

نقش عامل‌های نگرش اجتماعی - فرهنگی به ظاهر جسمانی، کمال‌گرایی، و مشکل در نظم‌بخشی هیجان در پیش‌بینی علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات

سامان نونهال^۱، عباس پورشهباز^۲، و بهروز دولتشاهی^۳
تاریخ دریافت: ۹۴/۰۷/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۸/۲۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش عامل‌های نگرش اجتماعی - فرهنگی به ظاهر (رسانه‌های جمعی)، کمال‌گرایی، و مشکل در نظم‌بخشی هیجان در پیش‌بینی علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات بود. در چارچوب طرحی مقطعی، ۲۴۰ پرورش‌اندام‌کار مرد شهرستان گرگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. نتایج نشان داد که درونی‌سازی - کلی، اطلاعات، فشارهای اجتماعی، درونی‌سازی - ورزشکار (عامل‌های نگرش اجتماعی - فرهنگی به ظاهر)، دلویس اشتباهات بودن، انتظارات والدین، سرزنش والدین، تردید داشتن از بابت فعالیت‌ها (عامل‌های کمال‌گرایی)، عدم پذیرش، هدف‌ها، تکانشگری، راهبردها، و وضوح (عامل‌های نظم‌بخشی هیجان) با علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات ارتباط معناداری دارد. تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که درونی‌سازی - کلی، درونی‌سازی - ورزشکار، عدم پذیرش، هدف‌ها، و وضوح می‌توانند تغییرات علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات را به گونه‌ای معنادار پیش‌بینی کنند. در پژوهش حاضر، ماهیت چندوجهی و اهمیت متغیرهای اجتماعی - فرهنگی، ساختی، و هیجانی، در شکل‌گیری علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات، مورد تأکید قرار گرفت.

کلید واژه‌ها: کوچک‌انگاری عضلات، نگرش‌های اجتماعی - فرهنگی به ظاهر جسمانی، کمال‌گرایی، نظم‌بخشی هیجان

The Role of Socio-cultural Attitudes Towards Appearance, Perfectionism, and Difficulties in Emotion Regulation Factors in Prediction of Muscle Dysmorphia Symptoms

Saman Nonahal, Abbas PourShahbaz, and Behrouz Dolatshahi

Abstract

The purpose of this study was to examine the role of the socio-cultural attitudes towards appearance, perfectionism, and difficulties in emotion regulation factors in prediction of muscle dysmorphia symptoms. In a cross-sectional design, 240 male body builders of Gorgan city were selected by using purposive sampling and study questionnaires were administered. Results showed that internalization-general, information, pressures, internalization-athletic (factors of socio-cultural attitudes towards appearance), concern over mistakes, parental expectations, parental criticism, doubts about actions (factors of perfectionism), non-acceptance, goals, impulsive, strategies, and clarity (factors of emotion regulation) have a significant relationship with muscle dysmorphia symptoms. Multiple regression analyses showed that internalization-general, internalization-athletic, non-acceptance, goals, and clarity can significantly predict muscle dysmorphia symptoms. Importance and multi-aspect nature of social, cognitive, and emotional variables in formulation of muscle dysmorphia disorder were emphasized in this research.

Key words: Muscle Dysmorphia, Socio-cultural Attitudes Towards Appearance, Perfectionism, Emotion Regulation

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۲- استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران (نویسنده مسئول) Email: apourshahbaz@yahoo.com

۳- استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

مقدمه

تا حدود دو دهه پیش، تمرکز پژوهشگرانی که درباره تصویر تن^۱ به پژوهش می‌پرداختند بر چاقی و لاغری بود. نتایج پژوهش‌های آنها نشان می‌داد مردان در مقایسه با زنان، کمتر از بابت میزان چربی بدن خود نگرانها^۲، به لاغر شدن گرایش کمتری دارند، و احتمال کمتری دارد که برای کاهش وزن، سبک غذاخوردن خود را تغییر دهند. ارائه چنین نتایجی بسیاری از پژوهشگران را بر این گمان واداشت که مردان، با بدن و تصویری که از آن در ذهن خود دارند، مشکلی ندارند (مکریری^۳، ۲۰۰۷). این گمان در دنیای واقعی تأیید نشد، چون پژوهش‌ها نشان داد مردان در خصوص تصویر تن، برعکس زنان هستند. این یافته سبب شد که مفهومی تحت عنوان بی‌اشتهایی وارونه^۴ یا بیگورکسیا^۴ شکل بگیرد. تولد این مفهوم به پژوهش پوپ، کتس، و هادسون^۵ (۱۹۹۳) برمی‌گردد. برخی از شرکت‌کنندگان این پژوهش علائمی را گزارش کردند که عکس علائم بی‌اشتهایی روانی بود. آنها به جای اینکه نگران چاقی باشند، نگران بودند که مبادا حجم عضلات خود را از دست دهند. این در حالی بود که بر مبنای معیارهای عینی، قامت بسیار بلند، بدن بسیار عضلانی، و بافت چربی اندکی داشتند. آنها اذعان نمودند این اشتغال ذهنی، بر زندگی اجتماعی‌شان تأثیر منفی گذاشته است.

مفهوم بی‌اشتهایی وارونه یا بیگورکسیا دوام چندانی نیاورد، چون پوپ، گروبر، چوی، الیواریا، و فیلیپس^۶ (۱۹۹۷) مفهوم دیگری را شامل کوچک‌انگاری عضلات^۷ جایگزین آن کردند. آنها درباره این

جایگزینی بیان نمودند مفهوم کوچک‌انگاری عضلات در مقایسه با مفهوم قبلی، هر دو جنس را دربر می‌گیرد و دقیق‌تر است. این پژوهشگران ویژگی اصلی کوچک‌انگاری عضلات را اشتغال ذهنی مزمن به این فکر ذکر کردند که بدن فرد آن‌طور که باید و شاید عضلانی نیست.

در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۸ (دی.اس.ام-۵) طبقه‌ای وجود دارد که به نام وسواس فکری-عملی و اختلال‌های وابسته به آن^۹ یکی از اختلال‌هایی که در این طبقه جای دارد، اختلال بدشکلی بدن^{۱۰} است. در یکی از زیربخش‌های این اختلال آمده است که:

کوچک‌انگاری عضلات، یکی از زیرشاخه‌های اختلال بدشکلی بدن، تقریباً فقط در مردان بروز پیدا می‌کند و شامل این ملاک است که فرد گمان می‌کند بدنش خیلی ریز است و آن‌طور که باید و شاید، عضلانی نیست. مبتلایان به آن، در واقع، بدنی متناسب و حتی بسیار عضلانی دارند. آنها ممکن است درباره نواحی دیگر بدن خود (از قبیل پوست و مو) نیز اشتغال ذهنی داشته باشند. اغلب مبتلایان به کوچک‌انگاری عضلات، رژیم‌های غذایی سفت و سخت می‌گیرند و در پرداختن به تمرین، با یا بدون وزنه، افراط می‌کنند. این رفتارها گاهی اوقات صدمات بدنی را به همراه دارد. برخی از مبتلایان، برای بزرگتر و عضلانی شدن، به مصرف استروئیدهای آنابولیک و مکمل‌های غذایی مختلف روی می‌آورند.

در تلاش برای تعریف هر چه بهتر ملاک‌ها و ویژگی‌های این اختلال، مدل‌های مختلفی تدوین شده است. عده‌ای بر این عقیده‌اند که عوامل اجتماعی-فرهنگی باعث می‌شود اختلال

1. body image
2. McCreary
3. reverse anorexia
4. bigorexia
5. Pope, Katz, & Hudson
6. Gruber, Choi, Olivardia, & Phillips
7. muscle dysmorphia

8. The Fifth Edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

9. Obsessive-Compulsive and Related Disorders

10. body dysmorphic disorder

پژوهش ریدی، واتکینز، و کاردینال^۹ (۲۰۱۱) نشان داد که تأثیرهای اجتماعی- فرهنگی، علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات را هم در مردان و هم در زنان، به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند. در پژوهشی دیگر نیز نتایج نشان داد که عزت نفس پایین، مشکل در نظم‌بخشی هیجان، و کمال‌گرایی می‌توانند به طور معناداری علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات را پیش‌بینی کنند (مورای، ریگر، کارلف، و توز^{۱۰}، ۲۰۱۳).

در پژوهشی که درباره نارضایتی از بدن در ایالات متحده انجام شد مشخص گردید که بیش از ۹۰ درصد دانشجویان پسر نواحی شمال مرکزی، شمال غربی، و جنوب غربی، از وضع عضلات بدنشان ناراضی هستند (فردیک^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۷).

نارضایتی از وضع عضلات فقط به ایالات متحده اختصاص ندارد. نتایج پژوهشی بین فرهنگی که مردان جوان استرالیایی، فرانسوی، و امریکایی را هدف قرار داده بود، نشان داد نارضایتی از بدن در سایر کشورها نیز شیوع بالایی دارد (پوپ و همکاران، ۲۰۰۰). تمایل مفرط به افزودن بر حجم عضلات، به عنوان یکی از پیامدهای اختلال کوچک‌انگاری عضلات، ممکن است افراد را با خطرهای روان‌شناختی، محیطی، و زیستی روبه‌رو سازد (کفری^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین تمایل به کسب آرمان عضلانی بودن و سکتة قلبی، نارسایی کلیه، از دست رفتن آب بدن (لنتز و همکاران، ۲۰۰۱)، مصرف داروهای غیر مجاز (رومن، ۲۰۰۹)، گرفتن رژیم غذایی سفت و سخت (مک‌بری و سس^{۱۳}، ۲۰۰۲)، رفتارهای خودکشانه

کوچک‌انگاری عضلات بروز پیدا کند (پوپ و همکاران، ۱۹۹۷). آنها معتقدند اختلال مذکور هنگامی بروز پیدا می‌کند که مردان با این فشار اجتماعی مواجه می‌شوند که باید به شیوه خاصی - یعنی، عضلانی‌پیکر- در اجتماع ظاهر شوید (الیواردیا، ۲۰۰۱). تبیین این دسته از پژوهشگران آن است که جایگشت ارزش‌های فرهنگی از هویت شغلی به هویت جسمی، بسیاری از مردان را ترغیب نموده است که برای تمیز دادن خود از زنان، درصدد برآیند تا چربی‌های بدن خود را کاهش دهند، بر توده عضلانی خود بیفزایند، و بدنی عضلانی درست کنند (کلین^۱، ۱۹۹۳؛ پیپلز^۲، ۲۰۰۱؛ پتری^۳ و دیگران، ۱۹۹۶؛ به نقل از باگورست و لیرج، ۲۰۰۹). عده‌ای دیگر این نظریه را مطرح نموده‌اند که اختلال کوچک‌انگاری عضلات در نتیجه تعامل بین عزت نفس^۴ پایین و نارضایتی یا ادراک غلط از بدن، در ادغام با عوامل زیستی و اجتماعی، به وجود می‌آید (لنتز، ری، و میهوه^۵، ۲۰۰۱). گریو^۶ (۲۰۰۷) برای اختلال کوچک‌انگاری عضلات، مدلی مفهومی مطرح کرده است و بیان می‌دارد مهم‌ترین متغیرهایی که در شکل‌گیری این اختلال نقش دارد، عبارت‌اند از تحریف ادراک از بدن خویش، نارضایتی از بدن خویش، و درون‌سازی تصویری آرمانی از بدن. این سه متغیر در کنار متغیرهای کمال‌گرایی^۷، عاطفه منفی^۸، عزت نفس پایین، و فشار رسانه‌ها، به نظر می‌رسد که باعث می‌شود اختلال کوچک‌انگاری عضلات بروز پیدا کند. مبتنی بر مدل گریو، پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. برای مثال،

1. Klein
2. Peoples
3. Petrie
4. self-esteem
5. Lantz, Rhea, & Mayhew
6. Grieve
7. perfectionism
8. negative affect

9. Readdy, Watkins, & Cardinal
10. Murray, Rieger, Karlov, & Touyz
11. Frederick
12. Cafri
13. Sasse

جسمانی، کمال‌گرایی، و مشکل در نظم‌بخشی هیجان را در پیش‌بینی علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات، بررسی کند.

روش پژوهش

شرکت‌کنندگان

جامعه این پژوهش، تمام ورزشکاران مرد رشته پرورش‌اندام در شهرستان گرگان بودند. در چارچوب طرح مقطعی، ۲۴۰ نفر از ورزشکاران مرد رشته پرورش‌اندام، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۵/۲۵ و انحراف معیار آن ۶/۳۹ بود. ۸۳/۳ درصد از این ورزشکاران مجرد بودند و ۱۶/۷ متأهل. افزون بر این، ۱۹/۶ درصد از آنها کمتر از یک‌سال، ۳۴/۲ درصد بین یک تا دو سال، و ۴۶/۲ درصد بیش از دو سال بود که به ورزش پرورش‌اندام می‌پرداختند.

ابزار

پرسش‌نامه اختلال کوچک‌انگاری عضلات (ام.دی.دی.آی) (هیلدبرانت، لنگدباچر، اشلاند^۵، ۲۰۰۴). ۱۳ گزاره دارد که نشانگان اختلال کوچک‌انگاری عضلات را می‌سنجد. پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱ «هرگز» تا ۵ «همیشه») نمره‌گذاری می‌شود. دارای سه خرده‌مقیاس رانۀ افزودن بر حجم عضلات^۶، عضلات^۷، تحمل نکردن ظاهر جسمانی^۷، و لطمه به عملکردهای اجتماعی^۸ است. این پرسش‌نامه را مردانی می‌توانند پر کنند که حداقل شش ماه به تمرینات با وزنه پرداخته‌اند. آلفای کرونباخ کلی این پرسش‌نامه ۰/۸۱، رانۀ افزودن بر حجم عضلات

(کانایاما^۱، پوپ، کوهن، و هادسون، ۲۰۰۳)، تمرین مفرط، و اعتیاد یا وابستگی به تمرین (پوپ و همکاران، ۲۰۰۰)، رابطه معناداری وجود دارد. علاقه‌مندی به پرورش‌اندام چون روز به روز در حال افزایش است، شواهد پژوهشی پیشنهاد می‌کند شمار جوانها ی که از ظاهر جسمانی خود ناراضی می‌شوند نیز در حال افزایش است. نارضایتی آنها از این بابت است که بدنشان آن‌چنان که باید و شاید عضلانی نیست (مازلی^۲، ۲۰۰۹).

با توجه به مطالب ذکر شده، به دلیل اینکه بروز اختلال کوچک‌انگاری عضلات، پیامدهای منفی بسیاری به همراه دارد و احتمال می‌رود در کشورهای مختلف شیوع بالایی داشته باشد، شناسایی همسته‌ها و متغیرهای پیش‌بین آن، به دست‌اندرکاران حوزه سلامت روان کمک می‌کند تا با استفاده از مداخلات مناسب، در صدد مقابله مؤثر با آن برآیند.

در نخستین پژوهشی که در ایران درباره کوچک‌انگاری عضلات انجام شد، نتایج نشان داد که رسانه‌های جمعی^۳ (نگرش‌های اجتماعی - فرهنگی به به ظاهر جسمانی)، کمال‌گرایی، و مشکل در نظم‌بخشی هیجان^۴، به طور معناداری علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات را پیش‌بینی می‌کنند (نونهال، پورشهباز، دولتشاهی، و امیدیان، ۲۰۱۴). سؤالی که در این‌جا مطرح می‌شود آن است که کدام عامل‌های نگرش‌های اجتماعی - فرهنگی به ظاهر جسمانی، کمال‌گرایی، و مشکل در نظم‌بخشی هیجان، علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کنند؟ در واقع، هدف پژوهش حاضر این بود که نقش عامل‌های نگرش‌های اجتماعی - فرهنگی به ظاهر

5. Hildebrandt, Langenbucher, & Schlundt

6. drive for size

7. functional impairment

8. appearance intolerance

1. Kanayama

2. Mosley

3. media

4. difficulties in emotion regulation

به ترتیب عبارت بود از ۰/۶۷، ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۵۸، ۰/۵۱ و ۰/۸۰.

مقیاس نگرش‌های اجتماعی- فرهنگی به ظاهر جسمانی-۳ (اس.ای.تی.ای.کیو-۳) (تامپسون، وندن برگ، روئریگ، گاردا، و هینبرگ، ۲۰۰۴). ۳۰ گزاره دارد که تأثیر عوامل اجتماعی در ظاهر جسمانی را می‌سنجد. پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱ «کاملاً مخالفم» تا ۵ «کاملاً موافقم») نمره‌گذاری می‌شود. ۴ خرده‌مقیاس دارد که عبارت‌اند از درونی‌سازی- کلی^۱، اطلاعات^۲، فشارهای اجتماعی^۳، و درونی‌سازی- ورزشکار^۴. آلفای کرونباخ کلی این مقیاس، ۰/۹۴، درونی‌سازی- کلی^۱، اطلاعات^۲، فشارهای اجتماعی^۳ و ورزشکار^۴ ۰/۸۹، به دست آمده است (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر نیز پایایی این آزمون به روش همسانی درونی محاسبه شد که آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۹۱ بود. آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها نیز محاسبه شد که به ترتیب عبارت بود از ۰/۸۲، ۰/۷۷، ۰/۶۹ و ۰/۷۳.

مقیاس مشکل در نظم‌بخشی هیجان (دی.ای.آر.اس) (گراتز و رومر^{۱۵}، ۲۰۰۴). ۳۶ گزاره دارد و داری شش خرده‌مقیاس (۱) عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (عدم پذیرش^{۱۶})، (۲) مشکل در درگیر شدن در رفتار هدفمند (هدف‌ها^{۱۷})، (۳) مشکل در کنترل تکانه (تکانشگری^{۱۸})، (۴) فقدان آگاهی

۰/۸۵، تحمل نکردن ظاهر جسمانی ۰/۷۷، و لطمه به عملکردهای اجتماعی ۰/۸۰ به دست آمده است (جوندا^۱، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی این آزمون به روش همسانی درونی محاسبه شد که آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۷۰ بود. آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها نیز محاسبه شد که به ترتیب عبارت بود از ۰/۶۹، ۰/۵۳، ۰/۷۱ و ۰/۷۱.

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی^۲ (ام.پی.اس) (فراست، مارتین، لاهارت، و روزنبلیت^۳، ۱۹۹۰). این پرسش‌نامه ۳۵ و شش خرده‌مقیاس دارد که عبارت‌اند از: ۱) دلواپس‌اشتباهات بودن^۴، ۲) معیارهای شخصی^۵، ۳) انتظارات والدین^۶، ۴) سرزنش والدین^۷، والدین^۸، ۵) تردید داشتن از بابت فعالیت‌ها^۹، و ۶) سازمان‌دهی^{۱۰}. پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱ «کاملاً موافقم» تا ۵ «کاملاً مخالفم») نمره‌گذاری می‌شود. به علاوه، نمره کمال‌گرایی کلی از حاصل جمع نمره ۳۵ گزاره، به دست می‌آید. نمره بالا در این مقیاس حاکی از کمال‌گرایی بالای فرد در حیطه مورد نظر است. آلفای کرونباخ کلی مقیاس مذکور، ۰/۹۰، دلواپس‌اشتباهات بودن ۰/۸۸، معیارهای شخصی ۰/۸۳، انتظارات والدین ۰/۸۴، سرزنش والدین ۰/۸۴، تردید داشتن از بابت فعالیت‌ها ۰/۷۷، و سازمان‌دهی ۰/۹۳ به دست آمده است (فراست و همکاران، ۱۹۹۰). در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی محاسبه شد که آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۸۰ بود. آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها نیز محاسبه شد که

10. The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3
11. Internalization-General
12. Information
13. Pressures
14. Internalization-Athlete
15. Gratz & Roemer
16. Nonacceptance
17. Goals
18. Impulsive

1. Jonda
2. Multidimensional Perfectionism Scale
3. Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate
4. concern over mistakes
5. personal standards
6. parental expectations
7. parental criticism
8. doubts about actions
9. organization

هیجانی (آگاهی^۱)، (۵) دسترسی محدود به راهبردهای راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی (راهبردها^۲)، و (۶) فقدان وضوح هیجانی (وضوح^۳) است. نتایج مربوط به به تحلیل عاملی نشان داده است که شش خرده‌مقیاس آن، ۵۵/۶۸ درصد از واریانس متغیر مورد نظر را تبیین می‌کنند... آلفای کرونباخ کلی این پرسش‌نامه ۰/۹۳، عدم پذیرش ۰/۸۵، هدف‌ها ۰/۸۹، تکانشگری ۰/۸۶، آگاهی ۰/۸۰، راهبردها ۰/۸۸ و وضوح ۰/۸۴ به دست آمده است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر نیز پایایی این آزمون به روش همسانی درونی محاسبه شد که آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۸۸ بود. آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها نیز محاسبه شد که به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۳، ۰/۸۰، ۰/۸۰، ۰/۵۳، ۰/۷۶ و ۰/۶۶.

شیوه گردآوری داده‌ها

برای اجرای این پژوهش در ابتدا لازم بود تمام پرسش‌نامه‌های مذکور به فارسی برگردانده شود و نسخه فارسی از لحاظ محتوایی مورد بررسی قرار گیرد. از این رو، پژوهشگر آنها را، قبل از اجرا، به فارسی ترجمه کرد و برای اینکه از درستی آن اطمینان حاصل کند و نقایص احتمالی را رفع و رجوع نماید، نسخه فارسی را به همراه نسخه انگلیسی به پنج تن از استادان روان‌شناسی و افراد صاحب صلاحیت، در این زمینه، سپرد و با توجه به نظر آنها حک و اصلاح کرد. سپس، پرسش‌نامه‌ها با نظارت پژوهشگر در پنج باشگاه بدنسازی شهرستان گرگان، بر روی پرورش‌اندام‌کارانی که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، اجرا و تکمیل شد. یعنی، پژوهشگر توضیح مختصری درباره پژوهش و هدف آن به افراد می‌داد. پس از تمایل اولیه، به آنها، برگه رضایت‌نامه پژوهش داده می‌شد. سپس، در صورت موافقت نهایی،

1. Awareness
2. Strategies
3. Clarity

پرسش‌نامه‌ها را دریافت و پر می‌کردند. از سوی دیگر، قبل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، به هر یک از شرکت‌کنندگان، توضیح مختصری درباره نحوه پاسخ‌دهی داده می‌شد. پرسش‌نامه‌ها در خود باشگاه‌ها و به صورت فردی پر می‌شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، هر یک از آنها را پژوهشگر واری می‌کرد تا هیچ پرسش‌نامه‌ای بدون پاسخ نمانده باشد. در صورتی که برخی از گزاره‌های پرسش‌نامه‌ها، بی‌پاسخ باقی می‌ماند، با دادن توضیحات لازم، پرسش‌نامه برگردانده می‌شد تا به طور کامل تکمیل شود. در نتیجه، پرسش‌نامه ناقصی به دست پژوهشگر نرسید. در نهایت، پس از اجرای کامل پرسش‌نامه‌ها، تعداد ۲۴۰ بسته، مورد تحلیل قرار گرفت.

روش‌های پردازش داده‌ها

در این پژوهش، از روش همبستگی پیرسون برای تعیین رابطه بین عامل‌های متغیرهای پیش‌بین (نگرش‌های اجتماعی- فرهنگی به ظاهر جسمانی، کمال‌گرایی، و نظم‌بخشی هیجانی) و ملاک (علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات) استفاده شد. همچنین، از تحلیل رگرسیون چندگانه برای تعیین رابطه و وزن (سهام) متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین و ملاک در جدول ۱ بیان شده است. ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین درونی‌سازی- کلی (۰/۱۹)، اطلاعات (۰/۱۴)، فشارهای اجتماعی (۰/۲۶)، درونی‌سازی- ورزشکار (۰/۳۶)، دلواپس اشتباهات بودن (۰/۲۸)، انتظارات والدین (۰/۱۲)، سرزنش والدین (۰/۲۵)، تردید از بابت فعالیت‌ها (۰/۲۰۹)، عدم پذیرش (۰/۴۴)، هدف‌ها (۰/۳۴)، تکانشگری (۰/۲۶)، راهبردها (۰/۳۹)، و وضوح (۰/۳۰۵) با علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات رابطه معناداری

وجود دارد (جدول ۲).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای نگرش اجتماعی- فرهنگی به ظاهر جسمانی، کمال‌گرایی، و نظم‌بخشی هیجان و علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
درونی‌سازی- کلی	۲۵/۴۵	۵/۵۷
اطلاعات	۲۵/۱۶	۶/۳۴
فشارهای اجتماعی	۲۰/۲۳	۶/۰۶
درونی‌سازی- ورزشکار	۱۲/۴۵	۳/۸۱
دل‌وایس اشتباهات بودن	۲۰/۱۹	۴/۵۹
معیارهای شخصی	۲۵/۱۲	۴/۲۲
انتظارات والدین	۱۵/۵۹	۳/۹۹
سرزنش والدین	۹/۵۶	۲/۸۷
تردید داشتن از بابت فعالیت‌ها	۱۱/۶۹	۲/۶۵
سازماندهی	۲۴/۶۹	۳/۸۷
عدم پذیرش	۱۴/۴۰۳	۴/۷۷
هدف‌ها	۱۴/۱۴	۴/۵۴
تکانشگری	۱۲/۶۴	۵/۰۰۲
آگاهی	۱۲/۳۷	۳/۱۹
راهبردها	۱۸/۱۰۹	۵/۸۱
وضوح	۹/۷۶	۳/۱۲
علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات	۲۹/۷۸	۷/۴۱

جدول ۲. همبستگی بین عامل‌های متغیرهای نگرش‌های اجتماعی- فرهنگی به ظاهر جسمانی، کمال‌گرایی، و نظم‌بخشی هیجان و علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷
درونی‌سازی- کلی (۱)																	
اطلاعات (۲)	۰/۵۶**																
فشارهای اجتماعی (۳)	۰/۶۴**	۰/۵۶**															
درونی‌سازی- ورزشکار (۴)	۰/۷۳**	۰/۵۶**	۰/۶۰۷**														
دلواپس اشتباهات بودن (۵)	۰/۲۸**	۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۰۶													
معیارهای شخصی (۶)	۰/۲۴**	۰/۲۹**	۰/۲۲**	۰/۱۴*	۰/۲۱**												
انتظارات والدین (۷)	۰/۱۴*	۰/۱۵**	۰/۱۹**	۰/۰۹	۰/۲۴**	۰/۲۴**											
سرزنش والدین (۸)	۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۴۰۹**	۰/۱۳*	۰/۳۲**										
تردید داشتن از بابت فعالیت‌ها (۹)	۰/۱۸**	۰/۲۱**	۰/۲۰۹**	۰/۰۴	۰/۴۱**	۰/۱۵**	۰/۱۹**	۰/۲۶**									
سازماندهی (۱۰)	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۰۶	۰/۰۷	۰/۱۱*	۰/۳۹**	۰/۱۰۴	۰/۱۳*	۰/۰۳								
عدم پذیرش (۱۱)	۰/۰۷	۰/۱۸**	۰/۱۶**	۰/۰۱	۰/۲۸**	۰/۰۱	۰/۲۵**	۰/۰۸	۰/۱۳*	۰/۰۳							
هدف‌ها (۱۲)	۰/۲۳**	۰/۲۱**	۰/۲۹**	۰/۱۶**	۰/۱۷**	۰/۰۳	۰/۱۰۳	۰/۱۶**	۰/۱۶**	۰/۱۲*	۰/۴۶**						
تکانشگری (۱۳)	۰/۱۱*	۰/۰۹	۰/۱۹**	۰/۰۴	۰/۲۰۵**	۰/۰۴	۰/۱۳*	۰/۱۶**	۰/۰۴	۰/۱۸**	۰/۴۸**	۰/۰۳**					
آگاهی (۱۴)	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۲۱**	۰/۱۹**	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۳۰۵**	۰/۰۹	۰/۰۵	۰/۰۳				
راهبردها (۱۵)	۰/۱۶**	۰/۱۹**	۰/۲۶**	۰/۰۸	۰/۳۰۱**	۰/۰۲	۰/۱۴**	۰/۱۹**	۰/۱۹**	۰/۱۵**	۰/۵۸**	۰/۵۸**	۰/۵۸**	۰/۰۴			
وضوح (۱۶)	۰/۰۹	۰/۱۱*	۰/۲۶**	۰/۰۸	۰/۳۰۱**	۰/۰۲	۰/۱۴**	۰/۲۳**	۰/۱۹**	۰/۱۵**	۰/۲۵**	۰/۱۸**	۰/۱۸**	۰/۳۱**	۰/۳۳**		
علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات (۱۷)	۰/۱۹*	۰/۱۴*	۰/۲۶**	۰/۲۶**	۰/۲۸**	۰/۱۰۳	۰/۱۳*	۰/۲۵**	۰/۲۰۹**	۰/۰۹	۰/۴۴**	۰/۳۴**	۰/۲۶**	۰/۰۸	۰/۳۹**	۰/۳۰۵**	۰/۰۱

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

۰/۳۹۶، درونی‌سازی- کلی با وزن ۰/۱۹۷- و درونی‌سازی- ورزشکار با وزن ۰/۷۷۲ نشان داد که این متغیرها به طور معناداری می‌توانند تغییرات مربوط به علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات را پیش‌بینی کنند. در صورت تعمیم این نتایج به جامعه پژوهش، وزن این متغیرها به ترتیب برای عدم پذیرش، هدف‌ها، وضوح، درونی‌سازی- کلی، و درونی‌سازی- ورزشکار برابر با ۰/۲۳۹، ۰/۱۷۴، ۰/۱۶۶، ۰/۲۰۱- و ۰/۳۹۷ خواهد بود. به این ترتیب، هر قدر درونی‌سازی- کلی کمتر و عدم پذیرش، هدف‌ها، وضوح، و درونی‌سازی- ورزشکار بیشتر باشد، احتمال بروز علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات افزایش خواهد یافت.

مؤلفه‌های سازماندهی، معیارهای شخصی، و آگاهی، چون با علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات همبستگی معناداری نداشتند، وارد تحلیل رگرسیون نشدند. بین متغیرهای درونی‌سازی- کلی، اطلاعات، فشارهای اجتماعی، درونی‌سازی- ورزشکار، دلواپس اشتباهات بودن، انتظارات والدین، سرزنش والدین، تردید داشتن از بابت فعالیت‌ها، عدم پذیرش، هدف‌ها، تکانشگری، راهبردها، و وضوح با علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات رابطه معناداری وجود داشت، و در مجموع ۳۶/۱ درصد از علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات را تبیین کردند. در صورت تعمیم نتایج نمونه پژوهش به جامعه اصلی، این متغیرها قادر بودند ۳۲/۳ درصد از واریانس علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات را تبیین کنند (جدول ۳).

بر اساس جدول ۴، عدم پذیرش با وزن (سه‌م) ۰/۳۷۱، هدف‌ها با وزن ۰/۲۸۴، وضوح با وزن

جدول ۳. تحلیل واریانس و خلاصه مدل پیش‌بینی علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات

مدل رگرسیون	مجذور مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	اف	سطح معناداری	آر	آر دو
رگرسیون باقیمانده کل	۴۵۶۸/۴۷۹	۱۳	۳۵۱/۴۲۱	۹/۴۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱	۰/۳۶۱
	۸۰۸۵/۰۸۶		۳۷/۲۵۸				
	۱۲۶۵۳/۵۶۵						

جدول ۴. ضرایب علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات

مدل رگرسیون	بی	بتا	تی	سطح معناداری
عدد ثابت	۷/۹۳۷		۲/۶۲۹	۰/۰۰۹
عدم پذیرش	-۰/۳۷۱	-۰/۲۳۹	۳/۳۴۷	۰/۰۰۱
هدف‌ها	-۰/۲۸۴	۰/۱۷۴	۲/۰۶۵	۰/۰۴۰
تکانشگری	-۰/۱۳۳	-۰/۰۹۰	-۱/۰۷۸	۰/۲۸۲
راهبردها	-۰/۰۷۲	۰/۰۵۶	۰/۷۰۰	۰/۴۸۵
وضوح	۰/۳۹۶	۰/۱۶۶	۲/۷۴۳	۰/۰۰۷
درونی‌سازی- کلی	-۰/۱۹۷	-۰/۲۰۱	-۲/۲۱۹	۰/۰۲۸
درونی‌سازی- ورزشکار	۰/۷۷۲	۰/۳۹۷	۴/۵۳۱	۰/۰۰۱
فشارهای اجتماعی	۰/۰۱۷	۰/۰۱۴	۰/۱۷۷	۰/۸۶۰
اطلاعات	-۰/۰۳۳	-۰/۰۲۰	-۰/۲۷۲	۰/۷۸۶
دلواپس اشتباهات بودن	-۰/۰۷۵	۰/۰۴۷	۰/۶۷۷	۰/۴۹۹
انتظارات والدین	-۰/۰۷۰	۰/۰۳۸	۰/۶۳۱	۰/۵۲۸
سرزنش والدین	-۰/۱۴۷	۰/۰۵۷	۰/۸۸۱	۰/۳۸۰
تردید داشتن از بابت فعالیت‌ها	-۰/۰۵۵	۰/۰۲۰	۰/۳۱۸	۰/۷۵۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش عامل‌های نگرش اجتماعی- فرهنگی به ظاهر جسمانی (رسانه‌های جمعی)، کمال‌گرایی، و مشکل در نظم‌بخشی هیجان در پیش‌بینی علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات بود. پژوهش‌های مختلف بر تأثیر رسانه‌های جمعی در بروز علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات مهر تأیید زده‌اند؛ اما سؤال اصلی این است که رسانه‌های جمعی چگونه اعمال اثر می‌کنند. یکی از متغیرهایی که در پژوهش‌ها نشان داده شده در اثرگذاری رسانه‌های جمعی نقش دارد، درونی‌سازی است. درونی‌سازی، در این بافتار، فرایندی است که طی آن فرد تصویر تنی را که از لحاظ اجتماعی آرمانی تلقی می‌شود، به عنوان هدف و معیار شخصی برمی‌گزیند (کارلسون جونز، ۲۰۰۴). همسو با نتایج پژوهش حاضر، تامپسون و استیس^۲ (۲۰۰۱) در پژوهش خود دریافتند درونی‌سازی یکی از عوامل خطر ساز در ابتلای افراد به اختلال‌های مرتبط با تصویر تن است. با این حال، در پژوهشی دیگر که نمونه آن را پسران و دختران تشکیل دادند نتایج نشان داد درونی‌سازی از طریق رسانه‌های جمعی (مجلات) فقط با نارضایتی از تصویر تن در دختران رابطه دارد (جونز، ویگفسدوتیر و لی، ۲۰۰۴). یعنی، نتایج پژوهش حاضر همسو با نتیجه‌ای نیست که در پژوهش اخیر به دست آمده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش جوندا^۳ (۲۰۰۷)، کارسیا و کرودر^۴ (۲۰۰۹)، و گراماس و شوارتز^۵ (۲۰۰۹) همسو است. نتایج پژوهش‌های مذکور نشان داد که درونی‌سازی پیام‌های صادره از رسانه‌های جمعی، بروز

علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات، و نارضایتی از تصور تن را- به عنوان محور این اختلال- به گونه‌ای معنادار پیش‌بینی می‌کند. با توجه به مطالب گفته شده می‌توان چنین گفت که پیام‌های صادره از رسانه‌های جمعی، با درونی‌سازی معیار جذابیت فرهنگی- اجتماعی، تصویر تن افراد را آماج قرار می‌دهند. این امر سبب می‌شود که افراد مستعد، به اختلال تصویر تن مبتلا شوند. اما یک سؤال، چرا درونی‌سازی- کلی علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات را به طور منفی پیش‌بینی می‌کند و درونی‌سازی- عضلانی به طور مثبت؟ جواب این سؤال راحت است؛ چون پیام‌هایی که بدن‌های عضلانی را بدن آرمانی معرفی می‌کند، فرد را نسبت به عضلات خود و حجم آنها حساس می‌کند و به تدریج بر این گمان می‌کند که بدنش خیلی ریز است و آن چنان که باید و شاید عضلانی نیست (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که برخی از عامل‌های مشکل در نظم‌بخشی هیجان (عدم پذیرش، هدف‌ها، و وضوح) می‌توانند به طور معناداری بروز علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات را پیش‌بینی کنند. در سال‌های اخیر، برای تبیین مسائل و اختلال‌های روانی، رویکرد فراتشخیصی شکل گرفته است. از نظرگاه این رویکرد، مشکل در نظم‌بخشی هیجان، نقشی اساسی در شکل‌گیری و تداوم اختلال روانی ایفا می‌کند. یکی از مفاهیم مهم در رویکرد فراتشخیصی، اجتناب تجربه‌ای^۶ است. اجتناب تجربه‌ای به رفتاری اشاره دارد که برای گریز یا اجتناب از تجارب روان‌شناختی (از قبیل افکار، هیجان‌ها، و حس‌های بدنی ناخوشایند) صورت می‌گیرد. رفتار مذکور سعی می‌کند شکل، فراوانی، شدت، یا حساسیت موقعیتی تجارب روان‌شناختی را

1. Jones
2. Stice
3. Jones, Vigfusdottir, & Lee
4. Karazsia & Crowther
5. Grammas & Schwartz

6. experiential avoidance

در پژوهش حاضر، ماهیت چندوجهی و اهمیت متغیرهای اجتماعی، شناختی، و هیجانی، در شکل‌گیری علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات، مورد تأکید قرار گرفت. همچنین، معلوم شد که علاوه بر عوامل مهمی چون رسانه‌های جمعی، نارضایتی از بدن، عزت نفس پایین، و ... مشکل در نظم‌بخشی هیجان‌های منفی و در واقع، استفاده از راهبردهای نامناسب برای نظم‌بخشی به آنها، از جمله عوامل اصلی در بروز علائم و نشانه‌های این اختلال است.

منابع

1. Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
2. Baghurst, T., & Lirgg, C. (2009). Characteristics of muscle dysmorphia in male football, weight training, and competitive natural and non-natural bodybuilding samples. *Body Image*, 6(3), 221-227.
3. Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*, 107-136.
4. Cafri, G., Thompson, J. K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L., & Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical psychology review*, 25(2), 215-239.
5. Carlson Jones, D. (2004). Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Developmental psychology*, 40(5), 823.

تغییر دهد؛ حتی زمانی که چنین کاری بیهوده است یا در مسیر عمل ارزشمند سنگ‌اندازی می‌کند (هیز، ویلسون، گیفورد، فولتی، و استروسال، ۱۹۹۶). اجتناب تجربه‌ای اغلب در کوتاه‌مدت مؤثر واقع می‌شود و تا حدودی از شدت پریشانی می‌کاهد؛ با این حال، زمانی که به کرات و نامنظم مورد استفاده قرار می‌گیرد ممکن است آثار منفی درازمدتی را به همراه داشته باشد. اجتناب تجربه‌ای- به عنوان یکی از راهبردهای نظم‌بخشی هیجان- نقطه مقابل پذیرش است (بولانگر^۱، هیز، و پیستورلو^۲، ۲۰۱۰). با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که عدم پذیرش هیجان‌ها در افرادی که علائم و نشانه‌های کوچک‌انگاری عضلات را تجربه می‌کنند، به این دلیل است که از راهبرد اجتناب تجربه‌ای استفاده می‌نمایند. در واقع، آنها با اجرای رفتارهایی مانند تمرین مفرط (اجتناب تجربه‌ای) سعی می‌کنند از شدت و طول مدت هیجان‌های منفی خود بکاهند (گریو، ۲۰۰۷؛ مورای و همکاران، ۲۰۱۳). به کارگیری فزاینده این راهبرد، در کنار مشغولیت ذهنی فراوان با بدن، سبب می‌شود فرد نتواند به رفتارهای هدفمند خود بپردازد و در نتیجه به هدف‌هایش برسد (پوپ و همکاران، ۱۹۹۷؛ مورای و همکاران، ۲۰۱۲). از سوی دیگر، پذیرش فرایندی فعال است؛ یعنی، فرد سعی می‌کند تمایزش برای تجربه هیجان‌های منفی را افزایش دهد، چون از این طریق است که می‌تواند هیجان‌های مزبور را با وضوح بیشتری احساس کند، بهتر بشناسد، و در نتیجه، مقابله مؤثرتری با آنها صورت دهد (فلکسمن، بلکلج، و باند، ۲۰۱۱). از این رو، استفاده فزاینده از اجتناب تجربه‌ای چنین فرصتی را از فرد مبتلا می‌گیرد.

1. Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl
2. Boulanger
3. Pistorello
4. Flaxman, Blackledge, & Bond

6. Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2011). *Acceptance and commitment therapy: Distinctive features*: Routledge.
7. Frederick, D. A., Buchanan, G. M., Sadehgi-Azar, L., Peplau, L. A., Haselton, M. G., Berezovskaya, A., & Lipinski, R. E. (2007). Desiring the muscular ideal: Men's body satisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(2), 103.
8. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14(5), 449-468.
9. Grammas, D. L., & Schwartz, J. P. (2009). Internalization of messages from society and perfectionism as predictors of male body image. *Body Image*, 6(1), 31-36.
10. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
11. Grieve, F. G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, 15(1), 63-80.
12. Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
13. Hildebrandt, T., Langenbucher, J., & Schlundt, D. G. (2004). Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1(2), 169-181.
14. Jonda, J. (2007). *Similarities between etiological models of eating disorder symptomatology and muscle dysmorphia symptomatology*. Unpublished master's thesis, Western Kentucky University, Bowling Green, KY.
15. Jones, D. C., Vigfusdottir, T. H., & Lee, Y. (2004). Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys an examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines, and the internalization of appearance ideals. *Journal of adolescent research*, 19(3), 323-339.
16. Kanayama, G., Pope, H. G., Cohane, G., & Hudson, J. I. (2003). Risk factors for anabolic-androgenic steroid use among weightlifters: a case-control study. *Drug and alcohol dependence*, 71(1), 77-86.
17. Karazsia, B. T., & Crowther, J. H. (2009). Social body comparison and internalization: Mediators of social influences on men's muscularity-oriented body dissatisfaction. *Body Image*, 6(2), 105-112.
18. Lantz, C. D., Rhea, D., & Mayhew, J. (2001). The drive for size: A psycho-behavioral model of muscle dysmorphia. *International Sports Journal*, 5(1), 71-86.
19. McCreary, D. R. (2007). The Drive for Muscularity Scale: Description, Psychometrics, and Research Findings. *The Muscular Ideal: Psychological, Social, and Medical Perspectives*, 87-106.
20. McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2002). Gender differences in high school students' dieting behavior and their correlates. *International Journal of Men's Health*, 1(2).
21. Mosley, P. E. (2009). Bigorexia:

- bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 191-198.
22. Murray, S. B., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E., . . . Touyz, S. W. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9(2), 193-200.
23. Murray, S. B., Rieger, E., Karlov, L., & Touyz, S. W. (2013). An investigation of the transdiagnostic model of eating disorders in the context of muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 160-164.
24. Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard review of psychiatry*, 9(5), 254-259.
25. Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557.
26. Pope, H. G., Katz, D. L., & Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive psychiatry*, 34(6), 406-409.
27. Pope Jr, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., Jouvent, R., & Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*.
28. Pourshahbaz, A., Nonahal, S., Dolatshahi, B., & Omidian, M. (2014). The Role of the Media, Perfectionism, and Difficulties in Emotion Regulation in Prediction of Muscle Dysmorphia Symptoms.
29. Readdy, T., Cardinal, B. J., & Watkins, P. L. (2011). Muscle dysmorphia, gender role stress, and sociocultural influences: An exploratory study. *Research quarterly for exercise and sport*, 82(2), 310-319.
30. Rohman, L. (2009). The relationship between anabolic androgenic steroids and muscle dysmorphia: a review. *Eating Disorders*, 17(3), 187-199.
31. Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current directions in psychological science*, 10(5), 181-183.
32. Thompson, J. K., van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A. S., & Heinberg, L. J. (2004). The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATAQ-3): Development and validation. *International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 293-304.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی