

# نقش واسطه‌ای ترس از ارزیابی مثبت و منفی در ارتباط اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن

## The Mediating Role of Fear of Positive and Negative Evaluation on the Relationship between Social Anxiety and Eating Disorder

Nasim Damercheli

MA in General Psychology

Ali Reza Kakavand

Associate Professor  
Imam Khomeini University

علیرضا کاکاوند

دانشیار دانشگاه بین‌المللی امام  
خمینی (ره) قزوین

نسیم دمرچلی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی

Mohammad Reza Jalali

Assistant Professor  
Imam Khomeini University

محمد رضا جلالی

استادیار دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین

### چکیده

تعیین ارتباط اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن با واسطه‌گری ترس از ارزیابی مثبت و منفی هدف پژوهش بود. روش پژوهش توصیفی و الگوی همبستگی با روی‌آورد مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل دانشجویان دختر مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین بود که در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل بودند. ۱۰۰۰ دانشجو به روش نمونه‌برداری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و به پرسشنامه‌های مورد نظر پاسخ دادند. سپس با استفاده از روش نمونه‌برداری قضاوتی هدفمند ۲۱۸ نفر به عنوان نمونه نهایی برگزیده شدند. ابزار پژوهش سیاهه‌های اختلال خوردن (EDI؛ گارنر، المستدو پولیوی، ۱۹۸۳)، هراس اجتماعی (SPI؛ کانور و دیگران، ۲۰۰۰)، ترس از ارزیابی منفی - فرم کوتاه (FNES؛ لیری، ۱۹۸۳) و ترس از ارزیابی مثبت (FPES؛ ویکز، هیمبرگ و رودباگ، ۲۰۰۸) بود. نتایج نشان داد که ترس از ارزیابی مثبت و منفی به‌طور همزمان، ارتباط بین اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن را واسطه‌گری می‌کنند. همچنین، اثر مستقیم اضطراب اجتماعی بر اختلال خوردن تأیید شد. بنابراین، مداخله‌هایی که ترس از ارزیابی‌های مثبت و منفی را به عنوان مؤلفه‌های اصلی اضطراب اجتماعی مورد هدف قرار می‌دهند، به توقف رشد نشانه‌های اختلال‌های خوردن کمک می‌کنند.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب اجتماعی، اختلال خوردن، ترس از ارزیابی مثبت، ترس از ارزیابی منفی

### Abstract

The aim of this study was to examine the mediating role of fear of positive and negative evaluation in the relationship between social anxiety and eating disorder. The study was descriptive and correlational. To analyze the data structural equation modeling was used. One thousand undergraduate and graduate students were selected from Imam Khomeini International University in 2015/2016 academic year using cluster random sampling method. The participants completed the Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983), the Social Phobia Inventory (SPI; Connor et al, 2000), the Fear of Negative Evaluation Scale-Short Form (FNES; Leary, 1983), and the Fear of Positive Evaluation Scale (FPES; Weeks, Heimberg & Rodebaugh, 2008). The results indicated that fear of positive and negative evaluation mediated the relationship between social anxiety and eating disorder simultaneously. The social anxiety had a direct effect on eating disorder. The findings suggested that the interventions that target fear of positive and negative evaluation as the central components of social anxiety may help stopping the developing of eating disorder.

**Keywords:** social anxiety, eating disorder, fear of negative evaluation, fear of positive evaluation

received: 12 October 2016

accepted: 8 January 2017

Contact information: nasim.damercheli.71@gmail.com

دریافت: ۹۵/۷/۲۱

پذیرش: ۹۵/۱۰/۱۹

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی است.

## مقدمه

خوردن به من کمک خواهد کرد تا احساس تنیدگی کمتری داشته باشم) و منفی (اضافه وزن پیدا می‌کنم). در نظریه والر، کنرلی و اوهانیان (۲۰۰۴) نیز روان بی‌اشتهایی به صورت اجتناب اولیه و روان پراشتهایی به صورت اجتناب ثانویه نام‌گذاری شده است. در اجتناب اولیه، نخوردن روشی است برای جلوگیری از شناخت‌ها و هیجان‌های اضطراب‌آور تجربه‌شده و در اجتناب ثانویه، لذت‌جویی تلاشی است برای امتناع و دوری جستن از تجربه شناخت‌ها و هیجان‌های اضطراب‌آور.

شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های عصبی-زیستی نقش مهمی در شناسایی علل ژنتیکی روان بی‌اشتهایی و پراشتهایی دارد. شواهد نسبتاً زیادی وجود دارد که تغییر سطح سروتونین<sup>۱۵</sup> را در مغز با بی‌نظمی‌های اشتها، خلق و خو و مهار برانگیختگی در روان بی‌اشتهایی و پراشتهایی مرتبط می‌سازد. چندین عامل در آسیب‌پذیری افراد نسبت به روان بی‌اشتهایی در دوره جوانی سهیم است: اول، استروئیدهای<sup>۱۶</sup> مرتبط با سن بلوغ یا تغییرات مرتبط با سن که بی‌نظمی‌هایی را در سروتونین ایجاد می‌کند. دوم، تنیدگی و فشارهای اجتماعی- فرهنگی است که در افزایش اضطراب و خلق و خوی و سواسی نقش دارد (کای، ۲۰۰۸).

در یک زمینه‌یابی شیوع روان بی‌اشتهایی، روان پراشتهایی و پرخوری به ترتیب ۰/۹ درصد، ۱/۵ درصد و ۳/۵ درصد در زنان و ۰/۳ درصد، ۰/۵ درصد و ۲ درصد در مردان تخمین زده شده است. هر سه اختلال به طور معناداری با بسیاری از اختلال‌های روانی هم‌ابتلایی<sup>۱۷</sup> دارد. روان بی‌اشتهایی به طور معناداری با وزن پایین ( $BMI < 18.5$ ) و اختلال پرخوری با چاقی ( $BMI > 40$ ) در ارتباط است (هادسون، هایریبی، پاپ و کسلر، ۲۰۰۷). پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز حاکی از شیوع بالای اختلال‌های خوردن است؛ به عنوان مثال، در پژوهش همه‌گیرشناسی مظفری‌خسروی، حسین‌زاده‌شمسی‌انار، شریعتی‌بافقی و مظفری‌خسروی (۱۳۹۰) در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر یزد، ۰/۵ درصد به روان بی‌اشتهایی و ۵/۳ درصد به روان پراشتهایی مبتلا بودند و ۵۱/۳ درصد از وزن خود ناراضی بودند. رضایی، افلاک‌سیر و غیور (۱۳۹۴) نیز در پژوهش همه‌گیری‌شناسی در دانشجویان دختر

اختلال تغذیه و خوردن<sup>۱</sup> با اختلال‌های پایدار در خوردن یا رفتارهای مرتبط با خوردن مشخص می‌شود که منجر به تغییر در مصرف، جذب غذا و آسیب قابل توجه به سلامت جسمانی و عملکرد روانی-اجتماعی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳/۲۰۱۳).

روان بی‌اشتهایی<sup>۲</sup> و روان پراشتهایی<sup>۳</sup> اختلال‌هایی با علل ناشناخته هستند که معمولاً در طول دوره جوانی در زنان آغاز می‌شود (واردل<sup>۴</sup>، ۱۳۸۸/۲۰۰۹). روان بی‌اشتهایی و پراشتهایی با نشانگان غیرعادی مانند خوردن محدود<sup>۵</sup> یا رفتارهای پاکسازی<sup>۶</sup>، آشفتگی تصویر بدنی<sup>۷</sup>، انکار لاغری<sup>۸</sup> و ضعیف بودن و مقاومت در برابر مداخله همراهند. افراد مبتلا به روان بی‌اشتهایی و روان پراشتهایی با ویژگی‌هایی مانند کمال‌گرایی، خلق آشفته<sup>۹</sup> و اختلال وسواس-بی‌اختیاری<sup>۱۰</sup> شناسایی می‌شوند. افراد مبتلا به روان بی‌اشتهایی به اضطراب بالا<sup>۱۱</sup>، تجربه‌های هیجانی و عاطفی اضطراب‌آور و ریاضت‌طلبی و افراد مبتلا به روان پراشتهایی به حساسیت‌پذیری<sup>۱۲</sup> و برانگیختگی گرایش دارند. این نشانه‌ها اغلب در دوره کودکی و قبل از اختلال خوردن شروع می‌شود (کای، ۲۰۰۸). افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن، افراد را به صورت سلسله‌مراتبی درجه‌بندی می‌کنند؛ افراد دارای تناسب اندام و جذاب را در بالا و افراد زشت و چاق را در پایین سلسله مراتب قرار می‌دهند (باردون-کن، براون‌استون، هایگینز، فیتزسیمونز-کرافت و هارنی، ۲۰۱۳).

از دیدگاه روان‌شناختی، اختلال‌های خوردن در جوانانی ایجاد می‌شود که از آشوب و عذاب درونی رنج می‌برند و دل‌مشغولی آنها مسائل جسمانی است و برای احساس آرامش و حمایت به غذا رو می‌آورند (لئون، فالکرسان، پری و ارلی-زالد، ۱۹۹۵). نظریه شناختی کوپر، ولز و تاد (۲۰۰۴) درباره روان پراشتهایی علاوه بر چهار نوع افکار خودکار، خودباوری‌های منفی را در بقای چرخه معیوب خوردن لذت‌جویانه مطرح می‌کند. این افکار عبارت است از: فقدان مهار<sup>۱۳</sup> (من نمی‌توانم خوردن را متوقف کنم)، سهل‌گیر<sup>۱۴</sup> (یک تکه نان اضافی ضرری نخواهد داشت)، مثبت

1. feeding and eating disorder
2. anorexia nervosa
3. bulimia nervosa
4. Wardle, J.
5. restricted eating

6. binge-purge behaviors
7. body image distortions
8. denial of emaciation
9. dysphonic mood
10. obsessive-compulsive disorder

11. high constraint
12. sensation seeking
13. thoughts of no control
14. permissive thoughts
15. serotonin

16. steroids
17. comorbidity

منفی مرتبط هستند. افرادی که نمره بالایی در مقیاس ترس از ارزیابی منفی به دست می‌آورند، نسبت به این که دیگران درباره آن‌ها چگونه فکر می‌کنند احساس نگرانی دارند. آزمودنی‌های دچار ترس از ارزیابی منفی بالا، توجه و واکنش بیشتری به عوامل موقعیتی نشان می‌دهند (گانش، اتیلاکشمی، ماهاریشی و مایا، ۲۰۱۵). باوتیستا و هپ (۲۰۱۵) در پژوهشی دریافتند که آزمودنی‌های دارای سطح بالای اضطراب اجتماعی در مقایسه با آزمودنی‌های دارای اضطراب اجتماعی پایین، بیشتر افکار متمرکز بر خود، افکار منفی و حالت اضطرابی را در پاسخ به افزایش بازخورد و ارزیابی منفی تجربه می‌کنند.

ترس از ارزیابی مثبت عامل مهمی در آسیب‌شناسی اضطراب اجتماعی است (هوول، بوکتر و ویکز، ۲۰۱۶). در پژوهش ویکز، هیمبرگ، رودباگ و نورتن (۲۰۰۸) نشان داده شد که ترس از ارزیابی مثبت با ناراحتی شدید هنگام دریافت بازخورد اجتماعی مثبت و باور ضعیف نسبت به درستی بازخورد اجتماعی مثبت مرتبط است. ویکز و هوول (۲۰۱۲) دریافتند که ترس از ارزیابی مثبت به طور مستقل از ترس از ارزیابی منفی، سهم معناداری از واریانس اضطراب اجتماعی، عاطفه منفی در موقعیت‌های خاص اجتماعی، افکار خودکار منفی در تعامل‌های اجتماعی، خودآگاهی و آمادگی برای پریشانی را پیش‌بینی می‌کند.

مناتی، دی‌بوئر، ویکز و هیمبرگ (۲۰۱۵) در پژوهش خود با بررسی ارتباط اضطراب اجتماعی با اختلال خوردن به این نتیجه دست یافتند که ترس از ارزیابی منفی به طور مستقل سهم معناداری از ارتباط بین اضطراب اجتماعی و دامنه‌ای از اختلال خوردن شامل تمایل به لاغری، نارضایتی بدنی و نشانگان پرخوری روانی را پیش‌بینی می‌کند و ترس از ارزیابی مثبت نیز در رابطه اضطراب اجتماعی با تمایل به لاغری و نارضایتی بدنی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. لوینسون (۲۰۱۵) نیز در پژوهشی به بررسی اثر ترس از ارزیابی منفی اجتماعی بر نارضایتی بدنی و رفتارهای خوردن پرداخت. نتایج نشان داد که شرکت‌کنندگان در موقعیت ترس از ارزیابی منفی، مصرف غذایشان افزایش یافت، در حالی که شرکت‌کنندگان با سطح بالای اضطراب حضور اجتماعی و در موقعیت حضور اجتماعی بیشترین نارضایتی بدنی را تجربه کردند. به طور کلی،

دانشگاه شیراز به این نتیجه دست یافتند که ۱۰/۹ درصد از افراد مورد بررسی اضافه وزن یا چاقی، ۰/۷ درصد اختلال پرخوری و ۰/۳ درصد اختلال پرخوری داشته و هیچ یک از افراد اختلال روان بی‌اشتهایی نداشتند.

یکی از اختلال‌هایی که هم‌ابتلایی بالا با اختلال خوردن دارد، اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۱</sup> است که با ترس یا اضطراب قابل توجه در یک یا چند موقعیت اجتماعی که احتمال دقت و تحلیل از سوی دیگران وجود دارد، مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳/۲۰۱۳). پژوهش‌هایی درباره هم‌ابتلایی اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن انجام شد و این نتیجه به دست آمد که در سال‌های اولیه، اختلال اضطراب اجتماعی مقدم بر اختلال خوردن است (بولیک، سالیوان، فیر و جویس، ۱۹۹۷). به دلیل وجوه مشترک در نگرانی‌هایی مثل گرایش به تناسب اندام یا اجتناب از عدم کفایت اجتماعی، اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند خطری جدی برای اختلال‌های خوردن باشد (گیلبرت، ۲۰۰۱). افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به ویژه زنان، با احتمال بیشتری فشارهای اجتماعی مانند آرمان لاغری را دنبال می‌کنند، بالاخص اگر باور داشته باشند که این هدف آن‌ها را از پیامدهای منفی اجتماعی محافظت می‌کند (آتسچیگ، پریسنل، مدالی و اسمیتز، ۲۰۱۰). بنابراین، درونی کردن آرمان لاغری و پذیرش فشارهای اجتماعی برای لاغر شدن به نارضایتی بدنی، عاطفه منفی، رفتارهای حیرت‌آور پرهیز از غذا خوردن و همچنین رفتارهای غیرمعمول خوردن منجر می‌شود (استیس و آگراس، ۱۹۹۸).

مدل‌های شناختی اضطراب اجتماعی بر اهمیت نقش شناخت‌های ناکارآمد در شکل‌گیری و تداوم اضطراب اجتماعی تأکید دارند (کلارک و ولز، ۱۹۹۵؛ رپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷). ترس از ارزیابی منفی<sup>۲</sup> و ترس از ارزیابی مثبت<sup>۳</sup> از مؤثرترین شناخت‌های ناکارآمد در شکل‌گیری اضطراب اجتماعی هستند. ترس از ارزیابی منفی یک وجه محوری اضطراب اجتماعی است و عبارت است از ترس مورد قضاوت منفی قرار گرفتن. حتی نشانه‌های اجتماعی بی‌خطر و مبهم از طرف دیگران، می‌تواند بالقوه به عنوان ارزیابی منفی تفسیر شود (کراون، ۲۰۱۵). دلواپسی، تسلیم، مطیع بودن و اجتناب اجتماعی با ترس از ارزیابی

لویسون دریافت که ترس از ارزیابی منفی و اضطراب حضور اجتماعی عوامل آسیب‌زای مشترک در اختلال‌های خوردن و اضطراب اجتماعی هستند.

نتیجه پژوهش گودارد و ترزر (۲۰۱۳) نشان داد که فرزندان مبتلا به اختلال خوردن و والدین زیستی خود از گروه‌های کنترل رگه اضطراب بیشتری را نشان می‌دهند. مناتی، ویکز، لویسون و مک‌گوان (۲۰۱۳) نیز در پژوهشی دریافتند که کمال‌گرایی در رابطه بین ترس از واری شدن و نشانه‌های پرخوری روانی نقش واسطه‌ای دارد. همچنین، نقش واسطه‌ای کمال‌گرایی در رابطه بین اضطراب تعامل اجتماعی و نشانگان پرخوری روانی تأیید شد. نتایج پژوهش لویسون و رودباگ (۲۰۱۲) نیز نشان داد که اضطراب حضور اجتماعی و ترس از ارزیابی مثبت پیش‌بینی‌کننده‌های ناراضی‌بندی، نشانگان پرخوری روانی، نگرانی درباره شکل، وزن و آشفته‌گی خوردن هستند و ترس از ارزیابی منفی نیز به طور مستقل تمایل به لاغری و خودداری از خوردن را پیش‌بینی می‌کند.

نتایج پژوهش سیلگادو، تیمپانو، بوکتر و اشمیت (۲۰۱۰) نشان داد که آزمودنی‌های با اضطراب اجتماعی بالا، رفتارهای پرخوری روانی، ناراضی‌بندی و تمایل به لاغری بیشتری را ابراز می‌کنند. گراهورن، استتر، استنجر و کافهولد (۲۰۰۶) نیز در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که شرمساری و اضطراب اجتماعی هر دو باید به عنوان عوامل تأثیرگذار مهم در روان بی‌اشتهایی و پراشتهایی مورد توجه قرار گیرند. هنریچسون، رایت، والر و میر (۲۰۰۳) نیز دریافتند که افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن، سطوح بالاتری از اضطراب اجتماعی و بازداری رفتاری را گزارش می‌کنند. نتایج پژوهش بکر، دویوا و زایفرت (۲۰۰۴) از ارتباط بین اختلال خوردن، اضطراب اجتماعی و اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای حمایت کرد. نتایج پژوهش گیلبرت و میر (۲۰۰۳) نیز نشان داد که اضطراب اجتماعی، تمایل به لاغری را پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش تامپسون و چاد (۲۰۰۲) مشخص ساخت بین اضطراب اجتماعی-جسمانی با ناراضی‌بندی از تصویر بدنی و نگرانی‌های شکل و وزن بدن ارتباط وجود دارد. زنان جوانی که نگرانی بیشتری درباره بدن خود دارند، شکل بدنی کوچک‌تری را ترجیح می‌دهند و نگرانی‌های شکل و وزن بدنی بیشتری را در

مقایسه با زنانی که نگرانی کمتری دارند تجربه می‌کنند. در ایران نیز نتایج پژوهش کردی، محمدی‌ریزی، شاکری، مدرس‌غروی و رشیدی (۱۳۹۳) حاکی از همبستگی مثبت و معنادار نشانه‌های اضطراب اجتماعی با علائم اختلال خوردن در زنان باردار نخست‌زا بود.

میزان شیوع و پیامدهای ناگوار اختلال خوردن، نشان‌دهنده اهمیت پرداختن به پژوهش‌هایی در این زمینه است تا به کمک یافته‌های آن‌ها بتوان نسبت به روند، زمینه‌های بروز و شیوع این اختلال آگاهی یافت و در مسیر پیشگیری، کنترل، مداخله و درمان آن گام برداشت. در تعدادی از پژوهش‌ها مشخص شده است که اضطراب اجتماعی مقدم بر اختلال خوردن است و اضطراب اجتماعی می‌تواند آسیب‌پذیری به اختلال‌های خوردن را منعکس کند (بولیک و دیگران، ۱۹۹۷؛ بریورتون و دیگران، ۱۹۹۵). بنابراین مدل واسطه‌ای به گونه‌ای که اضطراب اجتماعی، اختلال خوردن را پیش‌بینی می‌کند طراحی شد و در چهارچوب مدل‌یابی، به طور همزمان مؤلفه‌های چندگانه اضطراب اجتماعی یعنی ترس از ارزیابی مثبت و منفی به عنوان ساز و کارهای تبیین پیوند اضطراب اجتماعی با اختلال خوردن بررسی شد تا به پرسش‌های زیر پاسخ داده شود:

۱. آیا مدل طراحی‌شده در تبیین ارتباط بین اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن با واسطه‌گری ترس از ارزیابی مثبت و منفی از برآزش مطلوب برخوردار است؟
۲. آیا اضطراب اجتماعی بر اختلال خوردن اثر مستقیم دارد؟
۳. آیا اضطراب اجتماعی بر اختلال خوردن با واسطه ترس از ارزیابی مثبت و منفی اثر غیرمستقیم دارد؟

## روش

این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود و در آن از روی‌آورد مدل‌یابی معادلات ساختاری بهره گرفته شد. جامعه آماری پژوهش، شامل دانشجویان دختر مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دوره‌های روزانه و شبانه بودند که در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ در دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین مشغول به تحصیل بودند و تعداد آن‌ها بالغ بر ۳۰۰۰ نفر بود. در این پژوهش از دو نوع روش نمونه‌برداری استفاده شد: در ابتدا با

شد. سپس به روش نمونه‌برداری تصادفی خوشه‌ای از هر یک از شش دانشکده فنی-مهندسی، علوم پایه، علوم و تحقیقات اسلامی، علوم اجتماعی، علوم انسانی و معماری و شهرسازی چند رشته و سپس چند کلاس انتخاب شد و ۱۰۶۰ نفر از دانشجویان به سیاهه‌های مورد نظر پاسخ دادند. از این تعداد، ۶۰ سیاهه ناقص کنار گذاشته

استفاده از روش نمونه‌برداری تصادفی خوشه‌ای از هر یک از شش دانشکده فنی-مهندسی، علوم پایه، علوم و تحقیقات اسلامی، علوم اجتماعی، علوم انسانی و معماری و شهرسازی چند رشته و سپس چند کلاس انتخاب شد و ۱۰۶۰ نفر از دانشجویان به سیاهه‌های مورد نظر پاسخ دادند. از این تعداد، ۶۰ سیاهه ناقص کنار گذاشته

#### جدول ۱

توزیع فراوانی نمونه مورد بررسی به تفکیک دانشکده، سن، مقطع تحصیلی و وضعیت تأهل

دانشکده	فراوانی	سن	فراوانی	مقطع تحصیلی	فراوانی	وضعیت تأهل	فراوانی
فنی- مهندسی	۵۵	۱۸-۲۱	۱۳۹	کارشناسی	۱۷۸	مجرد	۱۸۰
علوم پایه	۴۵	۲۲-۲۵	۶۶	کارشناسی ارشد	۴۰	متأهل	۳۸
علوم اجتماعی	۳۵	۲۶-۲۹	۱۰				
علوم انسانی	۵۳	۳۰ و بالاتر	۳				
علوم و تحقیقات	۱۸						
معماری و شهرسازی	۱۲						
<b>مجموع کل</b>	<b>۲۱۸</b>		<b>۲۱۸</b>		<b>۲۱۸</b>		<b>۲۱۸</b>

دست آمده است.

در پژوهش شایقیان و وفایی (۱۳۸۹) نتایج تحلیل عاملی با استفاده از روش‌های مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس نشان داد که این سیاهه از هفت عامل تشکیل شده است. این عوامل بیش از ۴۲/۶۵ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند. روایی سازه این سیاهه با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های این سیاهه با یکدیگر و با کل سیاهه تأیید شد و ضرایب بین زیرمقیاس‌ها با کل، به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۵۳، ۰/۶۶، ۰/۴۸، ۰/۳۴ و ۰/۴۳ معنادار بودند. روایی همزمان نیز با به کارگیری پرسشنامه باورهای اختلال خوردن<sup>۱۱</sup> (کوپر، کوهن- تاوی، تاد، ولز و تاوی، ۱۹۹۷) برآورد شد که ضریب همبستگی ۰/۴۸ به دست آمد. اعتبار سیاهه علائم اختلال خوردن با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن بررسی شد و به ترتیب ضرایب ۰/۷۶ و ۰/۵۶ به دست آمد.

**سیاهه هراس اجتماعی<sup>۱۲</sup>** (کانور و دیگران، ۲۰۰۰). این ابزار یک سیاهه خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه زیرمقیاس ترس<sup>۱۳</sup> (شش ماده)، پرهیز<sup>۱۴</sup> (هفت ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک<sup>۱۵</sup> (چهار ماده) است. کانور و دیگران (۲۰۰۰) اعتبار این سیاهه را به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

#### سیاهه اختلال خوردن<sup>۲</sup> (گارنر، المستد و پولیوی، ۱۹۸۳).

این سیاهه ۶۴ ماده‌ای برای ارزیابی ویژگی‌های روان‌شناختی و نشانگان مرتبط با بی‌اشتهایی و پرخوری روانی است و شامل ۸ زیرمقیاس است که عبارت است از: ناکارآمدی<sup>۳</sup>، ترس‌های بلوغ<sup>۴</sup>، کمال‌گرایی<sup>۵</sup>، بی‌اعتمادی بین‌فردی<sup>۶</sup>، تمایل به لاغری<sup>۷</sup>، آگاهی درونی<sup>۸</sup>، پرخوری<sup>۹</sup> و ناراضی‌بندی<sup>۱۰</sup> (نورینگ، ۱۹۹۰). برای هر ماده، طیف درجه‌بندی شش گزینه‌ای (از همیشه تا هرگز) در نظر گرفته شده است. روش نمره‌گذاری این سیاهه به این صورت است که به گزینه‌های همیشه، معمولاً و اغلب اوقات به ترتیب نمره‌های ۱، ۲ و ۳ و به سه گزینه گاهی اوقات، به ندرت و هرگز نمره صفر داده می‌شود. کسب نمره‌های بالاتر در این سیاهه نشان‌دهنده آسیب‌پذیری بیشتر در ارتباط با خوردن است (جونز، هریس و لئونگ، ۲۰۰۵). ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای هر زیرمقیاس عبارت است از: ناکارآمدی ۰/۹۰، ترس‌های بلوغ ۰/۸۸، کمال‌گرایی ۰/۸۲، بی‌اعتمادی بین‌فردی ۰/۸۵، تمایل به لاغری ۰/۸۵، آگاهی درونی ۰/۸۵، پرخوری ۰/۹۰ و ناراضی‌بندی ۰/۹۰ (گارنر و دیگران، ۱۹۸۳). در پژوهش مناتی و دیگران (۲۰۱۵) ضریب آلفای کرونباخ این سیاهه ۰/۷۲ به

- |                                    |                           |   |
|------------------------------------|---------------------------|---|
| 1. judgmental sampling             | 6. interpersonal distrust | 11. Eating Disorder Beliefs Questionnaire |
| 2. Eating Disorder Inventory (EDI) | 7. drive for thinness     | 12. Social Phobia Inventory               |
| 3. ineffectiveness                 | 8. interceptive awareness | 13. fear                                  |
| 4. maturity fears                  | 9. bulimia                | 14. avoidance                             |
| 5. perfectionism                   | 10. body dissatisfaction  | 15. physiological discomfort              |

به حساب نمی‌آیند و نمره کل از جمع نمره‌های ۸ ماده دیگر به دست می‌آید. بررسی اعتبار به روش بازآزمایی ضریب  $0/70$  را نشان داد و همسانی درونی یا آلفای کرونباخ این مقیاس  $0/80$  به دست آمد (ویکز و دیگران، ۲۰۰۸). در پژوهش دیگری ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ترس از ارزیابی مثبت  $0/85$  و ضریب روایی همزمان این مقیاس با مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی<sup>۴</sup>  $0/70$  و معنادار گزارش شده است (فرگوس<sup>۵</sup> و دیگران، ۲۰۰۹ نقل از لطفی و دیگران، ۱۳۹۲). همسانی درونی یا آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش مناتی و دیگران (۲۰۱۵)  $0/83$  به دست آمد. این مقیاس در پژوهش رضایی دوگانه، محمدخانی و دولتشاهی (۱۳۹۱) ترجمه و نظرات اصلاحی و تکمیلی متخصصان اخذ شد. ضریب اعتبار  $0/67$  با روش دونیمه کردن و آلفای کرونباخ  $0/75$  برای کل مقیاس محاسبه شد که مؤید اعتبار و همسانی درونی قابل قبول مقیاس بود. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش لطفی و دیگران (۱۳۹۲)  $0/95$  به دست آمد. در این پژوهش برای تدوین مدل ارتباط اضطراب اجتماعی با اختلال خوردن، با در نظر گرفتن دو متغیر واسطه‌ای ترس از ارزیابی مثبت و منفی، از مدل‌یابی معادلات ساختاری بهره گرفته شد. چون فرض اساسی مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده از ابزار رواست، بنابراین، در مدل‌یابی معادلات ساختاری باید از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شود. پس بهتر است ابتدا قبل از تحلیل عاملی تأییدی، مقدار آلفای کرونباخ ابزارها برای ۲۱۸ آزمودنی غربال شده بررسی شود تا زیرمقیاس‌هایی که ضریب آلفا را کاهش می‌دهند، حذف شوند. اضطراب اجتماعی با سه عامل و اختلال خوردن نیز با سه عامل تأیید شدند.

### یافته‌ها

جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش را نشان می‌دهد. در جدول ۳ مقادیر شاخص‌های برازش و حد مجاز آن‌ها بیان شده که نشان می‌دهد آیا مدل اجرا شده با مدل اولیه (فرضی) تناسب دارد؟

اضطراب اجتماعی برابر با  $0/78$  تا  $0/89$ ، همسانی درونی یا ضریب آلفا در گروهی از افراد به هنجار را برای کل سیاهه برابر با  $0/94$  و برای زیرمقیاس‌های ترس  $0/89$ ، پرهیز  $0/91$  و ناراحتی فیزیولوژیک برابر با  $0/80$  گزارش کردند. روایی همگرایی کل سیاهه در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با نمره‌های مقیاس هراس اجتماعی فرم کوتاه<sup>۱</sup> بررسی شد و ضرایب همبستگی  $0/57$  تا  $0/80$  به دست آمد که ضریب‌های همبستگی معنادار و بالایی به شمار می‌رود (کانور و دیگران، ۲۰۰۰). در ایران، طهماسبی‌مرادی (۱۳۸۴) نقل از لطفی، ابوالقاسمی و نریمانی، (۱۳۹۲) اعتبار بازآزمایی این ابزار را  $0/82$  و همسانی درونی آن را با روش آلفای کرونباخ  $0/86$  گزارش کرد.

### مقیاس ترس از ارزیابی منفی - فرم کوتاه<sup>۲</sup> (لیری،

۱۹۸۳). این مقیاس ۱۲ ماده دارد و اضطراب تجربه شده افراد یا ارزیابی منفی آنان را اندازه‌گیری می‌کند. در این مقیاس به هر ماده براساس طیف پنج‌درجه‌ای (۱=هرگز صدق نمی‌کند تا ۵=تقریباً همیشه صدق می‌کند) پاسخ داده می‌شود. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده تجربه اضطراب و ترس هستند. بررسی گروهی از دانشجویان مقطع کارشناسی با این مقیاس نشان داد که این ابزار همبستگی بالایی با فرم اصلی این مقیاس دارد ( $r=0/96$ ). همچنین، مشخص شد که فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی همسانی درونی بالایی دارد (آلفای کرونباخ برابر با  $0/90$ ) (لیری، ۱۹۸۳). بررسی اعتبار به روش بازآزمایی با فاصله چهار هفته، ضریب  $0/75$  را نشان داد (میلر، ۱۹۹۵). اعتبار این مقیاس به روش بازآزمایی و با فاصله زمانی دو هفته روی ۱۵ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی برابر با  $0/98$  و همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ و روی ۲۴ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی برابر با  $0/83$  به دست آمد (داداش‌زاده، یزدان‌دوست، غرایبی و اصغرنژادفرید، ۱۳۹۱).

### مقیاس ترس از ارزیابی مثبت<sup>۳</sup> (ویکز، هیمبرگ و

رودباگ، ۲۰۰۸). این مقیاس شامل ۱۰ ماده و نمره‌گذاری آن براساس مقیاس لیکرت (صفر اصلاً درست نیست تا ۹ کاملاً درست است) انجام می‌شود و ماده‌های ۵ و ۱۰ در نمره‌گذاری

1. Brief Social Phobia Scale

2. Brief Fear of Negative Evaluation Scale

3. Fear of Positive Evaluation Scale

4. Social Interaction Anxiety Scale

5. Fergus, T.

جدول ۲

میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی بین متغیرهای پژوهش

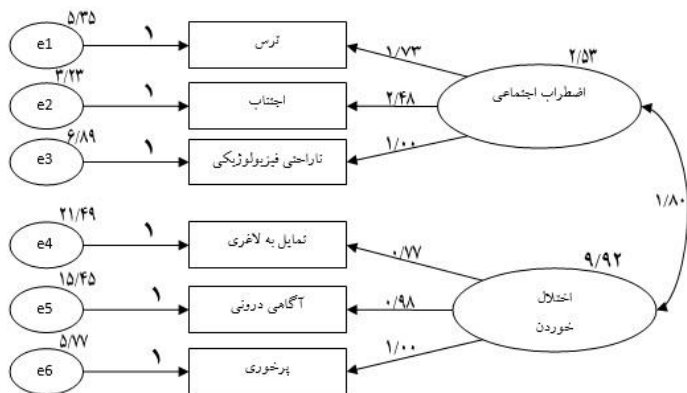
متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. ترس	۱۱/۴۵	۳/۶۰۷	-								
۲. اجتناب	۱۲/۳۰	۴/۳۳۸	۰/۷۰۱**	-							
۳. ناراحتی فیزیولوژیکی	۸/۷۳	۳/۰۷۶	۰/۳۳۷**	۰/۴۵۱**	-						
۴. اضطراب اجتماعی	۳۲/۴۸	۹/۱۹۰	۰/۸۵۱**	۰/۹۰۳**	۰/۷۰۰**	-					
۵. تمایل به لاغری	۷/۶۴	۵/۲۴۴	۰/۱۲۱	۰/۱۳۵*	۰/۰۹۷	۰/۱۳۴*	-				
۶. آگاهی درونی	۹/۰۲	۵/۰۱۷	۰/۱۹۵**	۰/۱۹۱**	۰/۱۰۰	۰/۲۰۰**	۰/۲۹۴**	-			
۷. پرخوری	۳/۹۵	۳/۹۷۰	۰/۲۴۶**	۰/۲۵۱**	۰/۱۶۳*	۰/۲۷۱**	۰/۳۶۹**	۰/۴۹۲**	-		
۸. اختلال خوردن	۲۰/۶۴	۱۰/۹۵۸	۰/۲۵۵**	۰/۲۳۳**	۰/۱۷۴**	۰/۲۸۱**	۰/۲۳۰**	۰/۱۷۵**	۰/۱۶۷**	-	
۹. ترس از ارزیابی منفی	۲۴/۶۴	۱۱/۹۷۳	۰/۳۱۱**	۰/۳۴۰**	۰/۲۵۰**	۰/۳۶۵**	۰/۰۹۸	۰/۱۶۷*	۰/۱۷۴**	۰/۱۹۰**	-
۱۰. ترس از ارزیابی مثبت	۳۹/۸۷	۱۰/۳۸۱	۰/۱۸۱**	۰/۲۱۹**	۰/۱۷۴**	۰/۲۳۳**	-۰/۰۰۷	۰/۲۳۲**	۰/۲۱۹**	۰/۱۹۵**	۰/۱۱۷

\*P<۰/۰۵ \*\*P<۰/۰۰۱

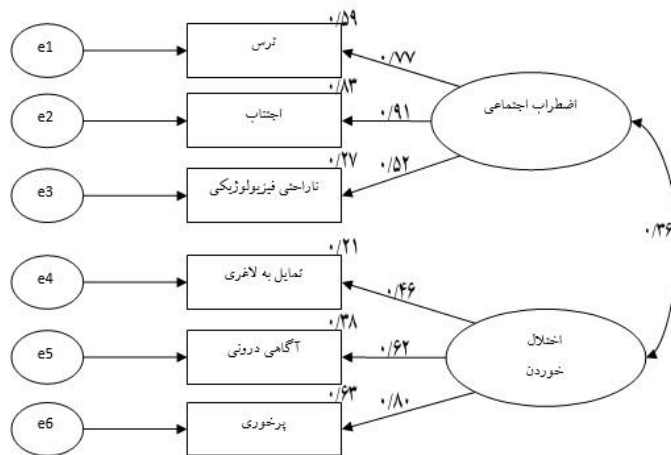
جدول ۳

شاخص‌های برازش برای مدل اندازه‌گیری

شاخص	$\chi^2$	CMIN/DF	GFI	AGFI	CFI	NFI	RMSEA
مقدار	۰/۹۹۷	۰/۱۴۶	۰/۹۹۸	۰/۹۹۵	۱	۰/۹۹۶	۰/۰۰۰
حد مجاز	عدم معناداری	کمتر از ۳	بیش از ۰/۹۰	بیش از ۰/۸۰	بیش از ۰/۹۰	بیش از ۰/۹۰	کمتر از ۰/۰۵ عالی



شکل ۱. مدل اندازه‌گیری در حالت استاندارد نشده



شکل ۲. مدل اندازه‌گیری در حالت استاندارد شده

بیان شده که نشان می‌دهد آیا مدل اجرا شده با مدل اولیه (فرضی) دارای تناسب است یا خیر.

جدول ۴

بارهای عاملی، واریانس تبیین شده و مقادیر  $t$  برای مدل اندازه‌گیری

ماده	بار عاملی	$t$	$R^2$
ترس	۰/۷۶۶	۷/۲۶۹*	۰/۵۸۷
اجتناب	۰/۹۱۰	۶/۸۶۶*	۰/۸۲۸
ناراحتی فیزیولوژیک	۰/۵۱۸		۰/۲۶۹
تمایل به لاغری	۰/۴۶۴	۴/۸۶۹*	۰/۲۱۵
آگاهی درونی	۰/۶۱۹	۵/۳۸۴*	۰/۳۸۳
پرخوری	۰/۷۹۵		۰/۶۳۳

\* $P < ۰/۰۰۱$

مطابق جدول ۳ مقادیر به دست آمده برای این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع، الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است.

در جدول ۴ بارهای عاملی، واریانس تبیین شده و مقادیر  $t$  برای ماده‌های متغیرهای اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن گزارش شده است.

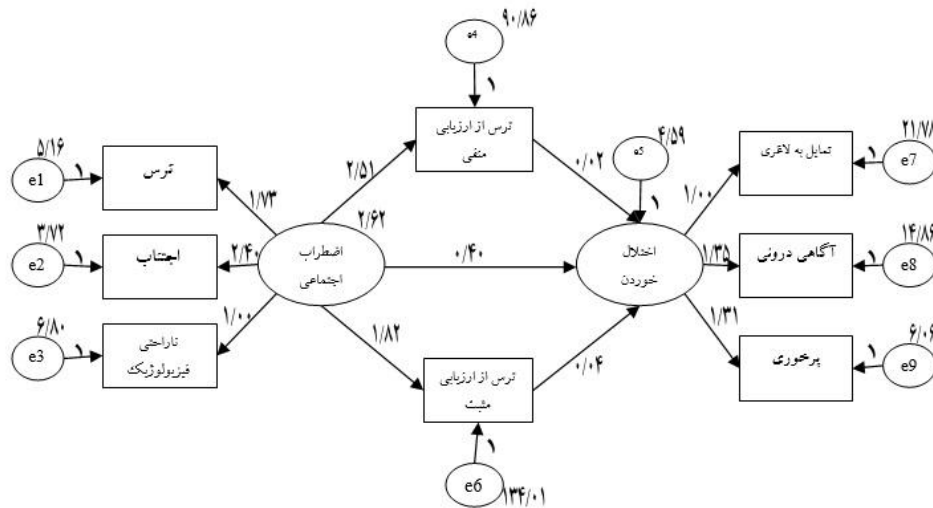
نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که ماده‌های ناراحتی فیزیولوژیک و تمایل به لاغری سهم یگانه کمتری در تبیین عامل‌های مکنون خود دارد.

در جدول ۵ مقادیر شاخص‌های برازش و حد مجاز آن‌ها

جدول ۵

شاخص‌های برازش برای مدل ساختاری

شاخص	$\chi^2$	CMIN/DF	GFI	AGFI	CFI	NFI	RMSEA
مقدار	۰/۸۸۲	۰/۶۱۶	۰/۹۸۸	۰/۹۷۶	۱	۰/۹۷۲	۰/۰۰۰
حد مجاز	عدم معناداری	کمتر از ۳	بیش از ۰/۹۰	بیش از ۰/۸۰	بیش از ۰/۹۰	بیش از ۰/۹۰	کمتر از ۰/۰۵ عالی



شکل ۳. مدل در حالت ضرایب استاندارد نشده

یک تا منفی یک محدود می‌شود و برای نشان دادن قدرت و جهت رابطه ارائه شده است.

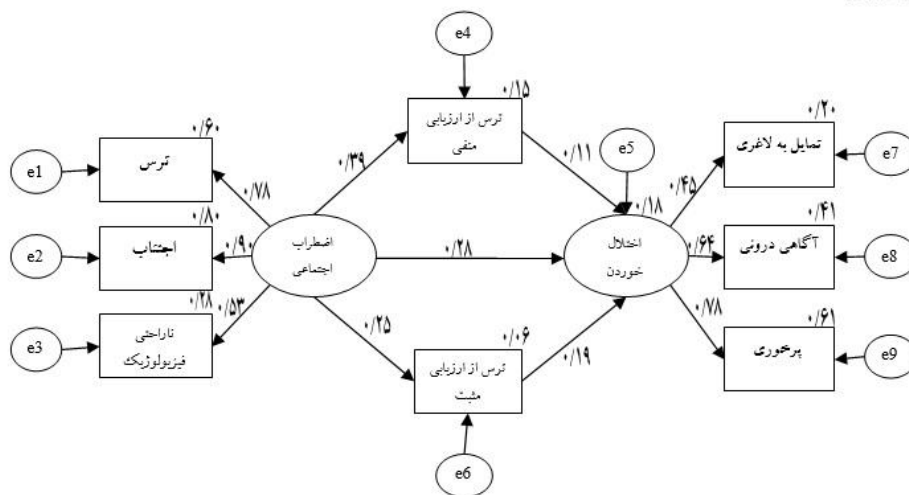
در جدول ۶ ضرایب و معناداری اثرات مستقیم اضطراب اجتماعی بر ترس از ارزیابی مثبت، ترس از ارزیابی منفی و اختلال خوردن و همچنین اثرات غیرمستقیم اضطراب اجتماعی با واسطه‌گری ترس از ارزیابی مثبت و منفی بر اختلال خوردن ارائه شده است.

مطابق با جدول ۵ مقادیر این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع این الگو برای تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است.

در شکل ۳ الگو در حالت ضرایب استاندارد نشده معادل با وزن‌های رگرسیونی است که براساس آن نمره‌های خام قابل محاسبه است.

در شکل ۴ الگو در حالت ضرایب استاندارد شده بین مثبت





شکل ۴. مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

جدول ۶

ضرایب و معناداری اثرات مستقیم و غیرمستقیم اضطراب اجتماعی

متغیر پرونزا	متغیر درونزا	نوع اثر	B استاندارد نشده	B استاندارد شده	t	sig	R <sup>۲</sup>
اضطراب اجتماعی	ترس از ارزیابی مثبت	مستقیم	۱/۸۲۴	۰/۳۴۷	۳/۲۱۲	۰/۰۱۵	۰/۰۶۱
اضطراب اجتماعی	ترس از ارزیابی منفی	مستقیم	۲/۵۰۵	۰/۳۹۱	۴/۷۶۳	۰/۰۰۴	۰/۱۵۳
اضطراب اجتماعی	اختلال خوردن	مستقیم	۰/۴۰۲	۰/۲۷۵	۲/۵۵۳	۰/۰۲۶	۰/۱۷۸
اضطراب اجتماعی	اختلال خوردن	غیرمستقیم		۰/۹۰		۰/۰۴۶	
اضطراب اجتماعی	تمایل به لاغری	غیرمستقیم		۰/۱۶۵		۰/۰۰۶	
اضطراب اجتماعی	آگاهی درونی	غیرمستقیم		۰/۲۳۳		۰/۰۰۸	
اضطراب اجتماعی	پر خوری	غیرمستقیم		۰/۲۸۶		۰/۰۱۲	

فرضی یا همان داده‌ها) دارای تناسب است و تفاوت چندانی با هم ندارند. در مدل تدوین شده اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی مثبت و ترس از ارزیابی منفی در قالب یک الگو، می‌توانند اختلال خوردن را پیش‌بینی کنند و دو متغیر ترس از ارزیابی مثبت و منفی در رابطه اضطراب اجتماعی با اختلال خوردن به عنوان متغیرهای واسطه‌ای تأیید شدند.

نتایج این پژوهش اثر مستقیم اضطراب اجتماعی بر اختلال خوردن را تأیید کرد. به عبارت دیگر، اضطراب اجتماعی پیش‌بینی‌کننده مثبت اختلال خوردن است. این نتایج همسو با نتایج پژوهش گودارد و ترزر (۲۰۱۳)، مناتی و دیگران (۲۰۱۳)، سیلگادو و دیگران (۲۰۱۰)، گرابهورن و دیگران (۲۰۰۶)، هنریچسون و دیگران (۲۰۰۳)، بکر و دیگران (۲۰۰۴)، گیلبرت و میر (۲۰۰۳) و کردی و دیگران (۱۳۹۳) بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به این نکته اشاره کرد که دلیل ارتباط اضطراب

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر مستقیم اضطراب اجتماعی بر ترس از ارزیابی مثبت ( $\beta=0/347$  و  $P=0/015$ )، اثر مستقیم اضطراب اجتماعی بر ترس از ارزیابی منفی ( $\beta=0/391$  و  $P=0/004$ ) و اثر مستقیم اضطراب اجتماعی بر اختلال خوردن ( $\beta=0/275$  و  $P=0/026$ ) معنادار است. همچنین، اثر غیرمستقیم اضطراب اجتماعی بر اختلال خوردن به وسیله ترس از ارزیابی مثبت و منفی ( $\beta=0/90$  و  $P=0/046$ ) معنادار است.

## بحث

این پژوهش با هدف تدوین یک مدل ارتباطی بین اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای ترس از ارزیابی مثبت و منفی انجام شد. نتایج بررسی شاخص‌های برازش آزمون مدل ساختاری نشان داد که مدل تدوین شده از برازش مناسبی برخوردار است، یعنی مدل اجرا شده با مدل اولیه

اجتماعی و اختلال خوردن، وجوه مشترک این دو اختلال است. وجه اشتراک در هر دو مجموعه از نشانگان، نگرانی‌هایی از ارزیابی اجتماعی است (مناتی و دیگران، ۲۰۱۵). پژوهشگران به این نتیجه دست یافته‌اند که در سال‌های اولیه، اختلال اضطراب اجتماعی مقدم بر اختلال خوردن است (بولیک و دیگران، ۱۹۹۷) و اختلال اضطراب اجتماعی به دلیل وجوه مشترک در نگرانی‌هایی مثل گرایش به تناسب اندام یا عدم مطلوبیت اجتماعی می‌تواند خطر جدی برای اختلال‌های خوردن باشد (گیلبرت، ۲۰۰۱). افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به ویژه زنان با احتمال بیشتری فشارهای اجتماعی مانند آرمان لاغری را دنبال می‌کنند بالاخص اگر بر این باور باشند که این هدف آن‌ها را از پیامدهای منفی اجتماعی محافظت می‌کند (آتسچیک و دیگران، ۲۰۱۰). بنابراین، درونی کردن آرمان لاغری و پذیرش فشارهای اجتماعی برای لاغر شدن به نارضایتی بدنی، عاطفه منفی، رفتارهای غیرمعمول پرهیز از غذا خوردن و همچنین رفتارهای خوردن نامتعارف منجر می‌شود (استیس و آگراس، ۱۹۹۸).

از دیدگاه روان‌شناختی، اختلال‌های خوردن در جوانانی ایجاد می‌شود که از آشوب درونی رنج می‌برند و دل‌مشغول مسائل جسمانی هستند و برای این که احساس آرامش و حمایت کنند، به غذا رو می‌آورند. افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن در درک هیجان‌های خود و بیان آن‌ها مشکل دارند و به مرور زمان یاد می‌گیرند که خوردن وسیله‌ای برای مقابله با حالت‌های هیجانی ناخوشایند و مبهم است (لئون و دیگران، ۱۹۹۵). در دیدگاه شناختی (کوپر و دیگران، ۲۰۰۴) درباره روان‌پراشتهایی، ۴ نوع فکر خودکار به همراه خودباوری‌های منفی در بقای چرخه معیوب خوردن لذت‌جویانه دارای اهمیت است. یکی از این افکار خودکار، افکار مثبت است که منجر به ایجاد این باور می‌شود که خوردن کمک می‌کند تا احساس تنیدگی کمتری در زندگی تجربه شود.

در مجموع می‌توان این‌گونه گفت که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از حضور در جمع و موقعیت‌های اجتماعی و تعامل اجتماعی اجتناب می‌کنند. این افراد به دلیل ادراک از خویشتن نامطلوب، دچار نگرانی‌هایی از ارزیابی‌های اجتماعی می‌شوند و متعاقباً در مقایسه با سایر افراد، پذیرندگی بیشتری در برابر فشارهای

اجتماعی فرهنگی برای لاغری و تناسب اندام از خود نشان می‌دهند و در نتیجه به رفتارهای خوردن نامتعارف رو می‌آورند.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که اضطراب اجتماعی از طریق ترس از ارزیابی مثبت و منفی به‌طور همزمان، اثر غیر مستقیم بر اختلال خوردن دارد. نقش واسطه‌ای ترس از ارزیابی مثبت و منفی به‌طور همزمان، در ارتباط بین اضطراب اجتماعی و دامنه‌ای از اختلال خوردن شامل تمایل به لاغری، پرخوری روانی و آگاهی درونی تأیید شد. این نتایج همسو با نتایج پژوهش مناتی و دیگران (۲۰۱۵)، لوینسون (۲۰۱۵)، دی‌بوئر و دیگران (۲۰۱۳)، لوینسون و رودباگ (۲۰۱۲) و آتسچیک و دیگران (۲۰۱۰) است. مدل‌های روان‌شناسی تکاملی می‌تواند یک چهارچوب احتمالی برای مفهوم‌سازی ارتباط اضطراب اجتماعی و اختلال خوردن مهیا کند. طبق نظر گیلبرت (۲۰۰۱) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی گرایش دارند که جهان اجتماعی را به صورت سازمانی دارای سلسله مراتب ببینند: افراد با تسلط و نفوذ بیشتر در بالا و افراد با تسلیم و اطاعت بیشتر در پایین سلسله مراتب. گیلبرت استدلال کرد که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی خودشان را در وضعیت ناگواری می‌بینند که هر حرکتی که جایگاه آن‌ها را در این سلسله مراتب تنزل دهد، آن‌ها را در خطر از دست دادن تدابیر و منابع اجتماعی قرار می‌دهد و هر حرکتی برای بهبود جایگاه در این سلسله مراتب، می‌تواند آن‌ها را با سطح بالایی از کمال‌گرایی و تعارض با افراد دارای نفوذ رو به رو کند.

کاربرد مدل روان‌شناسی تکاملی گیلبرت درباره اختلال خوردن می‌تواند به پژوهشگران و درمانگران برای فهم بهتر پدیدارشناسانه هم‌پوشی اختلال خوردن و اضطراب اجتماعی کمک کند. برای مثال، افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن، افراد را به صورت سلسله‌مراتبی درجه‌بندی می‌کنند، افراد دارای تناسب اندام و جذاب را در بالای سلسله مراتب و افراد زشت و چاق را در پایین سلسله مراتب (باردون-کن و دیگران، ۲۰۱۳). بنابراین حرکت نزولی فرد در این سلسله مراتب به فقدان حمایت‌های اجتماعی منجر می‌شود؛ در حالی که حرکت فرد به سمت ارتقای جایگاهش در این سلسله مراتب، به افزایش رقابت اجتماعی، انتقام از دیگران و ایجاد توقع برای حفظ حرکت رو به جلو می‌انجامد (گیلبرت، ۲۰۰۱).

دانشجویان دختر دانشگاه شیراز، پژوهش پرستاری، ۱۰، ۴۲-۳۶.

رضایی دوگانه، ا.، محمدخانی، پ. و دولتشاهی، ب. (۱۳۹۱). مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی و انفرادی بر ترس از ارزیابی مثبت. *توان‌بخشی*، ۱۳، ۶۵-۵۸.

شایقیان، ز. و وفایی، م. (۱۳۸۹). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی سیاهه علائم اختلال خوردن در دانش‌آموزان دختر پایه دوم دبیرستان‌های تهران. *مطالعات روان‌شناختی*، ۲، ۱۳-۱.

کردی، م.، محمدی‌ریزی، س.، شاکری، م.، مدرس‌غروی، م. و رشیدی، ف. (۱۳۹۳). ارتباط علائم اضطراب اجتماعی با علائم اختلال خوردن زنان باردار نخست‌زا. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۷، ۱۵-۹.

لطفی، ص.، ابوالقاسمی، ع. و نریمانی، م. (۱۳۹۲). مقایسه پردازش هیجانی و ترس از ارزیابی‌های مثبت و منفی در زنان دارای فوبی اجتماعی و زنان عادی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴، ۱۱۱-۱۰۱.

مظفری‌خسروی، ح.، حسین‌زاده‌شمسی‌انار، م.، شریعتی‌بافقی، ا. و مظفری‌خسروی، و. (۱۳۹۰). شیوع اختلال خوردن و چاقی در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر یزد در سال ۹۰-۱۳۸۹. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد*، ۱۰، ۴۹-۳۸.

واردل، ج. (۱۳۸۸). آیا فریبی یک اختلال تغذیه است؟ ترجمه م. نعمت‌طاوسی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۶(۲۱)، ۷۱-۶۹.

Bautista, C. L., & Hope, D. A. (2015). Fear of negative evaluation, social anxiety and response to positive and negative online social cues. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 658-668.

Bardone-Cone, A. M., Brownstone, L. M., Higgins, M. K., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Harney, M. B. (2013). Anxiety, appearance contingent self-worth, and appearance conversations with friends in relation to disordered eating: Examining moderator models. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 953-963.

Becker, C. B., Deviva, J. C., & Zayfert, C. (2004). Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: The importance of anxiety comorbidity assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 255-274.

بنابراین، در ترس از ارزیابی منفی، فرد به دلیل بیزاری از احساس عدم جذابیت به رفتارهایی مثل پرهیز از خوردن رو می‌آورد. تجربه ترس از ارزیابی منفی در بافت اختلال خوردن، می‌تواند به طور موقت تعادل ایجاد کند، اما اندکی بعد تجربه ترس از ارزیابی مثبت (ترس از ارزیابی منفی متعاقب) فعال می‌شود. در ترس از ارزیابی مثبت، فرد به دلیل نگرانی درباره جذب توجه مثبت بیشتر به سمت خود، به رفتارهایی مانند استتار بدن رو می‌آورد و به وسیله پوشش و آرایش محافظه‌کارانه یا پوشیدن لباس‌های نامتناسب یا گشاد از ارزیابی‌های مثبت آینده اجتناب می‌کند (مناتی و دیگران، ۲۰۱۵).

بنابراین، مداخله‌هایی که ترس از ارزیابی‌های منفی و مثبت اجتماعی را به عنوان مؤلفه‌های اصلی اختلال اضطراب اجتماعی مورد هدف درمانی قرار دهند، به توقف رشد نشانه‌های اختلال‌های خوردن کمک می‌کند. محدود بودن نمونه آماری به دانشجویان دختر، زیاد بودن سؤال‌های پرسشنامه‌ها و همچنین عدم انجام مصاحبه‌های بالینی، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم نتایج ایجاد کرده است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جامعه‌ای غیر از دانشجویان و با در نظر گرفتن تفاوت‌های دو جنس اجرا شود. همچنین، در پژوهش‌های آتی، نقش واسطه‌ای ترس از ارزیابی مثبت و منفی در ارتباط بین اضطراب اجتماعی و سایر اختلال‌هایی که هم‌ابتلائی بالایی با اضطراب اجتماعی دارند مانند اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی و اختلال درخودماندگی بررسی شود.

## منابع

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5*. ترجمه ف. رضایی، ع. فخرایی، آ. فرمند، ع. نیلوفری، ژ. هاشمی آذر و ف. شاملو. تهران: ارجمند (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۳).

داداش‌زاده، ح.، یزدان‌دوست، ر.، غرابی، ب. و اصغرنژادفرید، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی و مواجهه‌درمانی بر میزان سوگیری تعبیر و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۸، ۵۱-۴۰.

رضایی، م.، افلاک‌سیر، ع. و غیور، م. (۱۳۹۴). شیوع اختلال خوردن و چاقی در

- bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Ganesh, K. J., Athilakshmi, R., Maharishi, R., & Maya, R. (2015). Relationship between fear of negative evaluation and anxiety. *The International Journal of Indian Psychology*, 3, 47-80.
- Gilbert, N., & Meyer, C. (2003). Social anxiety and social comparison: Differential links with restrictive and bulimic attitudes among nonclinical women. *Eating Behaviors*, 4, 257-264.
- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 723-751.
- Goddard, E., & Treasure, J. (2013). Anxiety and social-emotional processing in eating disorders: Examination of family Trios. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 890-904.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U., & Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 12-19.
- Hinrichsen, H., Wright, F., Waller, G., & Meyer, C. (2003). Social anxiety and coping strategies in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 4, 117-126.
- Hodson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Howell, A. N., Buckner, J. D., & Weeks, J. W. (2016). Fear of positive evaluation and alcohol use problems among college students: The unique impact of drinking motives. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 29, 274-286.
- Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). Parental Brewerton, T. D., Lydiard, R. B., Herzog, D. B., Brotman, A., O Neil, P., & Ballenger, J. C. (1995). Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(2), 77-80.
- Bulik, C., Sullivan, P., Fear, J. L., & Joyce, P. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 101-107.
- Cannor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchil, L. R., Scherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-387.
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 1-16.
- Cooper, M. J., Cohen-Tovi, E., Todd, G., Wells, A., & Tovi, M. (1997). The Eating Disorder Belief Questionnaire: Preliminary Development. *Behavior Research Therapy*, 35, 381-388.
- Craven, M. (2015). *Effects of self-focused attention and fear of evaluation on anxiety and perception of speech performance*. A thesis presented to the faculty of the college of Arts and Sciences, Ohio University.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). *Cognitive model of social phobia*. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp.69-93). New York: Guilford Press.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multi-dimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and

- Miller, R. S. (1995). On the nature of embarrassability: Shyness, social evaluation, and social skill. *Journal of Personality, 63*, 315-339.
- Norring, C. E. A. (1990). The Eating Disorder Inventory: Its relation to diagnostic dimensions and follow-up status. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 685-694.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research Therapy, 35*, 741-756.
- Silgado, J., Timpano, K. R., Buckner, J. D., & Schmidt, N. B. (2010). Social anxiety and bulimic behaviors: The moderating role of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 34*, 487-492.
- Stice, E., & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy, 29*, 257-276.
- Thompson, A. M., & Chad, K. E. (2002). The relationship of social physique anxiety to risk for developing an eating disorder in young females. *Journal of Adolescent Health, 31*, 183-189.
- Utschig, A. C., Presnell, K., Madeley, M. C., & Smits, J. A. (2010). An investigation of the relationship between fear of negative evaluation and bulimic psychopathology. *Eating Behaviors, 11*, 231-238.
- Weeks, J. W., & Howell, A. N. (2012). The bivalent fear of evaluation model of social anxiety: Further integrating findings on fears of positive and negative evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*, 83-95.
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., & Rodebaugh, T. L. (2008). The Fear of Positive Evaluation Scale: Assessing a proposed cognitive component of rearing behaviors and disorders: The moderating role of core beliefs. *Eating Behaviors, 6*, 355-364.
- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology and Behavior, 94*, 121-135.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Early-Zald, M. B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disorder eating. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 140-149.
- Levinson, C. A. (2015). *Manipulation of negative social evaluative fears on body dissatisfaction and eating behaviors: Does fear of social evaluation lead to disordered eating? Arts & Sciences Electronic Theses and Dissertations*, Washington University in St. Louis.
- Levinson, C. A., & Rodebaugh, T. L. (2012). Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eating Behaviors, 13*, 27-35.
- Leary, R. M. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9*, 371-375.
- Menatti, A. R., DeBoer, L. B. H., Weeks, J. W., & Heimberg, R. G. (2015). Social anxiety and associations with eating psychopathology: Mediating effects of fears of evaluation. *Body Image, 14*, 20-28.
- Menatti, A. R., Weeks, J. W., Levinson, C. A., & McGowan, M. M. (2013). Exploring the relationship between social anxiety and bulimic symptoms: Mediation effects of perfectionism among females. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 914-922.

- Waller, G., Kennerly, H., & Ohanian, V. (2004). *Schema- focused cognitive behavior therapy with the eating disorders*. In P. Dutoit (Ed.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist practitioner guide*. Washington: American Psychiatric Association.
- social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 44-55.
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Rodebaugh, T. L., & Norton, P. J. (2008). Exploring the relationship between fear of positive evaluation and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 386-400.