

## رابطه راهبردهای "کنترل فکر" با علایم اختلالات خوردن در دانشجویان دختر

### دانشگاه پیام نور یزد

مژگان بهراد<sup>۱</sup>، محمود کمالی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۳/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۶/۱۶

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور یزد

۲. استادیار روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور یزد

#### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف از این پژوهش بررسی ارتباط راهبردهای کنترل فکر با علایم اختلالات خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یزد بود. **مواد و روش کار:** پژوهش حاضر از نوع طرح همبستگی بود. جامعه پژوهش را کلیه دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یزد که در نیم سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ مشغول به تحصیل بودند، تشکیل می‌دادند. از بین این جامعه نمونه‌ای ۲۲۰ نفری به شیوه تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه‌های کنترل افکار (TCQ) و پرسشنامه نگرش‌های غیرطبیعی به خوردن EAT-26 را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-16 و هم‌چنین شاخص‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد مابین عامل کلی پرسشنامه‌های کنترل افکار و تمامی راهبردهای کنترل فکر (خود تنبیهی، نگرانی، باز ارزیابی و پرت کردن حواس) به جز کنترل اجتماعی، با اختلال خوردن رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ( $p < 0/001$ ). هم‌چنین نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد از بین راهبردهای کنترل فکر، تنبیه و نگرانی، قوی‌ترین پیش‌بین‌های اختلالات خوردن هستند که مجموعاً ۱۶ درصد از واریانس اختلالات خوردن را تبیین نمودند.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها براساس بنیادهای نظری مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی تبیین شد و یافته‌های بالینی مورد بحث قرار گرفت. [م ت ع پ ز، ۱۳۹۰؛ ۱۳(۷): ۲۲-۲۳]

کلیدواژه‌ها: اختلال خوردن، راهبردهای کنترل فکر، دانشجویان

#### مقدمه

Mathews و Wells اختلال روان‌شناختی را با راهبرد کنترل فکر مرتبط می‌دانند؛ آن‌ها در یک مطالعه تحلیل عاملی، پنج راهبرد کنترل را شناسایی کردند که عبارتند از: بازآزمایی (reappraisal)، تنبیه (punishment) کنترل اجتماعی (social control)، نگرانی (worry) و پرت کردن حواس (distraction).<sup>۱</sup> نقش باورهای فراشناختی در سبب شناسی اختلال-های اضطراب فراگیر، افسردگی، و سواس فکری عملی، روان‌پریشی، به اثبات رسیده است.<sup>۲</sup> لیکن در مورد دخیل بودن این باورها در اختلالات خوردن مطالعات اندکی انجام شده است. شواهد تجربی مقدماتی پیشنهاد می‌کند که ارزیابی‌های فراشناختی ممکن است در اختلالات خوردن نیز دخیل باشند: برای مثال بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی اعتقاد دارند که باورهای منفی آن‌ها نسبت به گروه کنترل و گروه در حال رژیم قوی-تر است.<sup>۳</sup> یا بیماران مبتلا به اختلال خوردن باورهایی را توصیف می‌کنند که نگرانی زیاد درباره خوردن باعث می‌شود تا شکل و وزن‌شان حفظ شود یا تلاش‌های زیادی را صرف خنثی‌سازی افکار راجع به وزن و شکل بدن خویش می‌کنند.<sup>۴</sup> با وجود افزایش توجه به مدل فراشناختی، بیشتر پژوهش‌ها در داخل و خارج معطوف به اختلالات اضطرابی بوده است. لذا تاکنون در ایران پژوهشی در رابطه با اختلالات خوردن و راهبردهای کنترل فراشناختی گزارش نشده است. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط راهبردهای کنترل فکر با علایم اختلالات خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یزد بود.

#### روش کار

پژوهش حاضر از نوع طرح همبستگی بود. جامعه پژوهش را کلیه

اشتغال ذهنی فزاینده با وزن، غذا و شکل بدن ویژگی‌های اختلالات ناتوان کننده‌ای است که اختلالات خوردن (eating disorder) نامیده می‌شوند و دو نوع پر اشتهایی و بی‌اشتهایی عصبی را شامل می‌شوند.<sup>۱</sup> هدف بیماران در هر دو اختلال لاغری مفرط است.<sup>۲</sup> با قوت گرفتن زیر ساخت‌های شناختی دخیل در سبب شناسی اختلالات خوردن، پیشرفت‌های چشم‌گیری در مفهوم شناسی این اختلال حاصل شد.<sup>۳</sup> اما به عقیده Jansen رویکرد شناختی نیز در تبیین اختلالات خوردن توسعه نیافته است. به ویژه درک ما از فرایندهای شناختی (cognitive process) خاص که در پدید آیی و حفظ علایم اختلالات خوردن دخیل هستند محدود است.<sup>۴</sup> به جهت پرت کردن حواس رویکرد شناختی، Mathews و Wells با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی برای اختلالات روان‌شناختی ارائه کردند.<sup>۵</sup> بر مبنای این مدل، صرف تاکید بر محتوای افکار و باورهای منفی (به زعم رویکرد شناختی) مشخصاً نمی‌تواند درباره‌ی الگوی تفکر توضیحی ارائه دهند. آن‌چه در این جا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند.<sup>۶</sup> آن‌چه در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است راهبردهای کنترل فکر است. راهبردهای کنترل فکر پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام شناختی نشان می‌دهند.<sup>۷</sup> نمونه‌ای از آن تلاش برای سرکوب افکار در افراد وسواسی است؛ به عقیده Wegner این تلاش‌ها ناکام خواهد ماند و بازگشت چنین افکاری نشانه استفاده از راهبردهای معیوب کنترل فکر است.<sup>۸</sup>

است. EAT-26 توان تمیز‌گذاری بین گروه مبتلا به اختلال خوردن و نمونه بهنجار را دارد.<sup>۴</sup> ویژگی‌های روان‌سنجی EAT-26 در نمونه ایرانی نیز بررسی و اعتبار صورتی آن تایید شده است. هم‌چنین پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است.<sup>۱۴</sup>

### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۰۲ دانشجوی دختر سال اول دانشگاه پیام نور یزد بودند. میانگین سن، قد و وزن آن‌ها به ترتیب ۲۱/۹۲ سال، ۱/۶۰ متر، و ۵۷/۳۱ کیلو گرم بود. ۱۵۶ نفر مجرد و ۴۷ نفر متاهل بودند. از لحاظ سطح اقتصادی نیز ۹۲ درصد متوسط، ۸ درصد بالا و ۲ درصد پایین بودند. به منظور بررسی رابطه راهبردهای کنترل فکر با اختلال خوردن از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۱).

جدول ۱: شفاف‌های آمار توصیفی و ضریب همبستگی مابین عامل کلی راهبردهای کنترل فراقشافتی و مولفه‌های آن با افتلال خوردن

متغیر	Mean±SD	ضریب همبستگی
پرت کردن حواس	۱۵/۷۳±۳/۲۱	۰/۱۶۲
تنبیه	۱۳/۶۱±۳/۴۲	۰/۳۶۷
ارزیابی مجدد	۱۵/۵۴±۲/۸۲	۰/۱۹۰
نگرانی	۱۳/۸۰±۳/۵۰	۰/۳۲۲
کنترل اجتماعی	۱۴/۵۱±۲/۷۸	۰/۰۵۱
عامل کلی	۷۳/۲۴±۹/۶۴	۰/۳۸
اختلال خوردن	۱۵/۹۵±۹/۲۹	-

$p = 0/01$

نتایج نشان می‌دهد مابین عامل کلی و تمامی راهبردهای کنترل فکر (خود تنبیهی، نگرانی، باز ارزیابی و پرت کردن حواس) به جز کنترل اجتماعی، با اختلال خوردن رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد ( $p < 0/001$ ) و فاصله اطمینان ۹۵ درصد و سطح خطای آلفای ۰/۰۵ بدین ترتیب فرضیه‌های صفر در مورد راهبردهای (خود تنبیهی، نگرانی، باز ارزیابی و پرت کردن حواس) با حداقل فاصله اطمینان ۹۵ درصد رد می‌شود؛ به عبارت دیگر افزایش استفاده از راهبردهای کنترل فکر موجب افزایش نمره در پرسشنامه نگرش غیرطبیعی به خوردن می‌شود لذا آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات خوردن افزایش می‌یابد.

جهت پیش‌بینی راهبردهای کنترل فکر بر اختلال خوردن از رگرسیون چند متغیره گام به گام استفاده شد. از بین راهبردهای کنترل فکر، تنبیه و نگرانی، قوی‌ترین پیش‌بین‌های اختلالات خوردن هستند. به عبارت دیگر در گام نخست متغیر تنبیه خود وارد معادله شده و ۰/۱۵ از تغییرات را تبیین نموده است و در گام دوم متغیر نگرانی به معادله اضافه شده است و مجموعاً ۱۶ درصد از واریانس اختلالات خوردن را در فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد تبیین نموده‌اند.

### بحث

نتایج پژوهش نشان داد که مابین تمامی مولفه‌های کنترل فکر به جز کنترل اجتماعی با علائم اختلال خوردن رابطه مثبت و معنی دار برقرار بود. گرچه مقادیر ضرایب همبستگی نسبتاً ضعیف بود اما در ۴ مقیاس (خود تنبیهی، نگرانی، باز ارزیابی و پرت کردن حواس) این رابطه‌ها معنی دار بود. هم‌چنین

دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یزد که در نیم سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ مشغول به تحصیل بودند، تشکیل می‌دادند. از بین این جامعه نمونه‌ای ۲۲۰ نفری به شیوه تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه‌های کنترل افکار (TCQ Wells&Davies) و پرسشنامه نگرش‌های غیر طبیعی به خوردن EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr, Garfinkel) را تکمیل کردند. نمونه پژوهش پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و با احتساب ریزش به ۲۰۲ نفر تقلیل یافت. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-16 و هم‌چنین شاخص‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تحلیل شدند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی نخست توسط دستیاران پژوهش به شرکت‌کنندگان در باره اهداف کلی پژوهش توضیحاتی داده شد و از آنان خواسته شد با دقت و حوصله آن‌ها را تکمیل کنند. به دلیل تعداد کم پرسشنامه‌ها نیاز به کنترل اثر خستگی دیده نشد، لذا خستگی ناشی از پرکردن پرسشنامه‌ها نمی‌توانست موجب کاهش تمرکز در پاسخدهی شرکت‌کنندگان و کاهش اعتبار ابزارها گردد.

لازم به ذکر است که دستیاران پژوهش پرسشنامه‌ها را تنها در اختیار کسانی قرار می‌دادند که کاملاً مایل به شرکت در پژوهش بودند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند و نتایج به صورت گروهی و آماری و نه به صورت فردی منتشر خواهد شد.

پرسشنامه کنترل افکار (TCQ)؛ یک پرسشنامه ۳۰ گویه‌ای است که پنج راهبرد آسیب‌زا که فرد جهت کنترل افکار نامطلوب و مزاحم به کار می‌برد را می‌سنجد. این پنج راهبرد عبارتند از: بازآزمایی، تنبیه، کنترل اجتماعی، نگرانی و حواس‌پرتی. ماده‌های این پرسشنامه در مقیاس لیکرت بوده و هر سوال دارای چهار گزینه می‌باشد. تقریباً هرگز نمره ۱، گاهی اوقات نمره ۲، اغلب اوقات نمره ۳ و تقریباً همیشه نمره ۴، می‌گیرد. هر یک از خرده مقیاس‌های TCQ دارای ۶ سوال می‌باشد و در مجموعه ۳۰ سوال دارد. مطالعات تجربی با پرسشنامه کنترل فکر نشان داده است که راهبردهای کنترل فکر با طیفی از شاخص‌های منفی سلامت روان شناختی همبسته است.<sup>۱۱</sup> Davies و Wells در مطالعه‌ای پایایی TCQ را به روش باز آزمون و به فاصله زمانی شش هفته برای رده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۸۳ ذکر کردند.

در این مطالعه TCQ با ابزارهای سنجش علائم اضطراب، وسواس، شخصیت و نگرش‌های ناکارآمد همبستگی بالایی نشان داد. در پژوهشی داخلی نیز روایی صورتی آن مورد تایید قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ و پایایی دو نیمه سازی آن به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۱ به دست آمد.<sup>۱۲</sup> پرسشنامه نگرش‌های خوردن (Garner, Olmsted, Bohr, Garfinkel, ۱۹۸۲): EAT-26 یک آزمون خودسنجی ۲۶ گویه‌ایست که نگرش‌ها و رفتارهای آسیب‌زای مربوط به خوردن را می‌سنجد. نمره‌گذاری EAT-26 به صورت همیشه، بیشتر اوقات، خیلی اوقات، گاهی، به ندرت و هرگز می‌باشد که به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ گزینده آخر نمره صفر می‌گیرند. دامنه نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۸۷ می‌باشد و نمره بالای ۲۰ احتمال اختلال خوردن را مطرح می‌کند.<sup>۱۳</sup> در پژوهشی ضریب همبستگی EAT-26 با آزمون اختلالات خوردن معادل ۰/۸۱ به دست آمده و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۹۴ گزارش شده

ما را قادر می‌سازد تا عواملی را که بر کنترل، اصلاح، ارزیابی و تنظیم خود تفکر تأثیر می‌گذارد، مفهوم سازی کنیم. علاوه بر این، در حالی که اهمیت محتوای اندیشه در تعیین ماهیت اختلال روانشناختی مورد تردید است، چگونگی تفکر افراد بعد مهمی است که تلویحاتی را برای اختلال روانشناختی و بهبود در بردارد. مدل فراشناختی مستقیماً فراشناخت و شکل تفکر را با آسیب‌پذیری هیجانی و تداوم اختلال هیجانی پیوند می‌دهد. دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت بر باورها و تفکرات منفی به عنوان نتیجه کنترل فراشناختی شناخت تأکید می‌کند و بیان می‌دارد چگونه باورهای فراشناختی در تداوم و تغییر شناخت موثر است. در مجموع و با استناد به یافته‌های مقدماتی به نظر می‌رسد مکانیسم‌های معیوب در گیر در پردازش افکار، در اختلالات خوردن نیز سهم مهمی دارند. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که به عنوان یک مطالعه‌ی مقدماتی پژوهش حاضر نقش یکی از ابعاد مدل فراشناختی را در اختلال خوردن تأیید می‌کند. گرچه به اعتقاد Woolrich، باورها و ارزیابی‌های فراشناختی در اختلالات خوردن پنهان و نافذ است لیکن با پرسیدن سوالات و ابزارهای مناسب می‌توان آن‌ها را شناسایی کرد.<sup>۴</sup> به جهت اهمیت این اختلال در جامعه و عوارض جان‌کاه آن، پیدایش رویکردهای کامل‌تر و نوین در تبیین و درمان آن از ضروری می‌نماید. این یافته‌ها می‌تواند زمینه‌ساز پژوهش‌های آتی جهت ارائه مدل فراشناختی اختلالات خوردن و گام مهمی در جهت درمان جدید برای این اختلالات باشد. محدود بودن دامنه سنی شرکت‌کنندگان (۲۱ تا ۲۴ سال) در این پژوهش، می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌های تحقیق را به نمونه‌های خارج از این دامنه محدود سازد. عدم دسترسی به ابزارهای سنجش دقیق اختلالات پراشتهایی و بی‌اشتهایی عصبی به گونه‌ای که علائم‌شناسی خاص این دو اختلال را به تفکیک نشان دهد و اجرا در یک جنس از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. دلیل اجرای پژوهش بر روی نمونه دختران شیوع بسیار بیشتر این اختلالات در این جنس بود، که البته این امر امکان مقایسه بین دو جنس و برآورد میزان استفاده هر یک از دو جنس را از راهبردهای کنترل فکر ناممکن ساخته است. هم‌چنین چنان‌چه پیشتر آمد مدل فراشناختی در برخی از اختلالات روان‌پزشکی آزمون شده است اما مطالعات بسیار اندکی در رابطه با اختلالات خوردن انجام شده است. این امر امکان مقایسه با یافته‌های مشابه را با دشواری مواجه می‌سازد که این نیز از دیگر محدودیت‌های تحقیق به شمار می‌رود.

برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود رابطه ابعاد دیگر مدل فراشناختی هم‌چون درآمیختگی افکار، فرا نگرانی و مولفه‌های باورهای فراشناختی با علائم اختلال خوردن سنجیده شود. هم‌چنین راهبردهای کنترل فراشناختی در نمونه‌های بالینی و عادی مقایسه شود و به ویژه تفاوت بیماران پراشتهایی و بی‌اشتهایی عصبی در استفاده از راهبردهای کنترل فکر سنجیده شود.

### سپاسگزاری

از تمامی دانشجویانی که در اجرای این طرح شرکت کردند سپاسگزاری می‌کنیم. (لازم به ذکر است این یک پژوهش شخصی بوده و نتیجه طرح یا پایان‌نامه نبوده است).

در استفاده از رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام مشخص شد که دو مولفه‌ی تنبیه و نگرانی، قوی‌ترین پیش‌بین‌های علائم خوردن هستند که مجموعاً ۱۶ درصد از واریانس اختلالات خوردن را تبیین نمودند. بر مبنای الگوی فراشناختی و بر اساس مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی، اختلالات روان‌شناختی در نتیجه استفاده از راهبردهای معیوب فراشناختی، کنترل توجه، پردازش پیوسته و خود تنظیمی به وجود می‌آید،<sup>۷</sup> لذا پیش‌بینی می‌شود اختلالات روان‌شناختی با ابعاد باورها و راهبردهای فراشناختی ارتباط داشته باشند. مشخصاً در مورد ارتباط ابعاد الگوی فراشناختی با اختلالات خوردن که شیوع بالایی در جوامع در حال توسعه دارد، در ایران پژوهشی گزارش نشده است. این یافته می‌تواند تأییدی باشد بر نتایج Woolrich که نشان دادند گروه بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی نسبت به گروه زنان دارای رژیم و بهنجار و گروه عادی از راهبردهای کنترل فراشناختی بیشتری در مورد خوردن، وزن و شکل بدن‌شان استفاده می‌کردند. این راهبردها به ترتیب خودتنبیهی، حواس‌پرتهی، خنثی‌سازی، توجه برگردانی نشخوار اجتناب از برانگیزاننده‌ها (Triggers) بود. آن‌ها هم‌چنین در راهبرد بازاریابی نمره کمتری از گروه کنترل کسب کردند.<sup>۸</sup> اما از این لحاظ که بین عامل کنترل اجتماعی و اختلال خوردن رابطه معنی‌داری به دست نیامد می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی یا خطای سنجش باشد و نیازمند پژوهش‌های دیگر است. هم‌چنین در استفاده از رگرسیون چند متغیره مشخص شد که تنبیه و نگرانی قوی‌ترین پیش‌بین‌های علائم اختلال خوردن هستند. این یافته کاملاً منطبق با پیش‌بینی Wells و Davies می‌باشد که این دو متغیر را دارای بیشترین ارتباط با اختلالات هیجانی به ویژه وسواس می‌دانند.<sup>۹</sup> این یافته از این نظر حائز اهمیت است که به نظر می‌رسد که همبودی بالای اختلالات خوردن با اختلالات وسواس و افسردگی احتمال استفاده سه گروه را از راهبردهای کنترل فکر مشترک مطرح می‌کند، چندان که Clark و Purdon مطرح می‌کنند، باورهای فراشناختی مانند نیاز به کنترل افکار مزاحم در شکل‌گیری و تداوم افکار وسواسی نقش ویژه‌ای دارند.<sup>۱۵</sup> Wells و Rynolds به بررسی رابطه راهبردهای کنترل فکر با افسردگی و اضطراب پرداختند در این مطالعه یکی از مهم‌ترین پیش‌بین‌های اختلالات خوردن راهبرد تنبیه خود بود.<sup>۹</sup> در این پژوهش راهبردهای حواس‌پرتهی، تنبیه و ارزیابی بهترین پیش‌بین‌های افسردگی و راهبرد پرت کردن حواس بهترین پیش‌بین علائم PTSD بود.<sup>۱۶</sup> با اندکی تفاوت برهمند در یک مطالعه نشان داد افراد افسرده تمایل بیشتری برای استفاده از راهبرد کنترل فکر نگرانی دارند، در حالی که افراد OCD تمایل به استفاده از راهبرد حواس‌پرتهی در مقابل افکار مزاحم و آشفته‌کننده داشتند.<sup>۱۷</sup> از آن‌جا که دیدگاه فراشناختی به منظور رفع نواقص دیدگاه شناختی به وجود آمده است، مفهوم‌سازی آن در اختلالات روان‌شناختی جهت ارائه درمان‌های جدید از ضروریات است. چنان‌چه پیشتر آمد، مدل شناختی در سبب‌شناسی و درمان اختلالات بر روی محتوای افکار و تغییر آن‌ها تمرکز کرده است؛ لذا به آن‌چه که از آن به عنوان فرایندهای تفکر یاد می‌شود توجهی نکرده است. یک سطح اساسی در تبیین روان‌شناختی که برای کمک به افراد جهت تغییر افکارشان ضروری می‌باشد، سطحی است که

## References

1. Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 12-21.
2. Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000; 1441-1503.
3. Fairburn CG. Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005; 37(1): 26-30.
4. Woolrich RA, Cooper MJ, Turner HM. Metacognition in patients with anorexia nervosa, dieting and non dieting women: A preliminary study. *Eur Eat Disord Rev* 2008; 16(1): 11-20.
5. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther* 1996; 34(11-12): 881-8.
6. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2006; 37(3): 206-12.
7. Wells A. Emotional disorders and met-cognition: innovative cognitive therapy. Chichester: Wiley; 2000: 13-85.
8. Wegner DM. White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control. New York: Guilford Press; 1989.
9. Wells AM, Davies MI. The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behav Res Ther* 1994; 32(8): 871-8.
10. Turner HM, Cooper MJ. Cognitions and their origins in women with anorexia nervosa, normal dieters and female controls. *J Clin Psychol Psychother* 2002; 9(5): 242-252.
11. Morrison AP, Wells A. A comparison of met cognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behav Res Ther* 2003; 41(2): 251-256.
12. Hasanshahi MM. Dysfunctional attitude and thought control strategy in non clinical patient with obsessive compulsive disorder. *Adv Cogn Sci* 2003; 5(4): 50-56.
13. Thelen MH, Cormier JF. Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behav Ther* 1995; 26(3): 85-99.
14. Usofi S, Moradi A, Dehghani M. Process information and selective attention in girls with eating disorder. *J Health Psychol* 2006; 9(3): 36-44.
15. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in no clinical subjects: Content and relation with depressive anxious and obsessional symptoms. *Behav Res Ther* 1993; 31(8): 713-20.
16. Rynolds M, Wells A. The thought control questionnaire psychometric properties in a clinical sample and relationship with PTSD and depression. *Psychol Med* 1999; 29(5): 1089-99.
17. Barahmand U. Metacognitive profile in anxiety disorder. *Psychiatry Res* 2009; 169(3): 240-3.

Archive of SID

## *The relationship of thought control strategies with eating disorders in female students of Payam-e-Noor University in Yazd*

Mojgan Behrad,<sup>1</sup> Mahmood Kamali<sup>2</sup>

Received: 17/Jun/2010

Accepted: 7/Sep/2010

**Background:** The aim of this research was to determine the relationship of thought control strategies with eating disorders in female students in Yazd.

**Materials and Method:** This is a cross sectional research study. Statistical population was all female students of Payam-e-Noor University of Yazd in the academic year of 2009-2010. 220 students were randomly selected via simple random technique. To gather data, the following two instruments were used: Thought Control Questionnaire (TCQ) and eating attitude questionnaire. Pearson correlation coefficient and stepwise regression analysis were used for statistical analysis.

**Results:** The relationship between general factor of TCQ and self-punishment, worry, reappraisal and distraction with eating disorder were significant ( $p < 0.0001$ ), but the relationship between social control with eating disorder was not significant ( $p > 0.05$ ). In this research, self-punishment and worry both were the best predictors of eating disorder.

**Conclusions:** Result has been explained and clinical implications of the findings are also discussed. [ZJRMS, 2011; 13(7): 23-27]

**Keywords:** Eating disorder, cognitive model, thought control strategies, self-regulatory function

1. MSc of Psychology, Payam -e- Noor University of Yazd.
2. Assistant Professor of Educational Psychology, Payam -e- Noor University of Yazd

*Please cite this article as:* Behrad M, Kamali M. The relationship of thought control strategies with eating disorders in female students of Payam-e-Noor university in Yazd. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2011; 13(7): 23-27.