگی مردم (به‌عنوان مثال اختلالات خوردن)، تمرکز مداخلات خود را بر تجزیه و تحلیل درستی ارزیابی منفی از بدن و اعتقادات غیرمنطقی در مورد اهمیت و معنای ظاهر بدنی، تغییر دادن آنها به افکار و احساسات مثبت تر یا دقیق‌تر و ترویج رفتارهای انطباقی قرار داده است. این امر سبب شده که درمان شناختی و رفتاری بر الگوی عادات غذایی نادرست اثرگذار باشد (شوارتز و برونویل، ۲۰۰۴).

در درمان شناختی - رفتاری بر پیوستگی افکار، احساسات و رفتار تأکید می‌شود. در این روی آورد اعتقاد بر این است که افراد با بازسازی افکار می‌توانند با فشارهای روانی کنار بیایند. در واقع در این روی آورد افراد تشویق می‌شوند تا با توجه به افکار خود آیند منفی و

به نارضایتی از بدن و احساس عدم جذابیت شود، بدین معنی که فرد با ظاهر جسمانی خود مشکل پیدا می‌کند و این امر موجب اختلال در عملکرد او می‌شود. تنش و اضطراب، دیدگاه خود منتقدانه و خودارزش‌دهی^۱ پایین به طور منفی تفکر افراد در مورد بدن آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (دهستانی، عزیزی و مهدوی، ۱۳۹۷). هسته مرکزی اختلال بدشکلی بدن توجه متمرکز بر خود افراطی درباره تصویر بدنی آشفته است، این ارزیابی منفی از تصویر بدنی به نشخوار فکری، تغییر در مزاج و روی آوردن به رفتارهای ایمنی و همچنین اجتنابی نظیر پرهیز از خوردن و بازداري منجر می‌شود (دمرچلی، کاکاوند و جلالی، ۱۳۹۶؛ ویلسون، ویلهلم و هارتمن، ۲۰۱۴).

اغلب بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، بینش ضعیف یا باورهای هذیانی مرتبط با این اختلال دارند. همچنین تمایل دارند این‌طور فکر کنند که نظر بیشتر افراد درباره نقص خیالی‌شان، مانند آنهاست. درمان شناختی رفتاری فرآیند بازسازی شناختی را در درمان اختلال بدشکلی بدن تسهیل می‌کند. ضمن اینکه با تفکر واگرایی که در این درمان به دست می‌آورند، بهتر می‌توانند افکار و رویدادهای پیرامونی خود را تفسیر کنند. همچنین بینش دادن و بازسازی باورهای بنیادین نیز با این تفکر واگرا تسهیل می‌شود. به‌طور کلی، یکی از مشکلات در اختلال‌های روانی مختلف، نبودن تفکر واگرا و یک‌جانبه‌نگری بیمار است که به خطاهای شناختی و تحریف واقعیت منجر می‌شود. این‌گونه به نظر می‌رسد که درمان شناختی رفتاری با تأثیر بر مؤلفه‌های بازبودن ذهن و گسترش آگاهی تفکر واگرا را تسهیل می‌کند و در برطرف کردن این مشکل، کمک‌کننده است (آبرین و همکاران، ۱۳۹۶).

مدل شناختی رفتاری معتقد است شناخت منفی زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات روانشناختی در بافت تنش‌آور زندگی کمک می‌کند و همه افراد در شرایط یکسان تنیدگی، دچار اختلال نمی‌شوند. درمان شناختی - رفتاری با هدف قراردادن این شناخت‌های منفی سعی در تغییر آنها و بهبود نشانه‌های معیوب روانشناختی دارد (صمدزاده، صالحی، بنی جمال، احدی، ۱۳۹۷). در تبیین نتیجه به‌دست آمده می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری با ایجاد مسئولیت‌پذیری هیجانی به منزله توانش مهار کردن هیجان، موجب خودتنظیمی هیجانی فرد می‌شود و در حکم توانشی برای کنار آمدن با نگرانی‌های فرد عمل

1. self-esteem

نمایند.

منابع

- آبرین، مرتضی؛ زمستانی، مهدی؛ ربیعی، مهدی و باقری، امیر هوشنگ (۱۳۹۶). کارایی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن: مطالعه موردی، *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۳(۴)، ۳۹۴-۴۰۷.
- باند، فرانک دبلیو و درایدن، ویندی (۱۳۹۳). *رفتار درمانی شناختی (رویکرد کوتاه مدت)*، ترجمه علی حسینی و حسن حمیدپور، تهران: ارجمند. (تاریخ زبان اصلی، ۲۰۰۵).
- بایلینگ، پتر جی؛ مک کب، رندی ای و آنتونی، مارتین ام (۱۳۸۹). گروه درمان گری شناختی - رفتاری، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران. (تاریخ زبان اصلی، ۲۰۰۶).
- حبیب اللهی، اعظم و سلطانی زاده، محمد (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس ناخودداری در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، *مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت*، ۲(۴)، ۱-۱۰.
- دشت بزرگی، زهرا و عسگری، پرویز (۱۳۹۶). بررسی شاخص های روان سنجی پرسشنامه رفتارهای خوردن کودکان CEBQ، *مجله ایده های نوین روانشناسی*، ۱(۲)، ۲۷-۳۴.
- دمرچلی، نسیم؛ کاکاوند، علیرضا و جلالی، محمدرضا (۱۳۹۶). تدوین مدل ارتباط اضطراب اجتماعی با اختلال بدریخت انگاری بدن: نقش میانجی ترس از ارزیابی مثبت و منفی، *مطالعات روانشناختی*، ۱۳(۴۷)، ۱۳۲-۱۱۳.
- دهستانی، مهدی؛ عزیز، زهره و مهدوی، عاطفه (۱۳۹۷). اثربخشی روان بیه درمانگری گروهی بر نشانگان بدریخت انگاری و روان بیه های سازش نایافته اولیه در دانش آموزان دختر با نگرانی اضافه وزن، *مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۲(۴۷)، ۴۷-۵۶.
- دوست محمدیان، اعظم؛ کشاورز، سیدعلی؛ درستی، احمدرضا؛ محمودی، محمود و صدرزاده یگانه، هاله (۱۳۸۵). تعیین برخی عوامل غذایی مرتبط با وضعیت وزن دختران نوجوان دبیرستانی شهر سمنان (۸۳-۱۳۸۲)، *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۱(۳)، ۶۰-۵۱.
- رایت، جسی؛ بسکو، مونیکا و تیز، مایکل (۱۳۹۲). آموزش درمان شناختی - رفتاری، ترجمه حبیب الله قاسم زاده و حسن حمیدپور، تهران: ارجمند (تاریخ زبان اصلی، ۲۰۰۹).
- ربیعی، مهدی؛ خرم دل، کاظم؛ کلاتری، مهرداد و مولوی، حسین (۱۳۸۸). ساختار عاملی، قابلیت اعتماد و درستی آزمایی مقیاس اصلاح شده وسواس - ناخودداری یل - براون برای اختلال بدشکلی بدن دانشجویان، *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۵(۴)،

شناسایی تحریف های شناختی و به کشاکش کشیدن آنها و در ادامه با بازسازی افکار، احساسات بهتری را تجربه کنند و رفتارهای مناسب تری از خود بروز دهند (باند، فرانک دبلیو؛ و درایدن، ویندی، ۲۰۰۵؛ ترجمه حسینی و حمیدپور، ۱۳۹۳). براساس یافته های حاصل از این پژوهش آموزش به شیوه شناختی - رفتاری که آموزش ردیابی و اصلاح خطاهای شناختی نظیر فیلتر ذهنی، تعمیم افراطی، ذهن خوانی، پیشگویی کردن، درشت نمایی، بایدها و نبایدها، شتاب زدگی، بی توجهی به امر مثبت، برجسب زدن و شخصی سازی را در بردارد موجب جایگزینی شناخت های درست تر و عینی تر می شود. این روی آورد از یک طرف با ایجاد تغییرات رفتاری مطلوب بر روی آنچه که افراد انجام می دهند متمرکز می شود و از طرف دیگر با تأکید بر فرآیندهای روانی، افراد را هدایت می کند تا احساسات و باورهای راکه موجب مشکلات رفتاری می شود؛ تغییر دهند (لیهی، ۲۰۱۷؛ ویلابو و کامپتون، ۲۰۱۹).

استفاده از ابزار خودسنجی در اندازه گیری متغیرهای وابسته (عادات غذایی و بدشکلی بدن) که نیازمند رعایت صداقت و دقت آزمودنی در پاسخ گویی به مواد آزمون بود، می تواند یکی از محدودیت های این پژوهش بود. آموزش شناختی - رفتاری در این پژوهش توانسته است با مداخله در شناخت واره ها و درجه بندی هیجان ها در موقعیت های سخت، تمرکز بر افکاری که بیشترین رابطه را با توجه متمرکز بر خود و هیجان های منفی نشأت گرفته از آنها در این افراد دارد را بکاهد. همچنین این افراد با بررسی رفتارهای اجتنابی خود از جمله پرهیز از غذا خوردن و بازداری و همین طور نگرانی ها و باورها و پیش فرض های خود از طریق تمرکز بر شناخت، آگاهی و بینش عاطفی بیشتری پیدا کردند و بر رفتارهای اجتنابی خود متمرکز شدند. به علاوه این روش یک مدل پیش گیری نیز است و همچنین با در نظر گرفتن روند رو به افزایش عادات غذایی نامناسب و وسواس های فکری و عملی در مورد ظاهر بدنی به ویژه در جنس مؤنث در جامعه و خانواده ها، خسارت ها و هزینه های جانی و مالی ناشی از ابتلا به این بیماری ها و حساسیت ها، پیشنهاد می شود، برنامه های تخصصی پیشگیری در محتوای آموزشی مدارس و نیز رسانه های گروهی به منظور روشنگری و افزایش اطلاعات دانش آموزان و خانواده ها جدی گرفته شود. همچنین پیشنهاد می شود روانشناسان و مشاوران تغذیه از این پژوهش برای شناخت و مطالعه انواع اختلال ها خوردن در کودکان و نوجوانان در مدارس و مراکز مشاوره استفاده

- C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Greenberg, J. L., Mothi, S. S., & Wilhelm, S. (2016). Cognitive-behavioral therapy for adolescent body dysmorphic disorder: A pilot study. *Behavior therapy*, 47(2), 213-224.
- Greenberg, J. L., Phillips, K. A., Steketee, G., Hoepfner, S. S., & Wilhelm, S. (2019). Predictors of Response to Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy*, 50(4), 839-849.
- Johnson, S., Williamson, P., & Wade, T. D. (2018). A systematic review and meta-analysis of cognitive processing deficits associated with body dysmorphic disorder. *Behaviour research and therapy*, 107, 83-94.
- Lakhan, S. E., & Vieira, K. F. (2008). Nutritional therapies for mental disorders. *Nutrition Journal*, 7, 2. doi:10.1186/1475-2891-7-2
- Leahy, R. L. (2017). *Cognitive Therapy Techniques, Second Edition: A Practitioner's Guide* (2nd ed.): Guilford Press.
- Phillipou, A., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2019). Direct comparisons of anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 274, 129-137.
- Phillips, K. A. (2005). *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford University Press, USA.
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. A., Aronowitz, B. R., DeCaria, C., & Goodman, W. K. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 17-22.
- Schneider, S. C., Turner, C. M., Mond, J., & Hudson, J. L. (2017). Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(6), 595-603.
- Schneider, S. C., Turner, C. M., Storch, E. A., & Hudson, J. L. (2019). Body dysmorphic disorder symptoms and quality of life: The role of clinical and demographic variables. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 1-5.
- Shaw, A. M., Hall, K. A., Rosenfield, E., & Timpano, K. R. (2016). Body dysmorphic disorder symptoms and risk for suicide: The role of depression. *Body Image*, 19, 169-174.
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body image*, 1(1), 43-56.
- Trovato G. M. (2012). Behavior, nutrition and lifestyle in a comprehensive health and disease paradigm: skills and knowledge for a predictive, preventive and personalized medicine. *The EPMA Journal*, 3(1), 8.
- Villabø, M. A., & Compton, S. N. (2019). Chapter 15 - Cognitive Behavioral Therapy. In S. N. Compton,
- ۳۴۳-۳۵۰
- روستایی، روشنگر، جزایری، ابوالقاسم؛ حاجی فرجی، مجید؛ جزایری، شیما و محرابی، یداله (۱۳۹۳). بررسی الگوهای غذایی غالب و ارتباط آن با اختلالات خوردن در دختران نوجوان شهر تهران، *علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۹(۳)، ۳۱-۲۱.
- زرگر، یداله؛ صیاد، سحر و بساک نژاد، سودابه (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانگری شناختی - رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی در دانش آموزان دختر، *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۵)، ۳۴۱-۳۴۹.
- شریفی فرد، امل (۱۳۷۷). *بررسی شیوع اختلالات تغذیه و ارتباط آن با حرمت خود و افسردگی در دانش آموزان دختر اهواز*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اهواز.
- صمدزاده، افسانه؛ صالحی، مهدیه؛ بنی جمال، شکوه سادات؛ احدی، حسن (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با ذهن آگاهی بر رواندرستی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۸): ۴۹۹-۴۹۱.
- عابدی پریجا، حسین؛ صادقی، سعید؛ شلانی، بیتا و صادقی، الهه (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی بر بهبود تصویر بدنی منفی در نوجوانان پسر، *دانشور پزشکی*، ۲۴(۱۲۸)، ۱۳-۲.
- کجویی، محسن؛ مرادی، علیرضا؛ کاظمی، آمنه سادات و قنبری، زینب (۱۳۹۵). نقش متمایز کننده تنظیم هیجان و برانگیختگی در انواع مختلف الگوهای خوردن ناسالم، *دوماه نامه علمی-پژوهشی فیض*، ۲۰(۴)، ۳۸۳-۳۹۰.
- هاوتون، کرک و سالکوس کیس، کلارک (۱۳۹۱). *رفتار درمانگری شناختی مجموعه کاربردی در درمان اختلال‌های روانی*. ترجمه حبیب الله قاسم‌زاده، تهران: ارجمند (تاریخ زبان اصلی، ۱۹۸۹).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Coker, S., & Roger, D. (1990). The construction and preliminary validation of a scale for measuring eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(2), 223-231.
- Dietel, F. A., Mobius, M., Steinbach, L., Dusend, C., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2018). Effects of induced appearance-related interpretation bias: A test of the cognitive-behavioral model of body dysmorphic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 180-187.
- Fardet, A., & Boirie, Y. (2014). Associations between food and beverage groups and major diet-related chronic diseases: an exhaustive review of pooled/meta-analyses and systematic reviews. *Nutrition Reviews*, 72(12), 741-762.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure,

- M. A. Villabø, & H. Kristensen (Eds.), *Pediatric Anxiety Disorders* (pp. 317-334): Academic Press.
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Fama, J. M., Greenberg, J. L., & Steketee, G. (2011). Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy, 42*(4), 624-633.
- Wilson, A. C., Wilhelm, S., & Hartmann, A. S. (2014). Experiential avoidance in body dysmorphic disorder. *Body Image, 11*(4), 380-383.