

آمیختگی فکر - شکل بدنی و باورهای مربوط به اختلال خوردن

الناز موسی نژاد جدی^۱، عباس بخشی پور^۲، شیوا تقی زاده^۳، سمیه اسدزاده^۴، محمدمهدی میرلو^۵

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز

^۲ عضو هیئت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز

^۴ کارشناسی روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز

^۵ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز

چکیده

آمیختگی فکر - شکل بدنی در سبب‌شناسی و تداوم اختلال‌های خوردن اهمیت زیادی دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین این سازه با باورهای مربوط به اختلال خوردن بود. ۲۴۵ نفر (۱۲۵ پسر و ۱۲۰ دختر) از دانشجویان کارشناسی دانشگاه تبریز، به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. داده‌ها به کمک پرسش‌نامه‌های آمیختگی فکر-شکل بدنی و باورهای اختلال خوردن گردآوری شدند. نتایج پژوهش نشان داد که بین آمیختگی فکر-شکل بدنی و باورهای مربوط به اختلال خوردن رابطه مثبت معناداری ($P < 0.01$) وجود دارد. همچنین آمیختگی فکر-شکل بدنی می‌تواند ۳۵ درصد از واریانس باورهای اختلال خوردن را پیش‌بینی کند. سازه آمیختگی فکر - شکل بدنی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای باورهای مربوط به اختلال خوردن باشد.

کلیدواژه‌ها: آمیختگی فکر - شکل بدنی؛ باورهای اختلال خوردن

مقدمه

اختلال‌های روانپزشکی با دامنه‌ای از تحریفات شناختی خاص شناخته می‌شوند. این تحریفات شناختی زمانی که تفکر غیرواقعی، انحرافی و ثابت است، رخ داده و نقش مهمی در حفظ اختلال ایجاد می‌کنند. به علاوه، حذف این تحریفات شناختی به کاهش سایکوپاتولوژی منجر می‌شود (راچمن و شافرن، ۱۹۹۹).

یک تحریف شناختی مرتبط با احساس مسئولیت افراطی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی، آمیختگی فکر-عمل (Thought Action Fusion-TAF) است. تجارب کلینیکی نشان داده است که یک تحریف شناختی مشابه با TAF در اختلالات خوردن وجود دارد که آمیختگی فکر-شکل بدنی (Thought Shape Fusion-TSF) نام گرفته است (کوپر و همکاران، ۱۹۹۷). TSF یک تحریف شناختی است که بر مبنای آن فرد تصور می‌کند فکر کردن در مورد خوردن یک غذا به افزایش وزن منجر می‌شود. این سازه سه مؤلفه دارد: احتمال، این باور که فکر کردن درباره خوردن یک غذا، احتمال بالا رفتن وزن و تغییر شکل بدن را افزایش می‌دهد، احساس، این باور که فکر کردن درباره خوردن یک غذای ممنوعه، به احساس چاقی منجر می‌شود و اخلاقی، این باور که فکر کردن درباره یک غذای ممنوعه، به اندازه خوردن آن غذا غیراخلاقی است (شافرن، تاچمن، کری و راچمن، ۱۹۹۹). افراد دارای این تحریفات شناختی می‌دانند که منطقاً فکر کردن درباره خوردن یک غذا به چاق شدن یا احساس چاقی منجر نمی‌شود، اما در عین حال گاهی اوقات به طور نامعقولی تصور می‌کنند که این اتفاق رخ خواهد داد (شافرن و رابینسون، ۲۰۰۴). پژوهش‌های مختلف مطرح کرده‌اند که بین TSF و سایکوپاتولوژی اختلال خوردن رابطه وجود دارد (گریم، ۲۰۰۹؛ شافرن، تاچمن، کری و راچمن، ۱۹۹۹؛ شافرن و رابینسون، ۲۰۰۴).

همچنین بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلال خوردن، علاوه بر شناخت‌های ناکارآمد، دارای باورهای هسته-ای ناسازگار هستند که مستقیماً به غذا، وزن و شکل مربوط نمی‌شود. این باورها عموماً در افکار خودآیند راجع به وزن، شکل و خوردن منعکس می‌شود. باورهای اختلال خوردن نوعی باور یا طرحواره‌ی خاص اختلال خوردن است که با ابزار خاصی ارزیابی می‌شود (کوپر و همکاران، ۱۹۹۷). باورها در سطوح طرحواره‌ها نقش مهمی در اختلالات خوردن ایفا می‌کنند، خصوصاً آن‌که خود سبب تعمیم طرحواره‌های گذشته می‌شوند و طرحواره‌های مشابه را سازمان می‌دهند. باورها و طرحواره‌های مربوط به وزن، خود آسیب‌شناسی خاص اختلال خوردن را نشان می‌دهند (کوپر و همکاران، ۱۹۹۷).

شواهد نشان می‌دهد باورهای اختلال خوردن قدرت پیش‌بینی منحصر به فردی در علایم اختلال خوردن دارند (اوکانر، سیموندز و کوپر، ۲۰۰۲). نظریه‌های شناختی-رفتاری (فیربن، کوپر و شافرین، ۲۰۰۳) اختلالات خوردن بر نقش نگرش‌ها و باورهای مربوط به وزن، شکل و خوردن در شکل‌گیری و تداوم اختلالات خوردن و علایم آن تأکید می‌کنند.

مطالعه شافرن و رابینسون (۲۰۰۴) نشان داد که TSF یک تحریف شناختی مرتبط با اختلالات خوردن است و در بیماران مبتلا به اختلال خوردن، TSF شدیدتر است. همچنین بین شدت اختلال خوردن و شدت TSF رابطه‌ی نیرومندی وجود دارد. شواهد موید این مطلب است که TSF در سبب شناسی و تداوم اختلالات خوردن اهمیت زیادی دارد. بنابراین فهم نقش این سازه شناختی در پیدایش و تداوم اختلالات خوردن می‌تواند سبب تمرکز بر مداخلات روانشناختی موثرتری برای درمان این نوع اختلالات شود. در این راستا، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی بین سازه TSF و باورهای مربوط به اختلال خوردن است. همچنین، سوال پژوهشی عبارت است از اینکه آیا سازه TSF می‌تواند پیش‌بینی‌کننده خوبی برای باورهای مربوط به اختلال خوردن باشد؟

روش

شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر کلیه‌ی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ بودند که از بین آن‌ها ۲۴۵ نفر (۱۲۰ دختر و ۱۲۵ پسر) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. محدوده سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش بین ۱۸ تا ۲۴ سال قرار داشت.

ابزار

پرسشنامه آمیختگی فکر-شکل بدنی استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۴ آیتم می‌باشد و به دو قسمت تقسیم می‌شود، قسمت اول (مفهوم) شامل ۱۷ سوال است که سه مولفه‌ی احتمال، احساس و اخلاق را می‌سنجد. قسمت دوم (تفسیر) نیز شامل ۱۷ سوال است که افکار و تفسیرهای فرد از خوردن، چاقی و غذا را مورد سنجش قرار می‌دهد. در هر دو قسمت شرکت‌کنندگان موافقت خود را با سوال در یک پیوستار صفر (به هیچ وجه) و چهار (کاملاً) اعلام می‌کنند. در مطالعه‌ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ برای این پرسشنامه محاسبه شده است. روایی پرسش‌نامه نیز مناسب گزارش شده است (گریم، ۲۰۰۹).

همچنین برای اندازه‌گیری باورهای اختلال خوردن، پرسشنامه باورهای اختلال خوردن (EDBQ) مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه را کوپر و همکاران در سال ۱۹۹۷ در ارزیابی تصورات و باورهای مربوط به اختلال خوردن ساختند. این ابزار دارای ۳۲ پرسش و ۴ زیرمقیاس است: خودباوری‌های منفی (۱۱ پرسش)، وزن و شکل مورد پذیرش دیگران (۹ پرسش)، وزن و شکل مورد پذیرش خود یا خودپذیری (۶ پرسش)، و کنترل پرخوری (۶ پرسش). در نمونه‌ی ایرانی، ضریب اعتبار دونیمه‌سازی این پرسشنامه، ۰/۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ است. برای عوامل، دامنه‌ای از ۰/۶۴ تا ۰/۸۵ بدست آمده است. میان عوامل پرسشنامه، همبستگی معناداری در دامنه‌ی ۰/۳۱ تا ۰/۶۲ بدست آمده است که گویای روایی همگرایی این پرسشنامه است. اعتبار و روایی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی باورهای اختلال خوردن کوپر و همکاران (۱۹۹۷)، در جامعه‌ی ایران مطلوب ارزیابی شده است (شایقیان و وفایی، ۱۳۸۸).

شیوه اجرا

برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از بین دانشکده‌های دانشگاه تبریز، چند دانشکده به طور تصادفی انتخاب شده و از بین دانشجویان مقطع کارشناسی هر دانشکده، تعدادی به شیوه در دسترس انتخاب شدند، پرسش‌نامه‌های پژوهش به آن‌ها داده شد و از آن‌ها درخواست شد که با دقت به همه سوالات پاسخ دهند.

نتایج

نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی همبستگی بین متغیرها نشان داد که رابطه مثبت معنی داری بین نمره کلی فرد در باورهای مربوط به اختلال خوردن و مولفه‌های آن با آمیختگی فکر-شکل بدنی وجود دارد (جدول ۱).

جدول ۱. همبستگی بین آمیختگی فکر-شکل و باورهای اختلال خوردن

متغیرهای مورد بررسی	ضریب همبستگی	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کل باورهای اختلال خوردن	۰.۶۰	۵۲۳.۴۸	۴۲۲.۵۸
خودباوری‌های منفی	۰.۵۶	۱۸۸.۵۳	۱۵۱.۵۹
وزن و شکل مورد پذیرش دیگران	۰.۵۲	۱۳۵.۹۱	۱۲۳.۲۴
وزن و شکل مورد پذیرش خود	۰.۵۴	۹۷.۸۳	۹۱.۶۶
کنترل پرخوری	۰.۵۲	۱۰۱.۰۸	۹۸.۸۶

$P < 0.001$

برای بررسی پیش‌بینی متغیر باورهای اختلال خوردن از طریق متغیر آمیختگی فکر-شکل، تحلیل رگرسیون به‌کار برده شد. این بررسی نشان داد که آمیختگی فکر-شکل بدنی پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای باورهای اختلال خوردن است و می‌تواند ۳۵٪ از واریانس باورهای اختلال خوردن را پیش‌بینی کنند ($P < 0.001$).

بحث

هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین آمیختگی فکر-شکل بدنی با باورهای مربوط به اختلال خوردن بود. نتایج نشان داد که بین آمیختگی فکر-شکل بدنی با باورهای اختلال خوردن و همه مولفه‌های آن رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. آمیختگی فکر-شکل بدنی نمونه‌ای از تحریف شناختی به شکل گرایش به تفسیر غلط افکار در زمینه خوردن و شکل بدن است (راچمن، ۱۹۹۷). برای مثال، افرادی که اهمیت وزن و شکل بدن را بیش برآورد می‌کنند، به احتمال زیاد افکار ناخواسته در مورد خوردن غذاهای ممنوعه را به معانی "من فرد کاملی نیستم/من تحت کنترل نیستم/من بی برنامه هستم/من پرخور هستم" تفسیر می‌کنند (شافرن، ۱۹۹۹). چنین تفاسیری احساس گناه، احساس چاق بودن و یا اضافه وزن داشتن را تقویت می‌کند (شافرن، ۲۰۰۲) سطح اضطراب را افزایش می‌دهد و خلق را پایین می‌آورد و هم چنین نقش مهمی در شکست در رژیم غذایی دارد (شافرن، ۱۹۹۹). به علاوه، این افکار ناخواسته به تکانه‌هایی منجر می‌شود که فرد را در رفتارهای کنترل فکر یا خنثی سازی احساس پریشانی درگیر می‌کند (شافرن، ۲۰۰۲). کنترل به روش‌های رفتاری گفته می‌شود که به منظور کنترل وزن، رعایت رژیم غذایی و رفتارهای آیینی در خصوص کنترل بدن انجام می‌شود (هارندن، مک نالی و جیمرسن، ۱۹۹۷). فقدان کنترل بر وزن و شکل بدن یک ترس رایج در بیماران مبتلا به اختلال خوردن است.

به نظر می‌رسد رفتارهای کنترل/خنثی سازی در تداوم TSF نقش دارد، به این دلیل که افراد با درگیری در این رفتارها هرگز به بی معنی بودن افکار خود پی نمی‌برند. هم چنین اگر افراد بعد از چنین خنثی سازی‌هایی احساس اضطراب کمتری بکنند، شاید خنثی سازی‌ها مولفه مهمی در درمان محسوب شوند.

علاوه بر رفتارهای کنترل کردن ناسازگار، TSF به تحریفات شناختی دیگری منجر می‌شود. به طور اختصاصی، کسی که باور دارد که افکار بر وزن و شکل بدن تاثیر دارند، احتمالاً برای سرکوبی این افکار و اجتناب از آن تلاش می‌کند. براساس نظریه وگنر، شنايدر، کارتر و وایت (۱۹۸۷) این سرکوبی فکر معمولاً منجر به تشدید این افکار می‌شود. به علاوه تلاش برای سرکوبی فکر، اضطراب و پریشانی را افزایش می‌دهد (واگنر، ۱۹۸۹).

شناختن TSF در مراجعان با اختلال خوردن کاربردهای کلینیکی دارد. اول اینکه، TSF ممکن است به پریشانی و خودارزیابی‌های منفی در این اختلال اضافه شود. دوم اینکه، TSF می‌تواند رفتارهای کنترل کردن را فراخوانی کند که تحریف تصویر بدنی را حفظ می‌کند و از این رو به چالش کشیدن TSF می‌تواند رفتارهای کنترلی را کاهش دهد. سوم اینکه، وقتی افراد با TSF بالا، در تلاش برای سرکوبی افکار خود هستند، روش‌هایی مثل مواجهه با افکار می‌تواند مفید باشد.

اهمیت کلینیکی TSF و دیگر تحریفات شناختی در اختلال خوردن هنوز به طور کامل تایید نشده است و پیشنهاد می‌شود که بررسی‌های آزمایشی بیشتری در مورد نقش این سازه در تداوم و درمان اختلال خوردن انجام شود.

منابع

شایقیان، زینب و وفایی، مریم، (۱۳۸۸). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه باورهای اختلال خوردن. تازه‌های علوم شناختی، ۴۶، ۳۸-۴۶.

Cooper M, Cohen-Tove'e E, Todd G, Wells A and Tove'e M(1997). The eating disorder belief Roz Shafran and Paul Robinson questionnaire: preliminary development. *Behavior Research and Therapy*, 35, 381-388.

Rachman S and Shafran R(1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Cognitive Psychology and Psychotherapy*, 6, 80-85.

Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, Reynolds M and Thorpe S(2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 347-372.

Shafran R, Robinson P(2004). Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 399-407.

Shafran R, Teachman BA, Kerry S, Rachman S(1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 167-179.

Shafran R, Thordarson DS, Rachman S (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.

Radomsky AS, de Silva P, Todd G, Treasure J, Murphy T (2002). Thought-shape fusion in anorexia nervosa: An experimental investigation. *Behavior Research and Therapy*, 40, 1169-1178.