

## نقش میانجی همجوشی شناختی و گسلش شناختی در رابطه حساسیت به طرد و بی اشتہایی عصبی در دختران جوان

### The mediating role of cognitive fusion and cognitive dissonance in the relationship between rejection sensitivity and anorexia nervosa in young girls

Soheil Abousaeidi Jirofti

M.A Clinical Psychology Student, Department of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Majid Mahmoud Alilou \*

Professor, Department of Psychology, Faculty of Education And Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. [m-alilou@tabrizu.ac.ir](mailto:m-alilou@tabrizu.ac.ir)

Farid Neshat Gharamaleki

M.A Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education And Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Houman Moaveni

M.A General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education And Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

سپهیل ابوسعیدی جیرفتی

دانشجویی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

مجید محمود علیلو (نوبنده مسئول)

استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

فرید نشاط قراملکی

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

هومان معاؤنی

دانشجویی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

### Abstract

The present study aimed to investigate the mediating role of cognitive fusion and cognitive defusion in the relationship between rejection sensitivity and anorexia nervosa in young girls. The design of this descriptive/correlational study was a path analysis type. the statistical population of the study included all female students of the University of Tabriz in 2024, of whom 307 were selected by convenience sampling. The data collection tools included the Eating Disorders Diagnostic Scale (EDDS) (Stice et al., 2000), Rejection Sensitivity Questionnaire (RSQ) (Downey & Feldman, 1996), and Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) (Gillanders et al., 2014). To analyze the data, the Path analysis method was used. The findings showed that the final research model was a good fit. The results showed that there was a positive and significant relationship between rejection sensitivity and anorexia nervosa ( $p<0.01$ ), also a positive and significant relationship was found between cognitive fusion and anorexia nervosa ( $p<0.01$ ), but there was no significant relationship between cognitive defusion and anorexia nervosa ( $p>0.01$ ). The indirect effect of sensitivity to rejection through cognitive fusion on anorexia nervosa was positive and significant ( $p<0.01$ ). However, cognitive defusion did not mediate the relationship between sensitivity to rejection and anorexia nervosa ( $p>0.01$ ). Mental health professionals, with reliance on this model, can use therapeutic interventions based on cognitive fusion and cognitive defusion in anorexia nervosa.

**Keywords:** Anorexia Nervosa, Rejection Sensitivity, Cognitive dissonance, Cognitive Fusion.

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی همجوشی شناختی و گسلش شناختی در رابطه حساسیت به طرد و بی اشتہایی عصبی در دختران جوان انجام گرفت. طرح این مطالعه توصیفی/همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه تبریز در سال ۱۴۰۳ بود که به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰۷ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه تشخیصی اختلالات خودرن (EDDS) (استیک و همکاران، ۲۰۰۰)، پرسشنامه حساسیت به طرد (RSQ) (داونی و فلدمن، ۱۹۹۶) و پرسشنامه همجوشی شناختی (CFQ) (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴) بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر استفاده گردید. یافته‌ها نشان داد مدل نهایی پژوهش از برآش مطلوبی برخوردار است. نتایج نشان داد بین حساسیت به طرد و بی اشتہایی عصبی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ( $p<0.01$ ). همچنین بین همجوشی شناختی با بی اشتہایی عصبی رابطه مثبت و معنی داری یافت شد ( $p<0.01$ ), اما بین گسلش شناختی با بی اشتہایی عصبی رابطه معنی داری وجود نداشت ( $p>0.1$ ). اثر غیرمستقیم حساسیت به طرد به واسطه همجوشی شناختی بر بی اشتہایی عصبی مثبت و معنادار بود ( $p<0.01$ ). اما گسلش شناختی، رابطه حساسیت به طرد و بی اشتہایی عصبی را میانجی گری نکرد ( $p>0.1$ ). متخصصان حوزه سلامت روان با تکیه بر این مدل می‌توانند از مداخلات درمانی مبتنی بر همجوشی شناختی و فاصله‌گیری شناختی در اختلال بی اشتہایی عصبی استفاده کنند.

**واژه‌های کلیدی:** بی اشتہایی عصبی، حساسیت به طرد، گسلش شناختی، همجوشی شناختی

## مقدمه

اختلالات خوردن<sup>۱</sup> با مشغولیت ذهنی نسبت به غذا، وزن، و شکل بدن که منجر به رفتارهای غذایی ناسالم می‌شود، مشخص می‌شوند. اختلالات خوردن شامل: بی اشتہایی عصبی<sup>۲</sup>، پرخوری عصبی<sup>۳</sup>، اختلال پرخوری<sup>۴</sup> و سایر اختلالات خوردن<sup>۵</sup> است. این دسته از اختلالات از شرایط حاد سلامت روانی هستند که اغلب باعث اختلالات جسمی و روانی قابل توجهی می‌شوند و اغلب با یک بیماری روانپزشکی دیگر همراه هستند. درمان این اختلالات بسیار دشوار بوده و در حال حاضر مداخلات با بیشترین پشتیبانی تجربی فقط برای ۵۰ درصد بیماران کاملاً اثربخش بوده‌اند (جکینتونی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۳). همان‌طور که ذکر شد یکی از انواع اختلالات خوردن بی اشتہایی عصبی است که مربوط به ناهنجاری در الگوی تغذیه می‌شود. این اختلال با محدودیت شدید غذا، ترس شدید از افزایش وزن، و تصویر بدنی تحریف شده مشخص می‌شود. افرادی که دچار بی اشتہایی عصبی هستند ممکن است برای جلوگیری از افزایش وزن به ورزش‌های سنگین یا رفتارهای دیگری (مانند پاکسازی یا مصرف دارو) دست بزنند (بوزولا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). ملاک‌های راهنمای تشخیصی DSM5 برای بی اشتہایی عصبی شامل ۳ ویژگی اصلی است: ۱- محدودیت مصرف انرژی مداوم -۲- ترس شدید از افزایش وزن یا چاق شدن یا رفتار مداومی که در افزایش وزن احتلال ایجاد کند -۳- احتلال در وزن یا شکل بدن (ارتضایی و همکاران، ۱۳۹۸). شیوع این اختلال در هر دو جنس دیده می‌شود اما برخی از پژوهش‌ها حاکی از درصد شیوع بالاتر آن در زنان نسبت به مردان است. در ایران درصد شیوع این اختلال در زنان ۴٪ و در مردان ۳٪ گزارش شده است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میزان شیوع بی اشتہایی عصبی در دختران رایج‌تر از پسران است و این اختلال معمولاً در اواسط دهه دوم زندگی طی یک دوره رژیم غذایی سخت و پس از وقوع یک رویداد استرس‌زا در زندگی آغاز می‌شود و بعدها به صورت مزمن ادامه می‌یابد (جوهانسون<sup>۸</sup>، ۲۰۲۴). تصویر بدنی تحریف شده یکی از ویژگی‌های افراد مبتلا به این اختلال است. نوجوانان و جوانان به خصوص دختران جوان در بیشتر مواقع توجه و نگرانی ویژه‌ای به وزن و شکل ظاهری بدن خود دارند و تحت تأثیر استانداردهای بدنی رسانه‌ها قرار می‌گیرند (برهانی، ۱۴۰۲).

ظاهر جسمانی بخش مهم تصویر بدنی بوده و در فعالیت‌های اجتماعی و برقراری ارتباط تأثیرگذار است (بابایی حیدرآبادی، ۲۰۲۳). همان‌طور که در ملاک سوم این اختلال مطرح شد فرد دل‌مشغولی و نگرانی زیادی در رابطه با ویژگی‌های ظاهری و فیزیکی خود دارد و همین نگرانی در روابط فرد به خصوص در روابط صمیمانه تأثیر منفی می‌گذارد و از آنجایی که فرد احساس بی‌کفایتی و شرم شدیدی را تجربه می‌کند اغلب اوقات انتظار طرد شدن از سوی دیگران را تجربه می‌کند. این حساسیت به طرد تعاملات فرد با افراد نزدیک و همچنین فعالیت‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لویز<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). حساسیت به طرد با ویژگی‌هایی از قبیل انتظار طرد تواً با اضطراب، شناسایی سریع نشانه‌های طرد و واکنش بیش از حد به طردشدن شناخته می‌شود (گائو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس داده‌های به دست آمده از پژوهش‌ها می‌توان استنباط کرد بین تصویر بدنی و حساسیت به طرد رابطه معناداری وجود دارد (سایلان و سوییگت<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۴؛ رابعی و همکاران، ۱۴۰۱). در یک پژوهش که توسط سالاواتی<sup>۱۲</sup> (۲۰۲۳) انجام شد، دریافتند که حساسیت به طرد مستقیماً با نگرانی‌های مربوط به وزن/شکل بدن و اختلالات خوردن مرتبط است. یافته‌های آن‌ها نشان داد که ارتباط بین حساسیت به طرد و اختلال در غذا خوردن وابسته به تجربیات واقعی است. به این ترتیب مداخلاتی که حساسیت به طرد را هدف قرار می‌دهد ممکن است در درمان آسیب‌شناسی بی اشتہایی عصبی مفید باشد (سالاواتی، ۲۰۲۳). در مطالعه دیگری که بر روی افراد دچار اختلالات خوردن انجام شد، کاردی<sup>۱۳</sup> و همکاران (۲۰۱۳) به این نتیجه دست یافتند که سوگیری توجه نسبت به طرد شدن با اختلالات خوردن مرتبط بود. در نتیجه افراد مبتلا به بی اشتہایی عصبی نسبت به طردشده و اجتناب از پاداش‌های اجتماعی حساسیت بالای نشان می‌دهند. این مسئله می‌تواند به ایجاد یا تداوم اختلال بی اشتہایی عصبی کمک کند. با توجه آنچه گفته شد بین حساسیت به طرد با اختلال

1. Eating disorders  
2. Anorexia nervosa  
3. Bulimia nervosa  
4. Binge eating disorder  
5. Other eating disorders  
6. Gkintoni  
7. Bozzola  
8. johonson  
9. López  
10. Gao  
11. Saylan & Soyyigit  
12. Salvati  
13. Cardi

بی‌اشتهاایی عصبی رابطه معناداری وجود دارد (کیم<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴)، اما آنچه می‌تواند اهمیت داشته باشد بررسی متغیرهای میانجی احتمالی در روابط بین این متغیرهاست. در این پژوهش از همچوشی شناختی و گسلش شناختی به عنوان میانجی استفاده شده است، چرا که همچوشی شناختی و گسلش شناختی علاوه بر تأثیرپذیری از حساسیت به طرد (علیمرادی و تائی، ۲۰۲۴)، بر پیامدهای این پژوهش یعنی بی‌اشتهاایی عصبی تأثیر می‌گذارند (وولی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴)، لذا همچوشی شناختی و گسلش شناختی می‌توانند میانجی کننده مناسبی برای این پژوهش باشد.

همچوشی شناختی یکی از اجزای اصلی انعطاف‌نپذیری روان‌شناختی است و اغلب به عنوان یک هدف مداخله‌ای در طول جلسات روان‌درمانی روی آن کار می‌شود (حکمتی و همکاران، ۲۰۲۱). همچوشی شناختی ریشه در تئوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)<sup>۳</sup> دارد و به معنای غوطه‌ور شدن در افکار خود و در نظر گرفتن آن‌ها به‌گونه‌ای است که آن افکار واقعی و عینی به نظر می‌رسند (لیدیا<sup>۴</sup>، ۲۰۲۳). این افکار، احساسات و رفتار فرد را کنترل کرده و توجه آن‌ها را بر روی کنش‌های شناختی درونی متتمرکز می‌کنند. به عبارتی دیگر تجربیات خصوصی بر رفتار حاکم می‌شود و از تأثیرگذاری سایر منابع کنترل محرک بر رفتار پیشگیری می‌کند (کارواله<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). با توجه به این سازه شناختی فرد تحریف ادراکی واقعیت را تجربه می‌کند، بدین صورت که بین افکار خود غرق شده و در نتیجه ادراکات خود را جزئی از تجربه‌های صحیح خود قلمداد می‌کند و در تمایز بین افکار خود و تجربیات زندگی واقعی ناتوان می‌شود (باررا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). در همچوشی شناختی افراد از راهکارهای مقابله‌ای ناکارآمد هیجانی و افکار پرخطر استفاده می‌کنند (زنگ<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). اما گسلش شناختی به حالتی روان‌شناختی اطلاق می‌شود که در آن فرد با تجربه‌ی ناهمانه‌نگی یا تضاد میان دو یا چند باور، نگرش، یا ارزش خود، یا میان باورها و رفتارهایش مواجه می‌شود. این وضعیت عموماً منجر به ناراحتی یا استرس ذهنی می‌شود، زیرا افراد تمایل طبیعی به حفظ هماهنگی در سیستم شناختی خود دارند. برای کاهش این تنش، افراد ممکن است باورهای خود را تغییر دهند، رفتارشان را تعدیل کنند، یا اطلاقاتی را که این تضاد را تقویت می‌کند، نادیده بگیرند (تیوفیلیس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). پس می‌توان نتیجه گرفت همچوشی شناختی و گسلش شناختی متغیرهایی هستند که می‌توانند در رابطه بین حساسیت به طرد و اختلال بی‌اشتهاایی عصبی نقش داشته باشند. زیرا این متغیرها می‌توانند فرآیندهای روان‌شناختی مهمی را که در شکل‌گیری و تداوم بی‌اشتهاایی عصبی دارند، توضیح دهند. در حقیقت این متغیرهای میانجی می‌توانند نشان دهند که تغییر در افکار و سبک‌های شناختی چگونه می‌تواند مسیر این رابطه را تغییر دهد.

در راستای خلاصه پژوهشی موجود و اهمیت موضوع مورد مطالعه می‌توانیم بگوییم بر اساس پیشینه نظری پژوهش (سالاواتی، ۲۰۲۳)، حساسیت به طرد رابطه معناداری با اختلالات خود را به خصوص بی‌اشتهاایی عصبی دارد. اما این رابطه احتمالاً از طریق همچوشی شناختی و گسلش شناختی احتمالاً می‌تواند تحت تأثیر قرار گیرد و زمینه لازم را برای فعال شدن مکانیسم حساسیت به طرد فراهم کند. از سوی دیگر پژوهش‌های بسیاری به رابطه بی‌اشتهاایی عصبی و حساسیت به طرد پرداخته‌اند (سالاواتی، ۲۰۲۳). اما توجه اندکی به نقش متغیرهای میانجی از جمله همچوشی شناختی و گسلش شناختی داشته‌اند. لذا نویسنده‌گان مطالعه حاضر ضروری دیدند که رابطه بی‌اشتهاایی عصبی با حساسیت به طرد با توجه به نقش واسطه‌ای همچوشی شناختی و گسلش شناختی بررسی شود تا در محیط‌های بالینی، برنامه‌های درمانی و مداخلاتی موثرتری برای درمان این اختلال اتخاذ گردد. بر همین اساس هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی همچوشی شناختی و گسلش شناختی در رابطه حساسیت به طرد و بی‌اشتهاایی عصبی در دختران جوان بود.

## روش

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع تحلیل مسیر بود. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دختر دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۳ بودند. برای تعیین حجم نمونه از نظر کلاین<sup>۹</sup> (۲۰۲۳) استفاده شد که حداقل حجم نمونه ۱۲ تا ۲۰ نفر برای هر متغیر بود، اما به

1. Kim

2. Woolley

3. Acceptance and Commitment Therapy

4. Lidiya

5. Carvalho

6. Barrera

7. Zheng

8. Theofilis

9. Kline

نقش میانجی همجوشی شناختی و گسلش شناختی در رابطه حساسیت به طرد و بی اشتہایی عصبی در دختران جوان  
The mediating role of cognitive fusion and cognitive dissonance in the relationship between rejection sensitivity and ...

دلیل جبران افت آزمودنی‌ها به ۳۲۰ نفر افزایش یافت. نمونه‌گیری به روش در دسترس صورت گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها تعداد ۱۳ شرکت‌کننده به دلیل تکمیل پرسشنامه‌های ناقص از تحلیل کنار گذاشته شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: داوطلب شرکت در پژوهش، دختر بودن، حداقل سن ۱۸ سال، آگاهی از اهداف پژوهش و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. از جمله معیارهای خروج از پژوهش می‌توان به تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و پاسخ یکسان به سوالات مختلف اشاره کرد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محترمانه بوده و به صورت جمعی تحلیل خواهند شد و در هر بخش از پژوهش می‌توانستند از ادامه پژوهش انصراف دهند. درنهایت، داده‌های پژوهش به روش تحلیل مسیر و با استفاده از نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و AMOS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

### ابزار سنجش

**پرسشنامه تشخیصی اختلالات خوردن<sup>۱</sup> (EDDS):** در این پژوهش برای سنجش اختلال بی اشتہایی عصبی از مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن که توسط استیک<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۰) ساخته و طراحی شد، استفاده گردید. این ابزار دارای ۲۲ گویه و ۳ زیر مقیاس است که برای آزمودن نشانه‌های اختلال بی اشتہایی عصبی، پر اشتہایی عصبی و پرخوری طراحی شده است. نمره‌گذاری سوالات ۱، ۲، ۳ و ۴ به صورت لیکرت و ۸ امتیازی بین ۰-۷ است. این سوالات نگرش فرد را در مورد تصویر بدنش وی می‌سنجد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده نگرش ضعیفتر فرد به بدن خود است. سؤال ۵ به صورت بله یا خیر پاسخ داده می‌شود. همچنین سوالات ۱۴ و ۱۳، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۶ به صوت بله، خیر و نمی‌دانم پاسخ داده می‌شود. این سوالات میزان فقدان کنترل فرد، زیاده‌روی در غذا خوردن و متعاقب آن، رفتارهای اجتماعی فرد از اجتماع را می‌سنجد. سؤال ۷ تعداد دفعات پرخوری را به طور متوسط در هفته در طول شش ماه گذشته بین ۰-۷ روز مورد پرسش قرار می‌دهد. سؤال ۸ تعداد دفعات پرخوری را به طور متوسط در هفته در طول سه ماه گذشته بین ۰-۱۴ روز مورد پرسش قرار می‌دهد. سؤال ۹، ۱۵، ۱۶ و ۱۷ میزان رفتارهای جبرانی به صورت ایجاد استغراق عمدی، استفاده از مسهل، حذف و عده‌های غذایی، روزه گرفتن و ورزش شدید را بین ۰-۱۴ بار در طول سه ماه گذشته مورد سؤال قرار می‌دهد. در سؤال ۱۹ وزن بر حسب کیلوگرم و در سؤال ۲۰ قد بر حسب سانتیمتر مورد پرسش قرار می‌گیرد. سؤال ۲۱ تعداد دفعات از دست دادن دوره‌های قاعده‌گی را در طول سه ماه گذشته بررسی می‌کند. سؤال ۲۲ نیز مربوط به مصرف یا عدم مصرف قرص‌های جلوگیری از بارداری است که به صورت بله یا خیر به این سؤال پاسخ داده می‌شود. سازندگان اصلی (استیک و همکاران، ۲۰۰۰) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس حاضر را ۰/۹۱ گزارش نمودند. این نویسنده‌گان ضریب روایی همگرای این مقیاس با مقیاس اختلالات خوردن<sup>۲</sup> را ۰/۸۹ گزارش کردند. در ایران رضایی و همکاران (۱۳۹۴) آلفای کرونباخ برای پرسشنامه حاضر را ۰/۸۲ گزارش کردند و برای بررسی روایی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که در کل ویژگی نکوبی برازش ساختار عاملی مقیاس تشخیص اختلال خوردن، برازش مناسبی نشان داد. روایی ملکی این مقیاس با مصاحبه بالینی برای بی اشتہایی عصبی، پر اشتہایی عصبی و پرخوری به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۵ و ۰/۸۳ به دست آمد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد.

**پرسشنامه حساسیت به طرد<sup>۳</sup> (RSQ):** این پرسشنامه توسط داونی و فلدمان<sup>۴</sup> (۱۹۹۶) ساخته شد که با ۱۸ گویه دو قسمتی (الف و ب) و بر اساس مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای (۱) اصلانگران نیستم برای قسمت الف و احتمال خیلی کمی دارد برای قسمت ب، تا ۶ خیلی نگرانم برای قسمت الف و احتمال زیادی دارد برای قسمت ب) اندازه‌گیری می‌شود. حساسیت به طرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. قسمت اول سؤال در مورد میزان اضطرابی است که فرد در موقعیت مربوط به آن سؤال احساس می‌کند و قسمت ب احتمال دریافت پاسخ مثبت از طرف مقابل خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. میزان حساسیت به طرد را این‌گونه به دست می‌آید: ابتدا با کم کردن نمرات «انتظار پذیرش» در هر موقعیت (قسمت ب) از عدد ۷، «نمرات انتظار طرد» محاسبه کردند. سپس در هر موقعیت نمره‌ی انتظار طرد را در «درجه اضطراب» ضرب کرده و سپس میانگین نمرات حاصل برای ۱۸ موقعیت محاسبه می‌شود. هرچه نمره فرد بیشتر باشد نشان از حساسیت بیشتر نسبت به طرد است. داونی و فلدمان (۱۹۹۶) میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس حاضر را ۰/۸۴ و روایی همگرای این مقیاس با پرسشنامه رضایت از رابطه<sup>۵</sup> ۰/۷۳ گزارش کردند. در ایران خوشکام و همکاران (۱۳۹۳) میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس حاضر را ۰/۸۰

1. Eating Disorder Diagnostic Scale

2. Stice

3. Eating pathology scale

4. Rejection Sensitivity Questionnaire

5. Downey & Feldman

6. Satisfaction with the relationship

گزارش نمودند. همچنین نتایج مربوط به تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی در این پژوهش، نشان داد که این مقیاس از دو عامل «انتظار پاسخ» و «نگرانی از عدم پذیرش درخواست» تشکیل شده است که در مجموع ۲۸ درصد از واریانس را تبیین می‌کنند (خوشکام و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

**پرسشنامه همجوشی شناختی<sup>۱</sup> (CFQ):** پرسشنامه همجوشی شناختی گیلاندرز<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) شامل ۱۲ گویه و دو مؤلفه همجوشی شناختی (۹ گویه) و گسلش شناختی (۳ گویه) می‌باشد و بر اساس طیف ۶ درجه‌ای لیکرت (۱=هرگز تا ۶=همیشه) به سنجش همجوشی شناختی و گسلش شناختی می‌پردازد. در این مقیاس شرکت‌کنندگان هرچه نمره بالاتری بگیرند میزان همجوشی شناختی و گسلش شناختی در حد بالاتری می‌باشد. گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس حاضر را ۰/۸۰ گزارش نمودند و همچنین میزان روابی همگرای این مقیاس با پرسشنامه سبک پاسخ‌دهی نشخوارکننده<sup>۳</sup> ۰/۵۴ ذکر کردند. در ایران قوی و همکاران (۱۴۰۲) میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۵ به دست آوردند و روابی همگرای این مقیاس با پرسشنامه اختلال بدريخت انگاری بدن (۰/۶۲) و روابی واگرای این مقیاس را با مقیاس تصویر بدن (۰/۵۹) مناسب گزارش کردند (قوی و همکاران، ۱۴۰۲). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ در این پژوهش برای مقیاس حاضر به دست آمد.

## یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۳۰۷ شرکت‌کننده بود که ۲۳۱ نفر مدرک کارشناسی ارشد داشتند. میانگین سنی گروه نمونه ۲۱ سال و انحراف استاندارد آن ۱/۹ بود. جدول ۱ ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

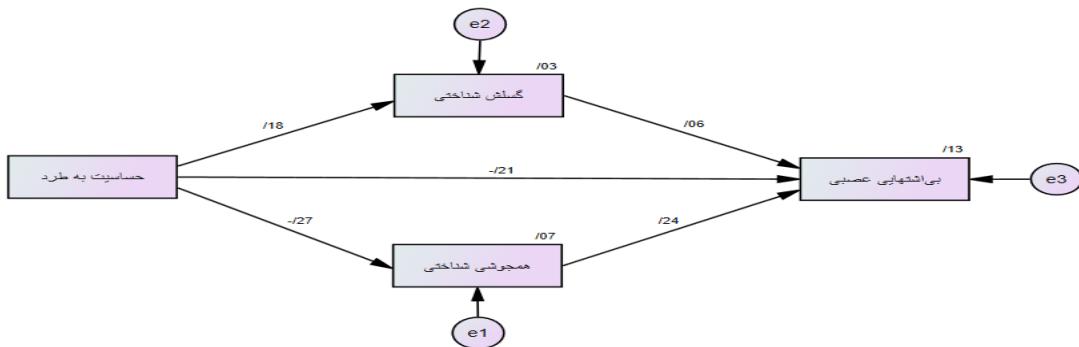
۴	۳	۲	۱	
			۱	۱. حساسیت به طرد
		۱	۰/۱۸**	۲. گسلش شناختی
	۱	۰/۰۶	-۰/۲۷**	۳. همجوشی شناختی
۱	۰/۳۰**	۰/۰۴	-۰/۲۶**	۴. بی‌اشتهايی عصبي
۹/۱۳	۲۶/۸۹	۱۱/۷۸	۱۷/۴۸	میانگین
۵/۷۶	۶/۴۱	۲/۶۴	۷/۳۰	انحراف استاندارد
۰/۳۵	۰/۳۵	۰/۲۶	۰/۵۱	کجی
-۰/۵۵	۱/۹۱	-۰/۱۳	-۰/۳۱	کشیدگی

\* P < 0/۰۵ \*\*P < 0/۰۱

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین متغیر پیش‌بین (حساسیت به طرد) و ملاک (بی‌اشتهايی عصبي) در پژوهش حاضر، همبستگی متعارف وجود دارد. در ادامه جهت برآذش مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری، از روش تحلیل مسیر استفاده شد. در این راستا مقادیر چولگی و کشیدگی حاکی از این است که متغیرهای پژوهش حاضر از توزیع نرمال برخوردار هستند چرا که تمام مقادیر در محدوده  $\pm 3$  قرار گرفته‌اند. عدم هم خطی چندگانه متغیرها با استفاده از شاخص‌های VIF و Tolerance (با مقادیر ۱/۱۲، ۱/۱۰۴، ۱/۱۰۹ و ۰/۸۹، ۰/۹۵ و ۰/۹۱ برای Tolerance) و استقلال منابع خطا (با مقدار ۰/۸۸) با استفاده از آزمون دوربین-واتسون مورد بررسی قرار گرفته و تحقق آن‌ها مورد تائید واقع شد. در ادامه مدل پژوهش در تصویر ۱ ارائه شده است. همچنین شاخص‌های برآذش این مدل در جدول ۴ ارائه شده است.

1. Cognitive Fusion Questionnaire  
2. Gillanders  
3. Ruminative response style

نقش میانجی همچو شناختی و گسلش شناختی در رابطه حساسیت به طرد و بی اشتہایی عصبی در دختران جوان  
The mediating role of cognitive fusion and cognitive dissonance in the relationship between rejection sensitivity and ...



شکل ۱: مدل اندازه‌گیری شده پژوهش

بررسی ضرایب مسیر در مدل اندازه‌گیری شده پژوهش حاضر حاکی از این است که متغیر حساسیت به طرد به عنوان متغیر برون زا (مستقل) با متغیرهای گسلش شناختی و همچو شناختی بعنوان متغیرهای میانجی رابطه معنی دار دارد. همچنین این متغیر با بی اشتہایی عصبی به عنوان متغیر درون زا (وابسته) رابطه معنی دار دارد. بعلاوه بررسی ها نشان می دهد که بین متغیر میانجی همچو شناختی با بی اشتہایی عصبی رابطه معنی دار، و در مقابل بین متغیر میانجی گسلش شناختی با بی اشتہایی عصبی رابطه غیرمعنی دار برقرار است.

جدول ۲. برآورد ضرایب اثرات مستقیم متغیرهای برون زا در متغیرهای درون زا

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضرایب استاندارد	ضرایب اثر غیراستاندارد	مقادیر t	سطح معنی داری
حساسیت به طرد	همچو شناختی	-0/27	-0/24	-4/42	+/001
حساسیت به طرد	گسلش شناختی	0/18	0/06	2/81	+/001
حساسیت به طرد	بی اشتہایی عصبی	-0/21	-0/17	-3/37	+/001
همچو شناختی	بی اشتہایی عصبی	0/24	0/21	3/88	+/001
گسلش شناختی	بی اشتہایی عصبی	0/06	0/14	1/06	+/28

مندرجات جدول ۲ نشان می دهد که اثر مستقیم حساسیت به طرد بر گسلش شناختی مثبت و معنی دار و بر همچو شناختی و بی اشتہایی عصبی منفی و معنی دار است. همچنین نتایج حاکی از این است که اثر مستقیم همچو شناختی بر بی اشتہایی عصبی مثبت و معنی دار و اثر مستقیم گسلش شناختی بر بی اشتہایی عصبی مثبت و غیرمعنی دار می باشد. در ادامه جهت بررسی اثرات غیرمستقیم از آزمون بوت استرالپ به شرح جدول ۳ استفاده شد:

جدول ۳. مقادیر اثرات غیرمستقیم با استفاده از روش بوت استرالپ

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	حد بالا	حد پایین	اندازه اثر	سطح معنی داری
حساسیت به طرد	بی اشتہایی شناختی	همچو شناختی عصبی	-0/040	-0/140	-0/081	+/0001
حساسیت به طرد	بی اشتہایی شناختی	گسلش شناختی عصبی	0/013	0/034	0/007	+/35

مندرجات جدول ۳ نشان می دهد که اثرات غیرمستقیم حساسیت به طرد بر بی اشتہایی عصبی با میانجی گری همچو شناختی منفی و معنی دار می باشد. همچنین نتایج حاکی از آن است که اثرات غیرمستقیم حساسیت به طرد بر بی اشتہایی عصبی با میانجی گری گسلش شناختی مثبت و غیرمعنی دار است. بنابراین تنها همچو شناختی قادر است که رابطه بین حساسیت به طرد و بی اشتہایی عصبی را میانجی گری کند.

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص	CMIN/DF	DF	RMSEA	GFI	NFI	AGFI	CFI	IFI
مقادیر مدل	۳/۲۲	۱	۰/۰۷	۰/۹۹	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۶	۰/۹۶
بازه قابل قبول	< ۵	-	< ۰/۰۸	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۸۰	> ۰/۸۰

مندرجات جدول ۴ حاکی از این است که مدل نظری با مدل اندازه‌گیری شده برازش نسبتاً مطلوب دارد. چرا که مقادیر بهدست آمده از شاخص‌های برازش حاکی از این است که شاخص‌های CFI، AGFI، NFI و RMSEA همه در بازه قابل قبول قرار دارند. بعلاوه بررسی شاخص RMSEA نیز حاکی از این است که مقدار بدست آمده (۰/۰۷) بنا به نظر مارش<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴)<sup>۲</sup> و هو و Bentler<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) مبنی بر اینکه مقادیر ۰/۰۵ الی ۰/۰۸ در بازه تناسب قابل قبول قرار دارند؛ در بازه قابل قبول قرار دارد. در نتیجه با در نظر گرفتن برازش مطلوب شاخص‌ها، می‌توان بیان داشت که مدل پژوهش حاضر از برازش نسبتاً مطلوبی برخوردار است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش میانجی همچو شناختی و گسلش شناختی در رابطه حساسیت به طرد و بی‌اشتهای عصبی در دختران جوان طراحی شد. طبق نتایج بهدست آمده الگوی ساختاری مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. نتایج نشان داد که حساسیت به طرد رابطه مستقیم و معنی‌داری با بی‌اشتهای عصبی دارد. این نتیجه می‌تواند با نتایج تحقیقات بابایی حیدرآبادی (۱۴۰۲)، سایلان و سوییگت (۲۰۲۴) ناهمسو و با تحقیقات کاردي و همکاران (۲۰۱۳) همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت افراد با حساسیت بالا نسبت به طرد اغلب تلاش می‌کنند رفتارهایی را که ممکن است باعث توجه منفی یا انتقاد از سوی دیگران شود، به حداقل برسانند تا میزان طردشدن را در روابط خود کاهش دهند. در نتیجه، آن‌ها ممکن است به جای محدودیت‌های شدید غذایی یا رفتارهای افراطی مرتبط، راهکارهای دیگری برای کاهش اضطراب اجتماعی یا اجتناب از طرد شدن اتخاذ کنند. برای مثال، این افراد ممکن است تمایل بیشتری به حفظ رفتارهای متعادل یا انطباقی در روابط اجتماعی داشته باشند تا توجه منفی جلب نکنند (بابایی حیدرآبادی، ۱۴۰۲). از سوی دیگر، بی‌اشتهای عصبی اغلب با نیاز به کنترل، کسب تائید یا کاهش اضطراب ناشی از احساس ناکافی بودن یا شرم همراه است. در افراد با حساسیت به طرد بالا، این نیازها ممکن است از طریق مسیرهای جایگزینی مانند اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی پرنسیپ یا تلاش برای هماهنگی و همنگی افراطی با انتظارات اجتماعی مدیریت شود. به عبارت دیگر، حساسیت بالای به طرد می‌تواند فرد را از ورود به چرخه رفتارهای مرتبط با اختلال خودن بازدارد، زیرا چنین رفتارهایی ممکن است باعث جلب توجه و در نتیجه افزایش اضطراب ناشی از طرد شود. این رابطه نشان‌دهنده تأثیر حساسیت به طرد به عنوان یک عامل محافظتی غیرمستقیم در برخی موارد است و اهمیت تنظیم هیجانات و راهبردهای مقابله‌ای در پیشگیری یا مدیریت اختلالات خودن را برجسته می‌کند (کاردي و همکاران، ۲۰۱۳).

یافه‌های پژوهش نشان داد که حساسیت به طرد رابطه مستقیم و معنی‌داری با همچو شناختی دارد. این نتیجه می‌تواند با نتایج تحقیقات علیمرادی و تائی (۲۰۲۴) ناهمسو و با تحقیقات مینیهان<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۳) و کلیچ<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت حساسیت به طرد به عنوان یک ویژگی روان‌شناختی، تمایل فرد به انتظارات اضطرابی، درک بیش از حد، واکنش شدید به طرد را نشان می‌دهد. از سوی دیگر، همچو شناختی وضعیتی است که در آن افراد افکار و باورهای خود را به عنوان واقعیت غیرقابل تغییر تلقی می‌کنند و بر اساس این افکار عمل می‌کنند، حتی اگر این افکار ناکارآمد باشند. گاهی حساسیت بالای به طرد می‌تواند موجب کاهش تمایل افراد به همچو شناختی شود. پژوهش‌ها (کلیچ و همکاران، ۲۰۲۴) نشان داده‌اند که افراد حساس به طرد، به دلیل آگاهی زیاد از نشانه‌های اجتماعی و ترس از عدم پذیرش، ممکن است تمایل کمتری به پذیرش افکار غیرمنعطف داشته باشند. در عوض، این افراد معمولاً افکار خود را در جهت مدیریت اضطراب و کاهش طرد، بازسازی می‌کنند. به عنوان مثال، تحقیقات اخیر (مینیهان و همکاران، ۲۰۲۳) نشان داده‌اند که استفاده از تکنیک‌های بازسازی شناختی و فاصله‌گیری شناختی، به این افراد کمک می‌کند افکار خود را مشاهده کنند بدون اینکه به آن‌ها چسبندگی پیدا کنند، و این مکانیسم می‌تواند حساسیت به طرد و همچو شناختی را کاهش دهد.

1. Marsh

2. Hu &amp; Bentler

3. Minihan

4. Kellis

و بدنبال این مکانیسم افراد حساس به طرد، استرس و اضطراب خود را در روابط کاهش می دهند. این یافته ها نشان می دهند که حساسیت به طرد می تواند زمینه ساز سازو کارهای انطباقی شود، مشروط بر اینکه این افراد افکارشان را کمتر به عنوان واقعیت های مطلق تلقی کنند.

این مسئله به آنها اجازه می دهد به جای واکنش مستقیم به افکار منفی، آنها را از دیدگاه منطقی تر و انعطاف پذیرتری بورسی کنند.

همچنین یافته های پژوهش نشان داد که همچوشی شناختی رابطه مستقیم و معنی داری با بی اشتھایی عصبی دارد. این نتیجه با نتایج

تحقیقات وولی و همکاران (۲۰۲۴) و اولیویرا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این نتیجه گفته می شود همچوشی شناختی به

حالی گفته می شود که فرد افکار و باورهای خود را به عنوان حقیقت مطلق در نظر گرفته و توانایی فاصله گیری از آنها را از دست می دهد. در بی اشتھایی عصبی، این وضعیت موجب می شود افکار تحریف شده و منفی درباره وزن، ظاهر و ارزش فردی، مانند «من چاق» یا « فقط

وقتی لاغر باشم ارزشمندم»، به عنوان واقعیت قطعی پذیرفته شوند. همچوشی شناختی با ایجاد ناتوانی در انعطاف پذیری شناختی، مانع از بازنگری منطقی در این باورها شده و فرد را در یک چرخه معیوب از افکار منفی و رفتارهای ناسالم گرفتار می کند (وولی و همکاران، ۲۰۲۴).

این وضعیت به تقویت رفتارهای اجباری مانند محدودیت غذایی شدید، ورزش مفرط و کنترل وسوس گونه وزن منجر می شود که در راستای کاهش موقتی اضطراب ناشی از این افکار عمل می کنند. همچوشی شناختی همچنین ارتباط نزدیکی با کمال گرایی دارد که در بی اشتھایی عصبی بسیار شایع است و منجر به تلاش مداوم برای دستیابی به استانداردهای غیرواقع بینانه لاغری می شود (اولیویرا و همکاران، ۲۰۲۴).

علاوه بر این، یافته های پژوهش نشان داد که همچوشی شناختی در رابطه بین حساسیت به طرد با بی اشتھایی عصبی نقش میانجی دارد. این نتیجه با نتایج تحقیقات وولی و همکاران (۲۰۲۴)، کلیج و همکاران (۲۰۲۴) و مینیهان و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین

این نتیجه می توان استدلال کرد حساسیت به طرد، که به ترس عمیق از عدم پذیرش و ارزیابی منفی توسط دیگران اشاره دارد، می تواند منجر به شکل گیری افکار تحریف شده ای درباره ارزش فردی و پذیرش اجتماعی شود، مانند «اگر چاق باشم، دیگران مرا نمی پذیرند». در

این شرایط، همچوشی شناختی موجب می شود که این افکار به عنوان حقیقتی قطعی پذیرفته شوند و فرد نتواند بین افکار خود و واقعیت

فاصله ایجاد کند. در نتیجه، فرد برای جلوگیری از طرد شدن و دستیابی به احساس ارزشمندی در روابط بین فردی، رفتارهای ناسالمی

مانند محدودیت غذایی شدید، ورزش های سنگین، کنترل وسوس گونه وزن و تلاش برای لاغری مفرط را به کار می گیرد، تا به انداز ایده آل و استانداردهای اجتماعی نزدیک شوند و در نتیجه احتمال طرد شده را کاهش دهند. بنابراین، همچوشی شناختی این باورهای منفی ناشی از حساسیت به طرد را تثبیت و تشدید کرده و مسیر بروز علائم بی اشتھایی عصبی را هموار می کند (کاردی و همکاران، ۲۰۱۳). لذا منطقی

است گفته شود که همچوشی شناختی در رابطه بین حساسیت به طرد با بی اشتھایی عصبی نقش میانجی دارد.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که گسلش شناختی در رابطه بین حساسیت به طرد با بی اشتھایی عصبی نقش میانجی ندارد. این نتیجه با نتایج تحقیقات ابراهیمی و موسویان خطیر (۱۴۰۱) و صادق زاده و همکاران (۱۴۰۱) کلیج و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در

تبیین این نتیجه می توان استدلال کرد گسلش شناختی یک مهارت شناختی است که به فرد اجازه می دهد از افکار منفی فاصله بگیرد و آنها را کمتر واقعی یا تأثیرگذار بداند. از سوی دیگر گسلش شناختی در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر است، اما در مورد بی اشتھایی عصبی

که ریشه های عمیق هیجانی و بدنی دارد، این مهارت به تنها قدر به تعديل اثرات حساسیت به طرد نیست. افراد حساس به طرد

بیشتر از طریق شرم بدنی، کمال گرایی و خودانتقادی به سمت بی اشتھایی عصبی سوق پیدا می کنند که این مسیرها کمتر به جدا شدن از

افکار مرتبطاند و بیشتر تحت تأثیر هیجانات و تصویر بدنی قرار دارند. در نتیجه مسیر علی بین حساسیت به طرد و بی اشتھایی عصبی

بیشتر از اینکه از طریق فرآیندهای گسلش شناختی عمل کند، از طریق عوامل هیجانی و بدنی عمل می کند (صادق زاده و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین، منطقی است گفته شود که گسلش شناختی در رابطه بین حساسیت به طرد با بی اشتھایی عصبی نمی تواند نقش میانجی داشته باشد.

این پژوهش، مانند بسیاری از مطالعات دیگر، با محدودیت هایی همراه بود. نخست، داده ها از طریق پرسشنامه های خود گزارشی و در نمونه های که به صورت خود انتخابی گردآوری شده بود به دست آمد. این روش می تواند با سوگیری های خاصی همراه باشد و دامنه نتایج را محدود کند. برای رفع این محدودیت، پیشنهاد می شود تحقیقات آینده از ابزارهای دقیق تر مانند روش های کیفی یا ترکیبی و در نمونه های بزرگ تر و نماینده تر استفاده کنند. در نهایت، با توجه به نقش معنادار میانجی گری همچوشی شناختی، پیشنهاد می شود از مداخلات درمانی متوجه کردن بر همچوشی شناختی و فاصله گیری شناختی در اختلال بی اشتھایی عصبی استفاده شود.

## منابع

- ارتضایی، ب، غفاری، ش، اسماعیلی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری بی اشتلهایی عصبی، رویش روان‌شناسی. ۶(۲)، ۲۱۷-۲۲۴.
- برهانی، پ، خالقی پور، ش، عربیضی، ح. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر سازگاری هیجانی و احساس تنها زنان مبتلا به اختلال پرخوری با ادراک طرد والدین. سلامت جامعه، ۱۷، ۱۳-۱۷. <https://doi.org/10.22123/chj.2023.327324.1858>
- خوشکام، س، بهرامی، ف، رحمت الهی، ف، و نجارپوریان، س. (۱۳۹۳). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه حساسیت به طرد در دانشجویان. پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱۷ (پیاپی ۳۳)، ۴۴-۲۴.
- ابراهیمی، س، موسویان خطیر، ا. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای حساسیت به طرد و عزت نفس در رابطه ذهن آگاهی و بهزیستی روانی نوجوانان. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۷ (۶۸)، ۱۱-۱.
- صادق زاده، م، عسکری، ز، خرمایی، ف. (۱۴۰۱). رابطه خودانتقادی و حساسیت به طرد با آشفتگی روان‌شناختی دانشجویان دختر: نقش واسطه‌ای خودخاموشی. مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۲۰، ۱۲۷-۱۵۵.
- رابعی، م، مشایخ، م، حاتمی، م، زم، ف، شعبانی، س. (۱۴۰۲). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر ارزشیابی تناسب اندام و نگرانی از عدم پذیرش درخواست در زنان متقاضی جراحی زیبایی. رویش روان‌شناسی، ۱۲ (۵)، ۱۲۸-۱۱۹.
- رضایی، م، افلاک سیر، ع، غیور، م. (۱۳۹۴). شیوع اختلال خوردن و چاقی در دانشجویان دختر دانشگاه شیراز. نشریه پژوهش پرستاری/ایران، ۱۰ (۳)، ۴۲-۳۶.
- قوی، ز، طاولی، آ، زهرائی، ش. (۱۴۰۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه هم‌جوشی شناختی-تصویر بدنی (CFQ-BI). کاربردی، ۴ (۵).
- Alimoradi, B., & Talaei, A. (2024). The Efficacy of Group Cognitive Behavioral Therapy versus Group Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Panic Disorder of Multiple Sclerosis Patients: Considering Revised Sensitivity Theory of Brain-Behavioral System. *International Journal of Body, Mind & Culture*, 11(4), 2345-5802. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v11i4.595>
- Barrera-Caballero, S., Romero-Moreno, R., del Sequeros Pedroso-Chaparro, M., Olmos, R., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., ... & Losada-Baltar, A. (2021). Stress, cognitive fusion and comorbid depressive and anxiety symptomatology in dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 36(5), 667. <https://doi.org/10.1037/pag0000624>
- Bozzola, E., Barni, S., Marchili, M. R., Hellmann, R., Giudice, E. D., De Luca, G., ... & Italian Pediatric Society Adolescent Study Group. (2024). Anorexia nervosa in children and adolescents: an early detection of risk factors. *Italian Journal of Pediatrics*, 50(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s13052-024-01796-6>
- Cardi, V., Matteo, R. D., Corfield, F., & Treasure, J. (2013). Social reward and rejection sensitivity in eating disorders: An investigation of attentional bias and early experiences. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 14(8), 622-633. <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.665479>
- Carvalho, T., Gomes, C., Rodrigues, A., & da Motta, C. (2023). Neuropathic pain, cognitive fusion, and alexithymia in patients with multiple sclerosis: Cross-sectional evidence for an explanatory model of anxiety symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 79(5), 1342-1356. <https://doi.org/10.1002/jclp.23483>
- Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*, 70(6), 1327. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1327>
- Gao, S., Assink, M., Bi, C., & Chan, K. L. (2024). Child maltreatment as a risk factor for rejection sensitivity: a three-level meta-analytic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 680-690. <https://doi.org/10.1177/15468380231162979>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gkintoni, E., Kourkoutas, E., Vassilopoulos, S. P., & Mousi, M. (2024). Clinical intervention strategies and family dynamics in adolescent eating disorders: A scoping review for enhancing early detection and outcomes. *Journal of Clinical Medicine*, 13(14), 4084. <https://doi.org/10.3390/jcm13144084>
- Hekmati, I., Abdollahpour Ranjbar, H., Eskin, M., Drake, C. E., & Jobson, L. (2021). The moderating role of experiential avoidance on the relationship between cognitive fusion and psychological distress among Iranian students. *Current Psychology*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01539-4>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Johnson-Munguia, S., Negi, S., Chen, Y., Thomeczek, M. L., & Forbush, K. T. (2024). Eating disorder psychopathology, psychiatric impairment, and symptom frequency of atypical anorexia nervosa versus anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 57(4), 761-779. <https://doi.org/10.1002/eat.23989>

نقش میانجی همجوشی شناختی و گسلش شناختی در رابطه حساسیت به طرد و بی اشتہایی عصبی در دختران جوان

The mediating role of cognitive fusion and cognitive dissonance in the relationship between rejection sensitivity and ...

- Kellij, S., Lodder, G. M., Giletta, M., Zimmer-Gembeck, M. J., Güroğlu, B., & Veenstra, R. (2024). Are there negative cycles of peer victimization and rejection sensitivity? Testing ri-CLPMs in two longitudinal samples of young adolescents. *Development and Psychopathology*, 36(2), 844-856. <https://doi.org/10.1007/s10802-024-01227-4>
- Kim, Y. R., Lee, S., & Cho, Y. S. (2024). Implication of Social Rejection in Cognitive Bias Modification Interpretation Training in Adolescents With Eating Disorders. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(2), 101. <https://doi.org/10.5765/jkacap.230066>
- Kline, R. B. (2023). Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications. [https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as\\_sdt](https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt)
- López Jr, R., Esposito-Smythers, C., Defayette, A. B., Harris, K. M., Seibel, L., & Whitmyre, E. D. (2024). Relations between discrimination, rejection sensitivity, negative affect, and decrements in problem-solving ability following social rejection: An experimental investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(2), 233-249. <https://doi.org/10.1111/sltb.13036>
- Marsh, H. W., Hau, K.-T., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 11(3), 320-341. [https://doi.org/10.1207/s15328007sem1103\\_2](https://doi.org/10.1207/s15328007sem1103_2)
- Minihin, S., Kwok, C., & Schweizer, S. (2023). Social rejection sensitivity and its role in adolescent emotional disorder symptomatology. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00555-x>
- Oliveira, M. F., Coimbra, M., & Ferreira, C. (2024). How does the experience of shame impact body dysmorphic symptomatology? Exploring the role of mindfulness and body image-related cognitive fusion. *Current Psychology*, 43(15), 13454-13464. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05385-4>
- Salvati, T., Catone, G., De Biasio, V., Gritti, A., Salerno, F., Russo, K., ... & Colombo, F. (2023). The perception of maternal and paternal rejection in anorexic patients. *Journal of Psychosocial Systems*, 7(2), 17-25. <https://doi.org/10.23823/jps.v7i2.122>
- Saylan, E., & Soyyigit, V. (2024). Body image among adolescents: what is its relationship with rejection sensitivity and self-efficacy?. *Clinical child psychology and psychiatry*, 29(2), 479-492. <https://doi.org/10.1177/13591045231188411>
- Stice, E., Telch, C. F., & Rizvi, S. L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological assessment*, 12(2), 123. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.12.3.252>
- Theofilis, P., Doumani, G., Tsatsani, G. C., Volis, N., Kampourelli, A., Thimis, V., ... & Kalaitzidis, R. (2024). The Role of Hypertension in Cognitive Dysfunction. *Journal of clinical medicine*, 13(19), 5979. <https://doi.org/10.3390/jcm13195979>
- Wagner M. E. W. (2011). Self-objectification among overweight and obese women: An application of structural equation modeling. Bowling Green State University. [http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc\\_num=bgsu1320698865](http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=bgsu1320698865)
- Woolley, M. G., Schwartz, S. E., Knudsen, F. M., Lensegrav-Benson, T., Quakenbush-Roberts, B., & Twohig, M. P. (2024). Thought-shape fusion in residential eating disorder treatment: Cognitive defusion as a mediator between thought-action fusion and treatment outcome. *Eating Behaviors*, 54, 101909. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2024.101909>
- Zheng, T., Bi, K., Tang, Y., Zeng, Y., Wang, J., & Yan, L. (2024). Cognitive fusion-targeted biopsy versus transrectal ultrasonography-guided systematic biopsy: Comparison and analysis of the risk of Gleason score upgrading. *International Urology and Nephrology*, 56(3), 981-988. <https://doi.org/10.1007/s11255-023-03848-y>