

# Preparing the Model of Irrational Eating Beliefs Based on Cognitive Distortion with the Mediating Role of Rejection Sensitivity in People with Binge Eating Symptoms

Jamshidi F<sup>1</sup>, \*Aghaei H<sup>2</sup>, Razeghi N<sup>3</sup>, Nouhi Sh<sup>2</sup>

## Author Address

1. PhD Student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;  
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;  
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Tafresh Branch, Islamic Azad University, Tafresh, Iran.

Corresponding Author Email: [ha.aghaei@gmail.com](mailto:ha.aghaei@gmail.com)

Received: 2022 July 19; Accepted: 2022 October 31

## Abstract

**Background & Objectives:** The most common eating disorder is binge eating, which is seen in obese or overweight people. Therefore, investigating the role of different variables in people with binge eating symptoms seems necessary. The increase in eating disorders in the second half of the 20<sup>th</sup> century is astonishing and is not culture-specific but becoming global. This disorder used to be a problem in Western countries, but today, China and Japan are as affected as America is. In addition, the gender and age of people with this disorder are distinctive, and this topic makes the investigation of their causes more interesting. Regarding the etiology of this disorder, unlike most other disorders, social and cultural factors play a more significant role than psychological and biological factors. Therefore, the present study aimed to present a model of irrational eating beliefs based on cognitive distortion with the mediating role of sensitivity to rejection in people with binge eating symptoms.

**Methods:** This research is analytical in nature and uses structural equation modeling. The statistical population of this study comprised all people with symptoms of binge eating who were referred to counseling centers in districts 6 and 12 of Tehran City, Iran, in 2021. To select the sample size in modeling research, 15 people are needed for each obvious variable. Considering 7 obvious variables in the conceptual model, 105 people were required in this research. However, due to the dropout and the possibility of not completing all the questions of the questionnaires by the participants, 200 questionnaires were distributed among the study population. Of whom, 185 questionnaires were completed, returned, and analyzed. Scales were used to collect data. The criteria for entering the research included obtaining a higher than average score in the Binge Eating Severity Questionnaire, bearing at least a diploma level of education, subjects not suffering from a specific physical disease or psychological disorder, and not undergoing psychological treatment or particular medication. The exclusion criterion included non-cooperation in completing the questionnaires. The study data were gathered via the Interpersonal Cognitive Distortions Scale (Hamamci & Büyüköztürk, 2004), Rejection Sensitivity Scale (Downey & Feldman, 1996), and Irrational Food Beliefs Questionnaire (Osberg et al., 2008). The Pearson correlation and structural equation modeling were used for data analysis in SPSS version 24 and Amos version 24. The significance level of all tests was set at 0.05.

**Results:** Examining the coefficients of the direct relationships between different paths showed that cognitive distortion and sensitivity to rejection ( $p < 0.001$ ,  $\beta = 0.55$ ) and sensitivity to rejection and irrational eating beliefs ( $p < 0.001$ ,  $\beta = 0.61$ ) had a significant direct relationship. However, there was no direct relationship between cognitive distortion and irrational eating beliefs ( $p = 0.968$ ,  $\beta = 0.003$ ). Also, the indirect effect of cognitive distortion on irrational eating beliefs with the mediating role of sensitivity to rejection was equal to 0.065 ( $p = 0.001$ ). The goodness of fit indices of the fitted conceptual model were as follows: CMIN/df=3.09, GFI=0.96, NFI=0.97, and RMSEA=0.082.

**Conclusion:** According to the results of the study, sensitivity to rejection in people with binge eating symptoms mediates the relationship between cognitive distortions and irrational eating beliefs.

**Keywords:** Irrational eating beliefs, Cognitive distortion, Sensitivity to rejection, Symptoms of overeating.

## ارائه مدل باورهای غیرمنطقی خوردن براساس تحریف شناختی با نقش واسطه‌ای حساسیت به طرد در افراد دارای نشانه‌های پرخوری

فاطمه جمشیدی<sup>۱</sup>، \*حکیمه آفایی<sup>۲</sup>، نرگس رازقی<sup>۳</sup>، شهناز نوحی<sup>۲</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛  
 ۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛  
 ۳. دکتری تخصصی روانشناسی، استادیار گروه روانشناسی، واحد تفرش، دانشگاه آزاد اسلامی، تفرش، ایران.  
 \*رایانامه نویسنده مسئول: [ha.aghae@gmail.com](mailto:ha.aghae@gmail.com)

تاریخ دریافت: ۲۸ تیر ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۹ آبان ۱۴۰۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** رایج‌ترین اختلال خوردن، پرخوری است که این اختلال در افراد چاق یا دارای اضافه‌وزن دیده می‌شود. در سبب‌شناسی این اختلال برخلاف اکثر اختلالات دیگر، عوامل اجتماعی فرهنگی بیشتر از عوامل روان‌شناختی و زیستی نقش دارد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل باورهای غیرمنطقی خوردن براساس تحریف شناختی با نقش واسطه‌ای حساسیت به طرد در افراد دارای نشانه‌های پرخوری انجام شد.

**روش بررسی:** روش پژوهش حاضر با توجه به ماهیت آن تحلیلی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی افراد دارای نشانه‌های پرخوری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره مناطق شش و دوازده شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. نمونه آماری باتوجه به تعداد متغیرهای پژوهش ۱۸۵ نفر بود که از میان افراد جامعه آماری انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تحریف‌های شناختی بین‌فردی (حمام‌سی و بویوک اوزتورکیه، ۲۰۰۴) و مقیاس حساسیت به طرد (داوئی و فلدمن، ۱۹۹۶) و پرسش‌نامه باورهای غذایی غیرمنطقی (اوسبرگ و همکاران، ۲۰۰۸) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ و ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری صورت گرفت. سطح معناداری همه آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

**یافته‌ها:** بررسی ضرایب مسیر مستقیم بین مسیرهای مختلف نشان داد، تحریف شناختی و حساسیت به طرد ( $\beta = 0/55, p < 0/001$ ) و حساسیت به طرد و باورهای غیرمنطقی خوردن ( $\beta = 0/61, p < 0/001$ ) به طور معناداری رابطه مستقیم داشتند؛ اما بین تحریف شناختی و باورهای غیرمنطقی خوردن، رابطه مستقیم مشاهده نشد ( $p = 0/968$ )، همچنین اثر غیرمستقیم تحریف شناختی بر باورهای غیرمنطقی خوردن با نقش میانجی حساسیت به طرد برابر با ۰/۰۶۵ بود ( $p = 0/001$ ). شاخص‌های نکویی برازش مدل مفهومی برازش داده شده برابر با  $CFI = 0/96$ ،  $GFI = 0/97$ ،  $NFI = 0/82$  و  $RMSEA = 0/082$  به دست آمد.

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج پژوهش، حساسیت به طرد در افراد دارای نشانه‌های پرخوری، واسطه‌گر روابط میان تحریف‌های شناختی و باورهای غیرمنطقی خوردن است. **کلیدواژه‌ها:** باورهای غیرمنطقی خوردن، تحریف شناختی، حساسیت به طرد، نشانه پرخوری.

دارای حساسیت به طرد زیاد هستند، در روابط خود با دیگران همواره انتظار پاسخ مثبت را دارند. آن‌ها درقبال طرد دارای اضطراب زیاد نیز هستند و درصورت مواجهه با طردشدن به شدت به آن واکنش نشان می‌دهند (۱۴). داوونی و همکاران حساسیت به طرد افراد را ناشی از نقص سیستم پردازش شناختی عاطفی بیان کردند که درواقع طرد ازسوی والدین، دوستان، معلمان و افراد جامعه را عامل آن دانستند (۱۵). در روابط بین‌فردی، ادراک طرد، انسان را به‌سوی رفتارهای تجاوزکارانه و پرخاشگرانه و ضداجتماعی سوق می‌دهد (۱۶). برنسون و همکاران دریافتند، مرزها تکانش‌وری بیشتری درمقایسه با افراد سالم و اجتنابی‌ها دارند و واکنش به استرس‌زاهای با حساسیت به طرد مرتبط است؛ به‌علاوه این ارتباط در واکنش به استرس‌زاهای درون‌فردی درمقایسه با غیر از آن، برجسته‌تر است (۱۷).

علاوه‌براین طبق شواهد موجود، افراد دارای پرخوری افراطی عموماً در معرض خطر آشفتگی‌های روان‌پزشکی<sup>۸</sup> و تحریف‌های شناختی<sup>۹</sup> قرار دارند (۱۸). باورهای فرد همان تحریفات شناختی هستند. شروع این باورها و طرح‌واره‌ها از دوران کودکی است. اگر در هر شرایطی فرد با این تحریفات شناختی مواجه شود، ممکن است به اختلال روان‌شناختی منجر شود (۱۹). اهمیت بررسی این تحریف‌ها زمانی بیشتر می‌شود که وجود تحریف‌های شناختی به‌سبب برداشت افراد از تصویر بدنی خود، تغییر می‌کند (۲۰).

بدون شناسایی و فهم عوامل روان‌شناختی مرتبط با اختلال پرخوری و چاقی نمی‌توان در پیشگیری و مداخلات درمانی آن چندان موفق بود؛ ازاین‌رو سازه‌های روانی مرتبط با نقص در کنترل رفتار خوردن، گام مفیدی در راستای درک بهتر این اختلال و درمان آن خواهد بود. فهم بهتر این اختلال به‌نوبه خود باعث طرح‌ریزی روش‌های نوین درمانی می‌شود. بررسی سازوکارهای روانی به‌عنوان سازه‌های روان‌شناختی مرتبط با اختلال پرخوری می‌تواند دستاوردهای مهمی در زمینه آسیب‌شناسی روانی این اختلال داشته باشد. علاوه‌براین پژوهش حاضر با بررسی زیرمقیاس‌های مؤلفه‌های مرتبط با پرخوری از جمله حساسیت به طرد، سعی داشت به بررسی دقیق‌تر ابعاد و علل این اختلال بپردازد تا تبیین واضح‌تر و دقیق‌تری را درباره آن مطرح کند؛ لذا پژوهش حاضر می‌تواند جنبه‌های نظری را در زمینه علل روان‌شناختی اختلال پرخوری توسعه دهد و برای شناخت هرچه بهتر این اختلالات سودمند واقع شود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، ارائه مدل باورهای غیرمنطقی خوردن براساس تحریف شناختی با نقش واسطه‌ای حساسیت به طرد در افراد دارای نشانه‌های پرخوری بود.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش تحلیلی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی افراد دارای نشانه‌های پرخوری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره مناطق شش و دوازده شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. برای انتخاب حجم نمونه در پژوهش مدل‌سازی

اختلالات خوردن<sup>۱</sup>، اختلالات پیچیده‌ای هستند که ریشه در مسائل زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی دارند (۱). یکی از اشکال اصلی این اختلالات در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی<sup>۲</sup>، پرخوری<sup>۳</sup> است (۲). غالباً افراد چاق و دارای اضافه‌وزن از پرخوری، با عنوان عادت متداول لذت‌بخش یاد می‌کنند (۳). بسیاری از افراد، درگیر الگوهای غذایی مختلفی هستند که ممکن است به‌اندازه کافی شدید یا مکرر نباشند تا براساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۴</sup> تشخیص اختلال پرخوری افراطی بگیرند (۴)؛ بااین‌حال پرخوری در کوتاه‌مدت آسیب چشمگیری ندارد؛ اما اگر طی دوره‌های طولانی پایدار شود، با چاقی بیشتر و افزایش خطر پیامدهای بهداشتی ضعیف همراه است. پرخوری، پدیده‌ای نسبی است که در آن سطح مصرف انرژی مناسب، دربرابر میزان انرژی مصرفی شخص، هدف قضاوت قرار می‌گیرد (۵). مشکل اساسی افراد دارای نشانه‌های پرخوری در هنگام پرخوری این است که توانایی تشخیص و پاسخ به نشانه‌های داخلی گرسنگی، طعم و سیری را از دست داده‌اند (۶). این افراد هنگام پرخوری، درباره وضعیت خوردن و رفتارها و هیجانات خود، آگاهی زیادی ندارند و بیان می‌کنند پرخوری فقط وسیله‌ای برای رهایی از مشکلاتشان است؛ بنابراین پرخوری ناشی از خوردن بدون توجه و آگاهی، با افزایش درخور توجه مشکلات پزشکی و روانی همراه است (۷).

گلدفیلد و همکاران دریافتند، باورهای غذایی غیرمنطقی ممکن است گرایش افراد را به خوردن غذاهای چرب در هنگام استرس، افزایش دهد (۸). داشتن باورهای غیرمنطقی<sup>۵</sup> به‌منزله شناخت عمل می‌کند و رفتارهای خوردن، پیامد چنین شناختی است (۹). باورهای غیرمنطقی، افکاری هستند که بر روان فرد سلطه دارند و عامل تعیین‌کننده نحوه تعبیر و تفسیر و معنادادن به رویدادها و تنظیم‌کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف به‌شمار می‌روند (۱۰). این باورها حقیقت ندارند و با واقعیت منطبق نیستند، باید و حکم برای فرد می‌آورند، تعادل فرد را از بین می‌برند و از ایجاد نظم جلوگیری می‌کنند (۱۱). باورهای غذایی غیرمنطقی از طریق شناخت بر افزایش یا کاهش وزن تأثیر دارند؛ زیرا باورهای غیرمنطقی غذایی تحریفات شناختی مربوط به غذاخوردن هستند که روند کاهش وزن را با مشکل روبه‌رو می‌کنند (۱۲).

انسان موجودی اجتماعی است که همواره تمایل دارد در کنار دیگران زندگی کند. این نیاز به وابسته‌بودن و تعلق باعث می‌شود افراد درباره طردشدن<sup>۶</sup> ازسوی دیگران حساس باشند و واکنش نشان دهند و اگر این حساسیت به طرد طولانی‌مدت باشد، مشکل‌زا می‌شود (۱۳). براساس نظریه دلبستگی<sup>۷</sup> هنگامی که والدین به نیازهای ابرازشده فرزندان با طردشدن پاسخ می‌دهند، کودکان به حساسیت به طرد دچار می‌شوند و در آینده انتظار خواهند داشت به‌جای پذیرش ازسوی افراد مهم و برآورده‌شدن نیازهایشان، ازسوی آن‌ها طرد شوند. افرادی که

6. Rejection

7. Attachment Theory

8. Psychiatric disturbances

9. Cognitive distortions

1. Eating disorders

2. International classification of mental disorders

3. Binge eating

4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

5. Irrational beliefs

به‌ازای هر متغیر آشکار، پانزده نفر نیاز است (۲۱)؛ همچنین براساس متغیرهای موجود در مدل مفهومی شکل ۱، هفت متغیر آشکار وجود دارد؛ از این رو در پژوهش حاضر به ۱۰۵ نفر نیاز بود؛ اما با توجه به ریزش و احتمال تکمیل نشدن تمامی سؤالات پرسش‌نامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان، دویست پرسش‌نامه پخش شد که از میان آن، ۱۸۵ پرسش‌نامه به‌طور کامل تکمیل و تحلیل‌پذیر بود. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: کسب نمره بیشتر از میانگین در پرسش‌نامه شدت پرخوری<sup>۱</sup>؛ داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم؛ مبتلانی بودن به بیماری جسمی خاص یا اختلال روان‌شناختی؛ تحت درمان روان‌شناختی یا دارویی خاص نبودن. ملاک خروج شامل همکاری نکردن در تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

– مقیاس تحریف‌های شناختی بین‌فردی<sup>۲</sup>: این مقیاس توسط حمام‌سی و بویوک اوزتورکیه در سال ۲۰۰۴ برای ارزیابی تحریف‌های شناختی در روابط بین‌فردی تهیه شد (۲۲). مقیاس نوزده آیتم دارد که شامل سه خرده‌مقیاس طرد در روابط بین‌فردی و انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط و سوءادراک در روابط بین‌فردی است. این پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت به‌صورت شدیداً مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم=۴ و قویاً موافقم=۵، نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس کمترین نمره ۱۹ و بیشترین ۹۵ است (۲۲). حمام‌سی و بویوک کیفیت روان‌سنجی خوبی را برای این مقیاس گزارش کردند. پایایی آن از طریق همسانی درونی توسط آلفای کرونباخ و نیز از طریق آزمون مجدد پس از دو هفته برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۷۴ بود (۲۲). همچنین روایی هم‌زمان آن از طریق همبستگی با مقیاس باورهای غیرمنطقی جونز<sup>۳</sup> (۱۹۶۹) و مقیاس افکار اتوماتیک هولون و کندال<sup>۴</sup> (۱۹۸۹) و مقیاس تعارض بین‌فردی در محیط کار اسپکتور و جکس<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) به ترتیب ۰/۴۵ و ۰/۵۳ و ۰/۵۳ به‌دست آمد که همگی در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنادار بود (۲۲). در ایران در تحقیق اسماعیل‌پور و همکاران، روایی هم‌زمان این مقیاس از طریق همبستگی با مقیاس صفات شخصیت مرزی<sup>۶</sup> (محمدزاده و همکاران، ۲۰۰۴) و پرسش‌نامه سبک‌های دفاعی<sup>۷</sup> (اندروز و همکاران، ۱۹۹۳) به ترتیب ۰/۴۰ و ۰/۴۰ محاسبه شد. به‌علاوه پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و از طریق ضریب تصنیف ۰/۷۷ به‌دست آمد (۲۳).

– مقیاس حساسیت به طرد<sup>۸</sup>: برای سنجش حساسیت به طرد از مقیاس حساسیت به طرد داوونی و فلدمن طراحی شده در سال ۱۹۹۶ استفاده شد که شامل هیجده سؤال دو قسمتی (اضطراب و دریافت پاسخ) است (۲۴). قسمت اول این سؤالات میزان اضطراب افراد و قسمت دوم میزان دریافت پاسخ مثبت را می‌سنجد. قسمت اول این سؤالات

بر مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از اصلاً نگران نیستم=۱ تا خیلی نگرانم=۶ است. نمرات این آزمون در دامنه ۱۸ تا ۱۰۸ قرار دارد. نمرات بیشتر نشان‌دهنده میزان اضطراب بیشتر و نمره کمتر نشان‌دهنده میزان اضطراب کمتر است. قسمت دوم این سؤالات میزان دریافت پاسخ مثبت را می‌سنجد که بر مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از (احتمال خیلی کمی دارد=۱) تا (احتمال خیلی زیادی دارد=۶) است. نمرات آن در دامنه ۱۸ تا ۱۰۸ قرار دارد. نمرات بیشتر در سؤالات به‌منزله دریافت حساسیت به طرد بیشتر و نمرات کمتر به‌منزله حساسیت به طرد کمتر است (۲۴). پایایی این ابزار به‌شیوه همسانی درونی ۰/۸۸ بود؛ به‌علاوه روایی پرسش‌نامه به‌روش روایی ملاکی-واگرا با مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ<sup>۹</sup> (۱۹۷۹) محاسبه شد و ضریب همبستگی آن ۰/۴۳- به‌دست آمد. پایایی این آزمون به‌شیوه بازآزمایی ۰/۹ و به‌شیوه همسانی درونی ۰/۹۴ برآورد شد (۲۴). خوشکام و همکاران ضریب پایایی پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کردند. برای تعیین روایی واگرا از مقیاس عزت‌نفس استفاده شد که نمره کلی مقیاس حساسیت به طرد با مقیاس عزت‌نفس، ۰/۳۱- به‌دست آمد (۲۵).

– پرسش‌نامه باورهای غذایی غیرمنطقی<sup>۱۰</sup>: این مقیاس در سال ۲۰۰۸ توسط اوسبرگ و همکاران طراحی شد (۲۶). پرسش‌نامه ۵۷ ماده دارد و از دو زیرمقیاس باورهای غیرمنطقی (۴۱ ماده) و باورهای منطقی (۱۶ ماده) تشکیل شده است. سؤالات این مقیاس در معیاری چهاردرجه‌ای لیکرت از شدیداً مخالفم تا شدیداً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. اوسبرگ و همکاران با استفاده از روایی هم‌گرا، همبستگی پرسش‌نامه باورهای غذایی غیرمنطقی را با آزمون نگرش به تغذیه گارنر<sup>۱۱</sup> (۱۹۷۹) ۰/۷۴ به‌دست آوردند. همچنین برای سنجش پایایی این مقیاس، از آلفای کرونباخ استفاده کردند و برای هر دو خرده‌مقیاس باورهای غذایی غیرمنطقی و باورهای منطقی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۰ بود که نشان‌دهنده قابل‌اعتماد بودن هر دو خرده‌مقیاس است (۲۶).

در ایران کلاتنری در پژوهش خود برای سنجش پایایی مقیاس، از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که برای خرده‌مقیاس‌های باورهای غذایی غیرمنطقی ۰/۷۵ و باورهای منطقی ۰/۷۹ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۹ به‌دست آمد. به‌علاوه روایی هم‌گرای پرسش‌نامه باورهای غذایی غیرمنطقی از طریق همبستگی آن با آزمون نگرش به تغذیه گارنر (۱۹۷۹) در نمونه‌ای پنجاه‌نفری از نوجوانان دختر دبیرستانی ۰/۳۰ بود (۲۷).

در شکل ۱ مدل مفهومی باورهای غیرمنطقی خوردن براساس تحریف شناختی با نقش واسطه‌ای حساسیت به طرد در افراد دارای نشانه‌های پرخوری آورده شده است.

7. Defense Style Questionnaire

8. Andrews

9. Rejection Sensitivity Scale

10. Rosenberg Self-Esteem Scale

11. Irrational Food Beliefs Questionnaire

12. Garner's Eating Attitude Test

1. Binge Eating Severity Questionnaire

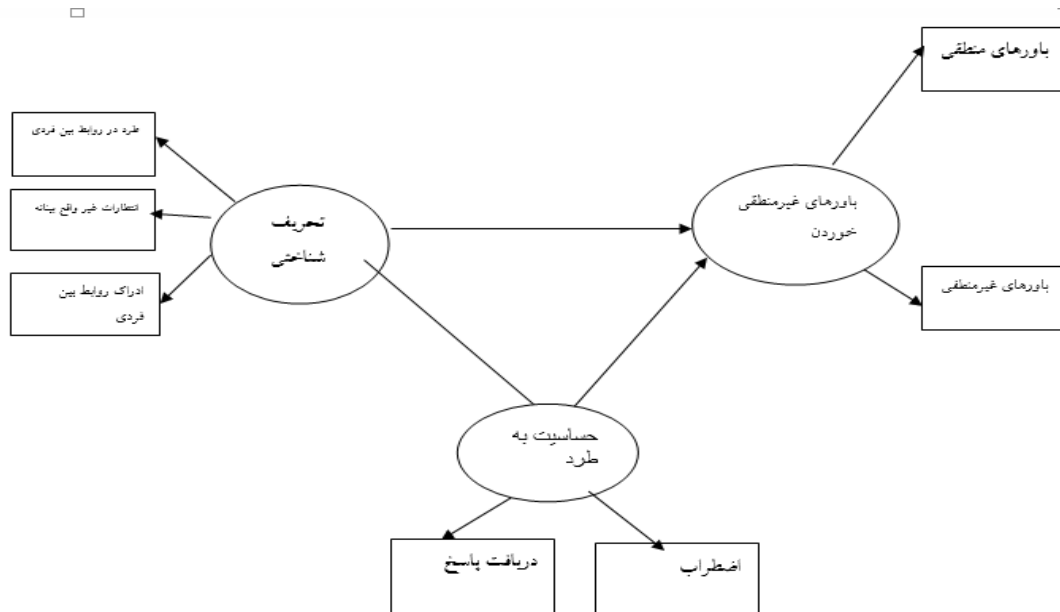
2. Interpersonal Cognitive Distortions Scale

3. Jones' Irrational Belief Scale

4. Holon & Kendall's Automatic Thoughts Scale

5. Spector & Jacks' Workplace Interpersonal Conflict Scale

6. Schizotypal Trait Questionnaire-Bform



شکل ۱. مدل مفهومی باورهای غیرمنطقی خوردن براساس تحریف شناختی با نقش واسطه‌ای حساسیت به طرد در افراد دارای نشانه‌های پرخوری

در این پژوهش از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای تشخیص نرمال بودن داده‌ها و ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری به کار رفت. نکویی برازش مدل مفهومی براساس شاخص نسبت مجذورخی به درجه آزادی، شاخص برازندگی تطبیقی<sup>۱</sup> (CFI)، شاخص نکویی برازش<sup>۲</sup> (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل شده<sup>۳</sup> (AGFI) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب<sup>۴</sup> (RMSEA) بررسی شد. اگر شاخص نسبت مجذورخی بر درجه آزادی کوچک‌تر از ۳ باشد، برازش بسیار مطلوب را نشان می‌دهد. اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ‌تر از ۰/۹۵ و شاخص RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد، بر برازش بسیار مطلوب و بسیار خوب دلالت دارد. اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و شاخص RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۸ باشد، بیانگر برازش مطلوب و خوب است (۲۸). به منظور برآورد اثرات غیرمستقیم، آزمون بوت‌استرپ به کار رفت. داده‌ها با

استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ و روش مدل‌سازی معادلات ساختاری، تجزیه و تحلیل شدند. سطح معناداری همه آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

### ۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان به ترتیب ۳۱/۴۵ و ۷/۴ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ۲۳ نفر (۱۲/۴ درصد) دکتری و ۷۸ نفر (۴۲/۱ درصد) کارشناسی ارشد و ۸۴ نفر (۴۵/۴ درصد) کارشناسی داشتند. از نظر وضعیت تأهل، ۱۲۱ نفر (۶۵/۴ درصد) مجرد و ۶۴ نفر (۳۴/۵ درصد) متأهل بودند. در جدول ۱ شاخص‌های گرایش به مرکز و پراکندگی مربوط به متغیرهای پژوهش و در جدول ۲ ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های گرایش به مرکز و پراکندگی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کولموگروف اسمیرنوف	مقادیر احتمال
طرز در روابط بین فردی	۱۸/۶	۴/۴	۰/۳۶۵	۰/۹۹۹
انتظارات غیرواقع بینانه	۱۴/۷	۳/۱	۰/۵۱۷	۰/۹۷۱
ادراک روابط بین فردی	۲۱/۶	۵/۴	۰/۷۳	۰/۶۶۲
اضطراب	۲۹/۶	۶/۸	۱/۲۷۸	۰/۰۷۸
دریافت پاسخ	۲۴/۶	۵/۱	۰/۱۱۶	۰/۲۴۳
باورهای منطقی	۴۲/۱	۷/۴	۰/۱۳۷	۰/۲۶۸
باورهای غیرمنطقی	۸۴/۳	۱۲/۱	۱/۲۷۸	۰/۰۷۸

4. Root mean square error of approximation

1. Comparative fit index

2. Goodness of fit index

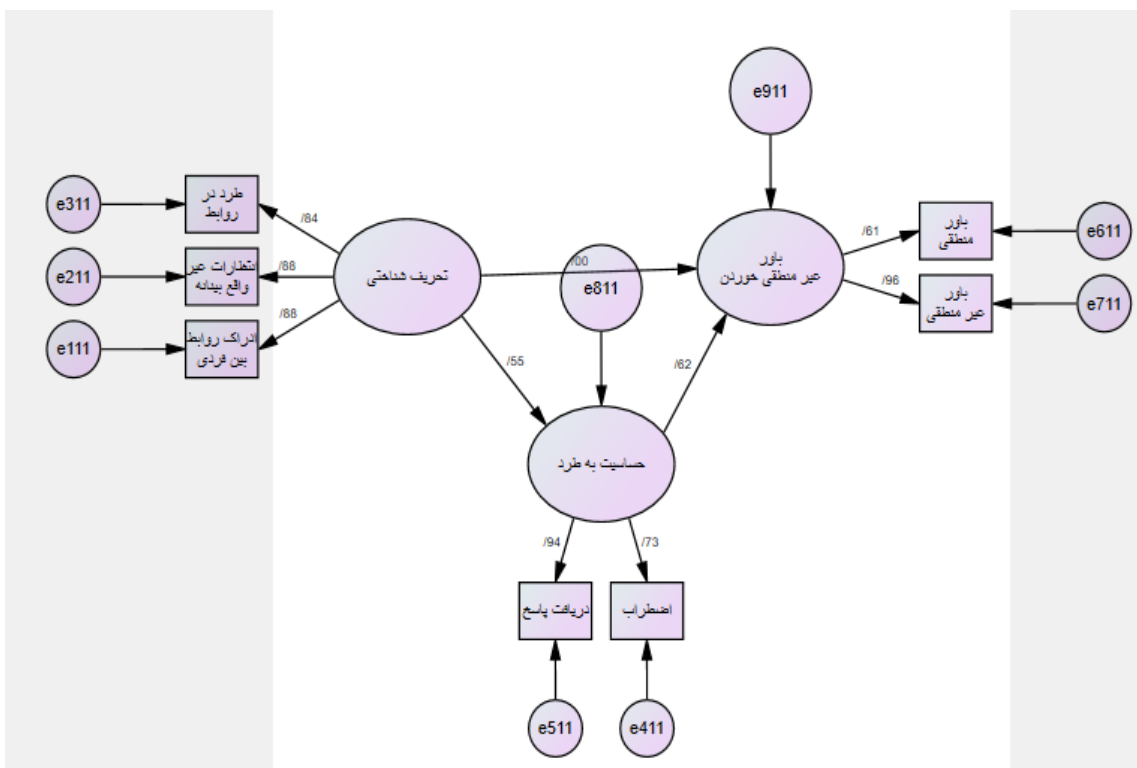
3. Adjusted goodness of fit index

جدول ۲. ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

شاخص	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	۱						
۲	۰/۵۵*	۱					
۳	۰/۴۸*	۰/۵۲*	۱				
۴	۰/۱۹*	۰/۱۸*	۰/۲۹	۱			
۵	۰/۱	۰/۱۷*	۰/۱۹*	۰/۱۴*	۱		
۶	-۰/۱۲	-۰/۱۴*	-۰/۲۳*	-۰/۲۷*	-۰/۲۴*	۱	
۷	۰/۲۶*	۰/۱۳*	۰/۲۱*	۰/۱۱*	۰/۱۴*	-۰/۱۶*	۱

\*  $p < 0.001$

شکل ۲ مدل پژوهش و ضرایب حاصل از مدل اصلاح شده را نشان می‌دهد.



شکل ۲. روابط ساختاری بین باورهای غیرمنطقی خوردن براساس تحریف شناختی با نقش واسطه‌ای حساسیت به طرد در افراد دارای نشانه‌های پرخوری

همچنین در کنار بررسی همبستگی‌های دومتغیری که امکان استنباط مدل از تحلیل معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در جدول سطحی از یافته‌های پژوهش را ممکن می‌سازد، با هدف آزمون برازش ۴ گزارش شده است.

جدول ۳. خلاصه ضرایب مسیرهای مستقیم

مسیر متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضرایب غیراستاندارد	خطای معیار	ضرایب استاندارد	T	مقدار احتمال
تحریف شناختی	حساسیت به طرد	۰/۲۲	۰/۰۲	۰/۵۵	۸/۰۳	< ۰/۰۰۱
حساسیت به طرد	باورهای غیرمنطقی خوردن	۰/۲۹	۰/۰۵	۰/۶۲	۵/۹	< ۰/۰۰۱
تحریف شناختی	باورهای غیرمنطقی خوردن	۰/۰۰۱	۰/۰۱۳	۰/۰۰۳	۰/۰۴	۰/۹۶۸

در جدول ۳ بررسی ضرایب مسیر مستقیم بین مسیرهای مختلف نشان داد، تحریف شناختی و حساسیت به طرد ( $\text{Beta} = 0.55, p < 0.001$ ) شناختی و باورهای غیرمنطقی خوردن رابطه مستقیم مشاهده نشد و حساسیت به طرد و باورهای غیرمنطقی خوردن ( $\text{Beta} = 0.62, p < 0.001$ ) و تحریف شناختی و باورهای غیرمنطقی خوردن ( $\text{Beta} = 0.003, p = 0.968$ ).

جدول ۴. برآورد اثرات غیرمستقیم موجود در مدل براساس آزمون بوت استرپ

مسیر متغیر مستقل	متغیر واسطه	متغیر ملاک	بوت استرپ	کران بالا	کران پایین	مقدار احتمال
تحریف شناختی	حساسیت به طرد	باورهای غیرمنطقی خوردن	۰/۰۶۵	۰/۰۹۶	۰/۰۴۳	۰/۰۰۱

باتوجه به جدول ۴، اثر غیرمستقیم تحریف شناختی بر باورهای غیرمنطقی خوردن با نقش میانجی حساسیت به طرد برابر با ۰/۰۶۵ بود ( $p=۰/۰۰۱$ ).

جدول ۵. شاخص‌های نکویی برازش

نوع شاخص	نام شاخص	مقادیر الگوی پژوهش
شاخص‌های مطلق (برازندگی مدل)	درجه آزادی (df)	۱۱
	کای اسکوتر (NIMC)	۳۴/۰۴
	مقدار احتمال (p)	۰/۰۰۱
شاخص‌های نسبی	نسبت کای اسکوتر به درجه آزادی (CMIN/df)	۳/۰۹
	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)	۰/۰۸۲
	شاخص نکویی برازش (GFI)	۰/۹۶
	شاخص برازش نرم شده <sup>۱</sup> (NFI)	۰/۹۷
	شاخص توکر-لوئیس <sup>۲</sup> (TLI)	۰/۹۶
	شاخص برازندگی فزاینده <sup>۳</sup> (IFI)	۰/۹۸
	شاخص برازش نسبی <sup>۴</sup> (RFI)	۰/۹۴
	شاخص برازش تطبیقی مقتصد <sup>۵</sup> (PCFI)	۰/۵۱
	شاخص برازش هنجار شده مقتصد <sup>۶</sup> (PNFI)	۰/۵۰

تحریف شناختی بر باورهای غیرمنطقی خوردن با نقش میانجی حساسیت به طرد، معنادار بود.

نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات زیر همسوست: جعفرزاده داشبلاغ نشان داد، بین خودپنداره بدنی رابطه منفی معنادار و بین تحریف‌های شناختی (و همه ابعاد آن) رابطه مثبت معناداری با بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی مشاهده می‌شود (۲۰)؛ ادهمیان و هاشمی دریافتند، در افراد چاق درمقایسه با افراد دارای اضافه‌وزن و افراد با وزن طبیعی، نگرش‌ها و باورهای ناسالم و تحریف‌شده مربوط به غذا وجود دارد و شناخت‌ها بر رفتارهای مرتبط با سلامتی تأثیر می‌گذارند و باورهای غذایی غیرمنطقی از عوامل تداوم‌بخش و تأثیرگذار در چاقی هستند (به نقل از ۲۷)؛ در پژوهش ناتا و همکاران مشخص شد که زنان چاق مبتلا به پرخوری، بیشتر از طرح‌واره‌های طردشدن و بی‌ارزشی رنج می‌برند؛ درحالی‌که طرح‌واره بی‌ارادگی در افراد چاق فاقد اختلال پرخوری، فراوانی بیشتری دارد (۲۹).

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، داشتن باورهای غیرمنطقی به‌منزله شناخت عمل می‌کند و رفتارهای خوردن، پیامد چنین شناختی است (۳۰). باورهای غذایی غیرمنطقی به‌عنوان سازوکاری شناختی می‌توانند در تغییرات وزن نقش داشته باشند؛ زیرا این باورها، باورهای تحریف‌شده و ناسالم مربوط به مواد غذایی هستند که موفقیت در کاهش و نگهداری وزن را تضعیف می‌کنند. افراد چاق دارای باورهای غیرمنطقی به دلیل داشتن انتظارات غیرواقع‌بینانه از خود و نپذیرفتن

جدول ۵ مشخص می‌کند، شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری شده حمایت کرده است. با بررسی شاخص‌های برازش مدل می‌توان دریافت، مجذورخی که حاصل نسبت  $\chi^2$  بر df است، در آستانه پذیرفتنی قرار داشت و هم‌پوشی بین مدل نظری و داده‌های پژوهش را نشان داد؛ باین‌حال باتوجه به تأثیرپذیری این شاخص از حجم نمونه از سایر شاخص‌ها استفاده شد. بررسی سایر شاخص‌ها در جدول مشخص می‌کند، از میان آن‌ها ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) ۰/۰۸۲ و برازندگی نرم شده (NFI) ۰/۹۷ و شاخص نکویی برازش (GFI) ۰/۹۶ درحد مجاز و پذیرفتنی بود؛ بنابراین، باتوجه به اینکه اکثریت شاخص‌های برازش در دامنه مجاز بودند، می‌توان گفت داده‌های گردآوری شده با مدل پیشنهادی پژوهش تناسب داشتند؛ بنابراین مدل پیشنهادی از حمایت برخوردار بود و رد نشد.

#### ۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مدل‌سازی باورهای غیرمنطقی خوردن براساس تحریف شناختی با نقش واسطه‌ای حساسیت به طرد در افراد دارای نشانه‌های پرخوری بود. نتایج نشان داد، تحریف شناختی با حساسیت به طرد و حساسیت به طرد با باورهای غیرمنطقی خوردن به‌طور معناداری رابطه مستقیم داشتند؛ اما بین تحریف شناختی و باورهای غیرمنطقی خوردن رابطه مستقیم مشاهده نشد. همچنین اثر غیرمستقیم

4. Relative fit index

5. Parsimony comparative fit index

6. Parsimony normed fit index

1. Normed fit index

2. Tucker-Lewis index

3. Incremental fit index

خود هنگام مواجهه با عاملی استرس‌زای محیطی به‌جای حل موقعیت مشکل‌زا، بیشتر از هیجان‌های ناکارآمد مانند خوردن غذا و تقلبات استفاده می‌کنند که همین مسئله موجب افزایش وزن می‌شود (۱۲). همچنین امروزه عوامل شناختی مربوط به مشکلات جسمانی و روان‌شناختی، در تلاش‌های معاصر در زمینه درک علل، سازوکارها و درمان‌های اثربخش برای مشکلات دارای پس‌زمینه‌های روان‌شناختی برجسته شده است. در این مدل‌ها عوامل نظیر ارزیابی‌ها، اسنادها، باورها و سبک‌های شناختی مهم است (۳۱). چاقی به‌عنوان وضعیتی پزشکی مرتبط با سلامتی، به‌نظر می‌رسد باید فراتر از مرزهای عوامل بیولوژیک و محیطی بحث و بررسی شود. باورهای غیرمنطقی سرآغاز و ریشه مشکلات و اختلال‌های انسان هستند؛ زیرا آن‌ها به احساسات و رفتارهای افراد جهت می‌دهند و آن‌ها را هدایت می‌کنند. در این بین چاقی به‌منزله مسئله‌ای فیزیولوژیک اما دارای ابعاد روانی، از این قاعده مستثنا نیست. باورهای غذایی غیرمنطقی به‌عنوان پیوستاری از باورهای ناکارآمد مطرح می‌شوند که نشان‌دهنده تفکرات غیرمنطقی مرتبط با غذا هستند (۱۲).

ازسوی دیگر انتظار طردشدن در فرد سبب می‌شود تعاملات او با خانواده و دوستان و حتی افراد غریبه و نیز انتخاب فعالیت‌ها و سرگرمی‌ها و علائق او تحت‌تأثیر این پیش‌بینی و ترس از طردشدن قرار بگیرد. تهدید به طردشدن یا تجربه واقعی آن می‌تواند استرس شدیدی در زندگی روزانه فرد ایجاد کند (۲۴). یافته‌های به‌دست‌آمده از تحقیقات طولی مارتسون و همکاران پیامدهای منفی حساسیت به طرد را تأیید کرد. آن‌ها معتقد بودند، حساسیت به طرد در اواخر دوره نوجوانی موجب افزایش نسبی علائم افسردگی و اضطراب می‌شود (۳۲). در تحقیقات گالیهر و بنتلی مشخص شد، افرادی با حساسیت به طرد زیاد، رفتارهای خود را بسیار منفی‌تر از دیگران تفسیر می‌کنند و به‌همین علت در روابط نزدیک خود بیشتر سازش دارند. همچنین در افرادی که دارای حساسیت به طرد بیشتری هستند خطر رفتارهای خود آسیب‌رسان همانند افرادی با اختلال شخصیت مرزی وجود دارد و نگرانی زیاد این افراد برای احتمال طردشدن باعث پیامدهای منفی مثل خصومت، پرخاشگری، کناره‌گیری، تنهایی و افسردگی در آنان می‌شود (۳۳).

نفوذ دیدگاه‌ها و نگرش‌های اخلاقی منفی به اضافه وزن و خوردن مانند تنبلی و نبود خودکنترلی، به‌صورت نهادی و نیز به‌صورت شخصی به‌گونه مشهودی رواج یافته است (۳۴)؛ به‌طوری‌که پژوهشگران در مطالعات خود از تجربه‌های زیسته افراد چاق نشان دادند، این افراد اغلب در بسیاری از زمینه‌های زندگی از جمله کار، سلامت و مراقبت‌های پزشکی و روابط شخصی با تبعیض و محرومیت روبه‌رو می‌شوند (۳۵)؛ به‌گونه‌ای که چاق‌بودن با تجربه‌ای از طرد توأم می‌شود که فرصت‌های اقتصادی و اجتماعی را محدود می‌سازد و منبع بالقوه‌ای از تبعیض را فراهم می‌آورد و آسیب‌هایی را به فرصت‌های شغلی، خدمات بهداشتی، موقعیت‌های تحصیلی، روابط خانوادگی، خودپنداره و شاخص‌های مختلف رفاه و آسایش تحمیل می‌کند (۳۶)؛ برای مثال در ایالات متحده، دیگران حتی اعضای خانواده در بیشتر

اوقات به‌شکلی کاملاً منفی، افراد چاق را قضاوت و تمسخر می‌کنند. تجربه منفی چاق‌بودن تنها به ارتباطات متقابل روزمره محدود نیست؛ به‌لحاظ تعاملات ساختاری در حوزه‌هایی مانند سلامت، آموزش، اشتغال و رسانه‌های جمعی نیز وجود دارد (۳۴). این عقاید کلیشه‌ای منفی، ساختار هویت شخصی افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. این نگرش‌های منفی که اغلب سبب رنج و شرمساری می‌شود (۳۵)، مجموعه‌ای از قضاوت‌های اخلاقی است که افراد چاق را با صفاتی منفی مانند تنبل، پرخور، غیرفعال و ناسالم انگ می‌زند (۳۶).

از محدودیت‌های مهم‌تر پژوهش حاضر، ماهیت مقطعی بودن، احتمال سوگیری در انتخاب نمونه‌ها به‌دلیل همکاری نکردن برخی از شرکت‌کنندگان و امکان پاسخ‌های غیرواقعی به‌علت استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بود. پیشنهاد می‌شود به‌دلیل محدودبودن مطالعات روی افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، پژوهش‌های مشابه در شهرهای دیگر به‌صورت طولی یا به‌روش کیفی انجام شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد، حساسیت به طرد در افراد دارای نشانه‌های پرخوری، واسطه‌گر روابط میان تحریف‌های شناختی و باورهای غیرمنطقی خوردن است.

## ۶ تشکر و قدردانی

از مسئولان مراکز مشاوره و شرکت‌کنندگان در پژوهش که در مطالعه حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

## ۷ بیانیه‌ها

### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در مطالعه حاضر در راستای رعایت اخلاق پژوهش، فرم رضایت‌نامه کتبی امضا شده از آزمودنی‌ها دریافت شد و اطلاعات لازم در زمینه پژوهش به‌صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ همچنین افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند و به آن‌ها در زمینه رازداری و محفوظماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

### رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

### دردسترس بودن داده‌ها و مواد

مواد و داده‌های پژوهش در پیوست رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، دردسترس است.

### تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

### منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

### مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. نویسنده اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های اساتید راهنما و اساتید مشاور، کل پژوهش را انجام داد.



## References

1. Giordano S. Eating disorders and the media. *Curr Opin Psychiatry*. 2015;28(6):478–82. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000201>
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Rezaie F. (Persian translator). Tehran: Arjmand Publication; 2016, pp: 111–27.
3. Hill ML, Masuda A, Latzman RD. Body image flexibility as a protective factor against disordered eating behavior for women with lower body mass index. *Eat Behav*. 2013;14(3):336–41. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.003>
4. Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2009;118(3):587–97. <https://doi.org/10.1037/a0016481>
5. Prentice AM, Jebb SA. Obesity in Britain: gluttony or sloth? *BMJ*. 1995;311(7002):437–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7002.437>
6. Dalen J, Smith BW, Shelley BM, Sloan AL, Leahigh L, Begay D. Pilot study: mindful eating and living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complement Ther Med*. 2010;18(6):260–4. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2010.09.008>
7. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013;73(9):904–14. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
8. Goldfield GS, Adamo KB, Rutherford J, Legg C. Stress and the relative reinforcing value of food in female binge eaters. *Physiol Behav*. 2008;93(3):579–87. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.10.022>
9. Kalantari F, Davoodi I, Bassaknejad S, Mehrabizadeh Honarmand M, Karandish M. The effects of rational-emotive behavior therapy on body mass index, weight self-efficacy, and body image among overweight teenage girls. *Psychological Achievements*. 2015;22(2):75–98. [Persian] [https://psychac.scu.ac.ir/article\\_12309\\_c76e5bc0ce89767a2f5602440662b735.pdf](https://psychac.scu.ac.ir/article_12309_c76e5bc0ce89767a2f5602440662b735.pdf)
10. Ejei J, Hatami M. Predicting procrastination in base of irrational beliefs, frustration discomfort beliefs, self-efficacy, and self-regulation. 2014;8(4):5–6. [Persian]
11. Fathabadi J, Izaddod M, Taghvaei D, Shallani B, Sadeghi S. Prediction the risk of obesity based on irrational beliefs, health locus of control and health-oriented lifestyle. *Journal of Research in Psychological Health*. 2017;11(3):1–12. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/rph.11.3.1>
12. Osberg TM, Eggert M. Direct and indirect effects of stress on bulimic symptoms and BMI: the mediating role of irrational food beliefs. *Eat Behav*. 2012;13(1):54–7. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.09.008>
13. Feeney J. Attachment and perceived rejection: findings from studies of hurt feelings and the adoption experience. *E-Journal of Applied Psychology: Social Section*. 2005;1(1):41–9.
14. Basharpour S, Drodi J, Heidari F. The role of parenting styles and rejection sensitivity in predicting students' impulsivity. *Journal of School Psychology*. 2020;8(4):25–40. [Persian] [https://jsp.uma.ac.ir/article\\_863\\_e897c7c5b392ba7218860c58472ee740.pdf](https://jsp.uma.ac.ir/article_863_e897c7c5b392ba7218860c58472ee740.pdf)
15. Downey G, Feldman S, Ayduk O. Rejection sensitivity and male violence in romantic relationships. *Personal Relationships*. 2000;7(1):45–61. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2000.tb00003.x>
16. Zimmer-Gembeck MJ, Pronk RE, Goodwin B, Mastro S, Crick NR. Connected and isolated victims of relational aggression: associations with peer group status and differences between girls and boys. *Sex Roles*. 2013;68(5):363–77. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0239-y>
17. Berenson KR, Gregory WE, Glaser E, Romirowsky A, Rafaeli E, Yang X, et al. Impulsivity, rejection sensitivity, and reactions to stressors in borderline personality disorder. *Cognit Ther Res*. 2016;40(4):510–21. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9752-y>
18. Crow SJ, Stewart Agras W, Halmi K, Mitchell JE, Kraemer HC. Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: a multicenter study. *Int J Eat Disord*. 2002;32(3):309–18. <https://doi.org/10.1002/eat.10088>
19. Goldin PR, Manber-Ball T, Werner K, Heimberg R, Gross JJ. Neural mechanisms of cognitive reappraisal of negative self-beliefs in social anxiety disorder. *Biol Psychiatry*. 2009;66(12):1091–9. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.07.014>
20. Jafarzadeh Dashbolagh H. The relationship between body image and cognitive distortions with anorexia and bulimia nervosa in patients with depression. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2017;4(2):83–95. [Persian] <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-346-en.pdf>
21. Kwon HE, So H, Han SP, Oh W. Excessive dependence on mobile social apps: a rational addiction perspective. *Information Systems Research*. 2016;27(4):919–39. <https://doi.org/10.1287/isre.2016.0658>
22. Hamamci Z, Büyüköztürk S. The Interpersonal Cognitive Distortions Scale: development and psychometric characteristics. *Psychol Rep*. 2004;95(1):291–303. <https://doi.org/10.2466/pr0.95.1.291-303>

23. Esmaeelpoor K, Bakhshipour Rodsari A, Mohammadzadegan R. Determining the factor structure, validity and reliability of interpersonal cognitive distortions scale among students of Tabriz university. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*. 2015;2(3):69–88. [Persian] [https://asj.basu.ac.ir/article\\_1020\\_00545789cdc4387f61753a06bf1c80c0.pdf](https://asj.basu.ac.ir/article_1020_00545789cdc4387f61753a06bf1c80c0.pdf)
24. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *J Pers Soc Psychol*. 1996;70(6):1327–43. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.6.1327>
25. Khoshkam S, Bahrami F, Rahmatollahi F, Najarpourian S. Psychometric properties of Rejection Sensitivity Questionnaire in university students in Iran. *Psychological Research*. 2013;17(1):24–44. [Persian]
26. Osberg TM, Poland D, Aguayo G, MacDougall S. The Irrational Food Beliefs Scale: development and validation. *Eat Behav*. 2008;9(1):25–40. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.02.001>
27. Kalantari F. Effectiveness of rational–emotional behavioral therapy on body mass profile, irrational food beliefs, weight self–efficacy, body image and self–acceptance in overweight female adolescents [Ph.D. dissertation in Psychology] [Internet]. [Ahvaz, Iran]: Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University; 2014. [Persian] Available from: <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/02b5aaafd510f22d98a5d3c52bd4b8ec>
28. Bentler PM, Yuan KH. Structural equation modeling with small samples: test statistics. *Multivariate Behav Res*. 1999;34(2):181–97. <https://doi.org/10.1207/s15327906mb340203>
29. Nauta H, Hospers HJ, Jansen A, Kok G. Cognitions in obese binge eaters and obese non–binge eaters. *Cognitive Therapy and Research*. 2000;24(5):521–31. <https://doi.org/10.1023/A:1005510027890>
30. George RL, Cristiani TS. *Counseling: theory and practice*. 4<sup>th</sup> ed. Hajiloo M, Falahi R. (Persian translator). Tehran: Roshd Pub; 2010.
31. Alloy LB, Riskind JH. *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2006.
32. Marston EG, Hare A, Allen JP. Rejection sensitivity in late adolescence: social and emotional sequelae. *J Res Adolesc*. 2010;20(4):959–82. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00675.x>
33. Galliher RV, Bentley CG. Links between rejection sensitivity and adolescent romantic relationship functioning: the mediating role of problem-solving behaviors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2010;19(6):603–23. <https://doi.org/10.1080/10926771.2010.502066>
34. Ayduk O, Zayas V, Downey G, Cole AB, Shoda Y, Mischel W. rejection sensitivity and executive control: joint predictors of borderline personality features. *J Res Pers*. 2008;42(1):151–68. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.04.002>
35. Maor M. Fat women: The role of the mother–daughter relationship revisited. *Women’s Studies International Forum*. 2012;35(2):97–108. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2012.03.001>
36. Ferraro KF, Holland KB. Physician evaluation of obesity in health surveys: “who are you calling fat?” *Soc Sci Med*. 2002;55(8):1401–13. [https://doi.org/10.1016%2Fs0277-9536\(01\)00272-6](https://doi.org/10.1016%2Fs0277-9536(01)00272-6)