

پیوند مادری و نشانه‌های آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن: نقش واسطه‌ای باورهای اختلال خوردن و ناگویی خلقی

Maternal Bonding and Vulnerability related to Eating: The Mediational Role of Eating Disorder Beliefs and Alexithymia

Ali Asghar Hosseinzadeh
PhD Candidate in Psychology
Islamic Azad University
Central Tehran Branch

Haidar Ali Hooman, PhD
Islamic Azad University
Central Tehran Branch

حیدر علی هومن
دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تهران مرکز

علی اصغر حسین‌زاده
دانشجوی دکتری روان‌شناسی
دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تهران مرکز

Mahdieh Salehi, PhD
Islamic Azad University
Central Tehran Branch

Shirin Kooshki, PhD
Islamic Azad University
Central Tehran Branch

شیرین کوشکی
استادیار دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تهران مرکز

مهديه صالحی
استادیار دانشگاه آزاد اسلامی
واحد تهران مرکز

چکیده

هدف پژوهش حاضر آزمون یک مدل نظری رابطه غیرمستقیم بین پیوند مادری و آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن از طریق دو متغیر میانجی ناگویی خلقی و باورهای اختلال خوردن بود. نمونه‌ای مشتمل بر ۵۲۵ دانش‌آموز دبیرستانی و پیش‌دانشگاهی (۲۱۵ دختر، ۲۱۰ پسر) از شهرستان‌های مرکزی استان مازندران به شیوه خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان سیاهه اختلال خوردن (گارنر و دیگران، ۱۹۸۷)، مقیاس ناگویی خلقی (بگی و دیگران، ۱۹۹۴)، پرسشنامه باور اختلال خوردن (کوپر و دیگران، ۱۹۹۷)، و ابزار پیوند مادری (پارکر و دیگران، ۱۹۷۹) را تکمیل کردند. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان دادند که پیوند مادری از طریق ناگویی خلقی با نشانه‌های آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن رابطه غیرمستقیم منفی معنادار دارد. با این حال، رابطه پیوند مادری با آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن از طریق متغیر میانجی باورهای اختلال خوردن معنادار نبود. بر مبنای یافته‌های پژوهش حاضر، تحکیم پیوند مادری می‌تواند در پیشگیری اختلال خوردن نوجوانان نقش مهمی داشته باشد

واژه‌های کلیدی: پیوند مادری، ناگویی خلقی، باورهای اختلال خوردن، آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن

Abstract

The present study examined a theoretical model of indirect relationship between maternal bonding and symptoms of vulnerability related to eating through two mediational variables: eating disorder beliefs and alexithymia. Five hundred and twenty five students (215 females, 210 males) were selected through the cluster random sampling. The sample completed the Eating Disorder Inventory (Garner & et al., 1987), the Alexithymia Scale (Bagby & et al., 1994), the Eating Disorder Belief Questionnaire (Cooper & et al., 1997) and the Parental Bonding Instrument (Parker & et al., 1979). The results of structural equation modeling indicated that the maternal bonding had a significant indirect relation to symptoms of vulnerability to eating through alexithymia. However, relation of maternal bonding to symptoms of vulnerability to eating through eating disorder beliefs wasn't significant. The findings suggested that strengthening maternal bonding can play an important role in preventing eating disorders in adolescents.

Keywords: maternal bonding, alexithymia, eating disorder beliefs, vulnerability related to eating

received: 2 September 2012

accepted: 2 December 2012

Contact information: hossein.zadeh20@gmail.com

دریافت: ۹۱/۶/۱۲

پذیرش: ۹۱/۹/۱۲

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی تربیتی است.

مقدمه

۲۰۱۲). در واقع، پیوند عاطفی از طریق ایجاد ظرفیت عاطفی پایدار با افراد مهم زندگی، به‌خصوص والدین شکل می‌گیرد (بالبی، ۱۹۶۹، ۱۹۸۰ نقل از اینگرام، اوربی و فورتیر، ۲۰۰۱). بالبی با تأکید بر اهمیت ارتباط مادر و کودک، معتقد است آنچه برای سلامت روانی کودک ضروری است، تجربهٔ یک ارتباط گرم، صمیمی و مداوم با مادر است و بسیاری از مشکلات کودک از محرومیت مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطهٔ کودک با چهرهٔ دلبستگی ناشی می‌شود (کسیدی^{۱۹} و شاور^{۲۰}، ۲۰۰۸ نقل از زینالی، مظاهری، صادقی و جباری، ۱۳۹۰). بر این اساس، پژوهش‌های اخیر بر تجارب کودکی و تأثیر آن در روابط بین فردی و سلامت رفتار در سنین بالاتر متمرکز شده‌اند (ویردن، کوک، و ون-جونز، ۲۰۰۳). یکی از دلایل تمرکز بر والدین آن است که آنها معمولاً اولین منبع جامعه‌طلبی^{۲۱} هستند (ابراک‌زینکاس، فیساک و بارنز، ۲۰۱۲).

نظریه‌های شناختی-رفتاری اختلال خوردن بر نقش باورهای هسته‌ای و طرحواره‌ها در توسعه و تداوم اختلال خوردن تأکید می‌کنند (کوپر، ولز و تاد، ۲۰۰۴؛ والر، کنرلی و اوهانیان، ۲۰۰۵). این باورها که از تجارب اولیه و یا در مراحل بعدی زندگی رشد می‌کنند (یانگ و دیگران، ۲۰۰۳) ممکن است در حوزه‌های متفاوتی وجود داشته باشند، اما باورهایی که مربوط به خود هستند، اغلب فرض شده نقش تعیین‌کننده‌ای در آسیب‌شناسی روانی^{۲۲} دارند (بک و فریمن، ۱۹۹۰؛ فیرچایلد و کوپر، ۲۰۱۰).

بر طبق نظریهٔ شناختی، باورهای اختلال خوردن شامل باورهای کلی در مورد وزن، شکل و خوردن هستند که به شکل اظهارات کلی و خودباوری‌های منفی در اختلال‌های خوردن بروز می‌کند (رُز، کوپر و ترنر، ۲۰۰۶). در نظریهٔ کوپر و دیگران (۱۹۹۸) تأکید شده است که سطح پایین مراقبت مادری ممکن است افراد را به سوی این باور هدایت کند که برای افراد مهم زندگی بی‌ارزش هستند. به‌طور مشابه، سطح بالای حمایت افراطی مادری ممکن است به این باور منجر

بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، اختلال خوردن از چالش‌برانگیزترین بیماری‌های دوران نوجوانی است (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۵). مفهوم آسیب‌پذیری خوردن^۲ به بی‌نظمی یا اختلال خوردن^۳ اشاره می‌کند که نشانگر رفتار غیرطبیعی مربوط به خوردن و وزن است (استایس، انگ و شاو، ۲۰۱۰) و به طیفی از عادت‌های خوردن منجر می‌شوند که از طریق محدودیت شدید غذایی به کم کردن وزن و حفظ لاغری فرد کمک می‌کنند (هوبارت و اسماک، ۲۰۰۰؛ اسکوفیر، پاکویت و داریپ-لانگویول، ۲۰۱۰). اختلال‌های خوردن به یکی از سه نوع روان‌بی‌اشتهایی^۴، پرخوری^۵ و اختلال‌های خوردن به گونه دیگر تصریح‌نشده^۶ تقسیم می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۷، ۱۳۸۴/۲۰۰۰).

در سبب‌شناسی اختلال خوردن عوامل متعددی مانند عوامل زیست‌شناختی^۸ (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲/۲۰۰۳) فرهنگی اجتماعی^۹ (فیتزسیمونز-کرافت، ۲۰۱۱)، رگه^{۱۰} و اختلال‌های شخصیت^{۱۱} (لینفیلد، واندربلیچ، ریسو، کروسبی و میچل، ۲۰۰۶)، خود^{۱۲} (وایتوسک و اوالد، ۱۹۹۳؛ لرنر، ۱۹۹۳)، طرحواره‌های شناختی^{۱۳} و باورهای هسته‌ای^{۱۴} (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۳؛ کوپر، تاد و ولز، ۱۹۹۸) و متغیرهای پویایی‌شناسی خانواده^{۱۵} (مینوجین، روسمان و بیکر، ۱۹۷۸؛ ترنر، رُز و کوپر، ۲۰۰۵) مطرح شده‌اند. با این وجود، رابطهٔ والد-کودک و رفتار مراقبتی ناسالم به‌عنوان عامل مهم در مدل چندعاملی سبب‌شناسی اختلال خوردن مورد پذیرش واقع شده است (جونز، هریس و لانگ، ۲۰۰۵).

پیوند^{۱۶} به‌عنوان مجموعه‌ای از رفتارهای تعاملی بین مراقب و کودک مطرح شده که در خدمت کنش^{۱۷} کلی آموزش، کاهش تنیدگی، ارتقای ایمنی^{۱۸} و تسهیل بقای فرد قرار دارد (بالبی، ۱۹۷۳). اهمیت راهبردهای مراقبتی والد-کودک در تحول شخصیت افراد، انکارناپذیرند و سهم آنها حتی فراتر از سهم ژنتیک در نظر گرفته شده است (بیکر و هورگر،

1. World Health Organization	9. sociocultural	17. function
2. vulnerability to eating	10. trait	18. safety
3. eating disorder	11. personality disorder	19. Cassidy, J.
4. anorexia nervosa	12. self	20. Shaver, P. R.
5. bulimia nervosa	13. cognitive schemas	21. socialization
6. eating disorder not otherwise specified	14. core beliefs	22. psychopathology
7. American Psychiatric Association	15. family dynamics	
8. biological	16. bonding	

خشونت و اعتماد می شود که تداوم آن با کاهش خودپنداشت^۹ و حرمت خود همراه است. کاهش خودپنداشت نیز به دشواری در مدیریت عواطف و احساسات (برای مثال، ناگویی خلقی) و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه (برای مثال، اختلال خوردن) در سنین بالاتر منجر می شود.

پژوهش‌های انجام شده در مورد پیوند مادری و آسیب‌شناسی خوردن اغلب بر رابطه ناسالم والدین با کودکان متمرکز شده‌اند. برای مثال، در پژوهش فسنینو، آمیاتو، روکا و دگا (۲۰۱۰) افراد مبتلا به اختلال پرخوری، از مراقبت مادری و استقلال عمل خود^{۱۰} کمتری برخوردار بودند و مراقبت مادری با زیرمقیاس‌های اختلال خوردن رابطه منفی داشت. علاوه بر این، لوکاس (۲۰۱۰) دریافت که سبک مادری استبدادی^{۱۱} با نگرش نسبت به خوردن^{۱۲} دختران رابطه معنادار مثبت و سبک مادری آسان‌گیر^{۱۳} با نگرش نسبت به خوردن رابطه معنادار منفی دارد.

پژوهش‌های متعددی نیز به بررسی رابطه ابعاد پیوند مادری و ناگویی خلقی پرداخته‌اند. برای مثال، دپانفیلیس، راباگیو، روسی، زیتا و ماگینی (۲۰۰۳)، فوکی‌نیشی و دیگران (۱۹۹۹)، فوکی‌نیشی و پاریس (۲۰۰۱)، کویی‌مان و دیگران (۲۰۰۴) و میسون، تاپسون، جونز و پاتس (۲۰۰۵) بین مراقبت مادری^{۱۴} و ناگویی خلقی رابطه معنادار منفی و بین حمایت افراطی^{۱۵} مادری و ناگویی خلقی رابطه معنادار مثبت گزارش کرده‌اند. همسو با آنها، کاروکیوی و دیگران (۲۰۱۰) در نمونه‌ای از دختران نوجوان نشان دادند که حمایت افراطی مادری با نمره کلی مقیاس ناگویی خلقی و زیرمقیاس‌های عاطفی رابطه معنادار مثبت دارد. علاوه بر این، پدروسا و دیگران (۲۰۰۸) رابطه معنادار مثبت بین نمره کلی مقیاس ناگویی خلقی و سوءرفتار مادری را گزارش کرده‌اند.

در فراتحلیل انجام شده توسط توربرگ و دیگران (۲۰۱۱)، بین مراقبت مادری و نمره کلی ناگویی خلقی، و همچنین بین مراقبت مادری و دو زیرمقیاس مربوط به عواطف (دشواری در شناسایی احساسات^{۱۶} و دشواری در توصیف احساسات^{۱۷}) رابطه

شود که آنها برای دستکاری مستقلانهٔ مسؤولیت‌های زندگی شایستگی ندارند. لذا ترکیبی از این طرحواره سازش‌نا یافته و فرضیه‌های ناکارآمد مرتبط با خوردن، وزن و شکل، ممکن است در رشد اختلال خوردن سهیم باشند (کوپر و دیگران، ۱۹۹۸؛ کوپر و دیگران، ۲۰۰۴).

ناگویی خلقی^۱ به‌عنوان کاهش توانایی شناسایی^۲ و تمایز جنبه‌های هیجانی در تعامل اجتماعی توصیف شده است. از ویژگی‌های برجسته آن دشواری در بازشناسی و توصیف کلامی احساسات شخصی، دشواری در تمایز احساسات از حس بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی، کاهش ظرفیت‌های تصویری^۳ و سبک شناختی معطوف به بیرون^۴ است (تیلر، ۲۰۰۰). ناگویی خلقی امروزه دیگر به‌عنوان یک اختلال روان‌پزشکی مطرح نیست، بلکه بیشتر به‌عنوان یک رگه شخصیتی در نظر گرفته می‌شود که در جامعه، توزیع طبیعی دارد (تیلر و بگی، ۲۰۰۰؛ پارکر، کیفر، تیلر و بگی، ۲۰۰۸)، و با طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله اختلال خوردن مرتبط است (تیلر، بگی و پارکر، ۱۹۹۷؛ تیلر، ۲۰۰۰).

مدل‌های متعددی در مورد سبب‌شناسی ناگویی خلقی مطرح شده است. بعضی از نظریه‌ها فرض کرده‌اند ویژگی‌های ناگویی خلقی از تجارب آسیب‌زای ابتدایی زندگی و نارساکنش‌وری روابط والد-کودک نشأت می‌گیرند (فوکی‌نیشی، سی، موریتا و ری، ۱۹۹۹؛ توربرگ، یانگ، سالیوان و لیورس، ۲۰۱۱). در این مدل، فرض بر آن است که معمولاً سرپرستی ضعیف، توجه افراطی مراقب به بدن کودک به جای توجه به نیازهای عاطفی و هیجانی او، فرد را به سوی دشواری در بیان عواطف، خودنظم‌دهی^۵، و در نتیجه ناگویی خلقی هدایت می‌کند (لاملی، مدر، گرمزو و پاپینو، ۱۹۹۶؛ کاروکیوی و دیگران، ۲۰۱۰).

بر طبق مدل آسیب‌پذیری خوردن و آسیب^۶ رورتنی^۷ و یاگر^۸ (۱۹۹۶) نقل از مان و اسپلیگ، (۲۰۰۶) هر گونه بدرفتاری با کودک منجر به نقص در تشخیص مرز بین

- | | | |
|--|---------------------|--|
| 1. alexithymia | 7. Rorty, M | 13. permissive |
| 2. identify | 8. Yager, J. | 14. maternal care |
| 3. paucity of imaginal capacities | 9. self-concept | 15. overprotection |
| 4. externally oriented cognitive style | 10. self-autonomy | 16. difficulty in identifying feelings |
| 5. self-regulation | 11. authoritarian | 17. difficulty in describing feeling |
| 6. trauma | 12. eating attitude | |

در نمونه‌های از دختران دوم دبیرستان، پیوند والدینی با میانجیگری باورهای هسته‌ای و باورهای اختلال خوردن، نشانه‌های اختلال خوردن را پیش‌بینی کردند. شفیلد، والر و امانیولی (۲۰۰۹) در بررسی خود دریافتند که طرحواره‌ها (برای مثال، اجتناب و جبران) به عنوان میانجی رابطه سوءرفتار ادراک‌شده از طرف والدین و آسیب‌شناسی خوردن ایفای نقش کردند.

رابطه ابعاد پیوند مادری با ناگویی خلقی، باورهای خوردن و آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن بسیار پیچیده است و با روش‌های بررسی تک‌متغیری نمی‌توان تمام واریانس آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن را تبیین کرد. بنابراین، مدل پژوهش حاضر با توجه به نظریه کوپر و دیگران (۱۹۹۸، ۲۰۰۴) و تأکید آنها بر نقش ارتباط کودک با والدین در شکل‌گیری باورها و نادیده گرفته شدن نقش باورهای اختلال خوردن در آسیب‌شناسی اختلال خوردن و از طرفی دیگر، نظر مازئو و اسپلیگ (۲۰۰۲) و هانت و اسپلیگ (۲۰۰۶) و تأکید آنان بر اهمیت نقش میانجی ناگویی خلقی، دو متغیر باورهای اختلال خوردن و ناگویی خلقی به‌عنوان متغیر میانجی بین پیوند مادری و اختلال خوردن مطرح شد. با توجه به اطلاعات به‌دست آمده تاکنون، هیچ پژوهشی با این مجموعه از متغیرها و با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام نشده است و از این نظر مدل پژوهش حاضر، بدیع است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مدل‌یابی آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن بر مبنای پیوند مادری، باورهای اختلال خوردن و ناگویی خلقی است (شکل ۱). بر این اساس فرض شده است که ناگویی خلقی و باورهای اختلال خوردن، میانجی‌های رابطه پیوند مادری و آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن هستند.

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که در آن از روی‌آورد مدل‌یابی معادلات ساختاری^۴ بهره گرفته شده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع دبیرستان و پیش‌دانشگاهی با دامنه سنی ۱۶-۱۸ سال، از شهرستان‌های مرکزی استان مازندران در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بود. حجم نمونه بر پایه پیشنهاد کرلینگر^۵ و پدهازور^۶ (۱۹۸۳) - که معتقدند در همه تحلیل‌های چندمتغیره حجم نمونه نباید از ۵۰۰ نفر

منفی با اندازه اثر متوسط گزارش شد، اما اندازه اثر این رابطه برای زیرمقیاس سبک شناختی معطوف به بیرون کوچک بود. علاوه بر این، رابطه مثبت معناداری بین حمایت افراطی مادری و نمره کلی ناگویی خلقی، و زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی و توصیف احساسات مشاهده شد.

مجموعه‌ای از پژوهش‌ها نیز رابطه ناگویی خلقی و نشانه‌های اختلال خوردن را بررسی کردند. برای مثال، کاروکیوی و دیگران (۲۰۱۰) در بررسی ناگویی خلقی و نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان نتیجه گرفتند افراد واجد ویژگی ناگویی خلقی و فاقد این ویژگی، از نظر نشانه‌های اختلال خوردن تفاوت معنادار داشتند و افراد دارای نمره بالاتر در مقیاس ناگویی خلقی، نشانه‌های اختلال خوردن بیشتری نیز گزارش کردند. ریدوت، تام و والی (۲۰۱۰) در بررسی افراد مبتلا به اختلال خوردن بالینی و غیربالینی به رابطه معنادار بین نمره ناگویی خلقی و پرخوری دست یافتند. همچنین، ساسایی، تاناکا و هیشیموتا (۲۰۱۰) در بررسی نمونه‌ای از دانشجویان، رابطه مثبت معناداری بین ناگویی خلقی با نگرش نسبت به خوردن و نشانه‌های اختلال خوردن گزارش کردند. علاوه بر این، هانت و اسپلیگ (۲۰۰۶) مازئو و اسپلیگ (۲۰۰۲)، مازئو، میچل و ویلیامز (۲۰۰۸) به این نتیجه دست یافتند که تجربه آسیب‌زای دوران کودکی، از طریق میانجیگری ناگویی خلقی، با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه دارد.

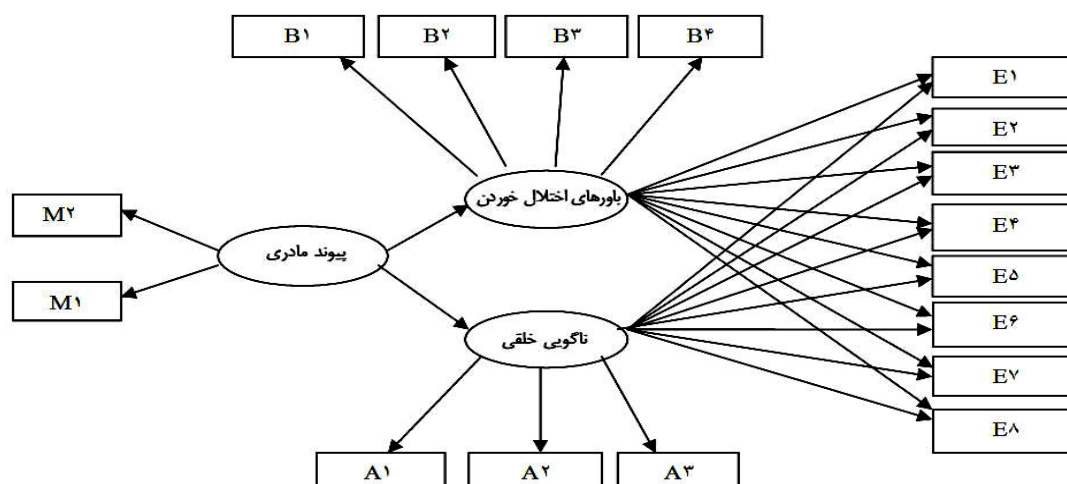
پژوهش اینگرام و دیگران (۲۰۰۱) نشان داد که افزایش مراقبت مادری با افکار خودکار^۱ مثبت همراه است و گروهی که تجربه پیوند مادری مثبت دارند، نسبت به گروه واجد پیوند مادری ضعیف، باورهای مثبت بیشتر و باورهای منفی کمتری گزارش می‌کنند. کوپر (۲۰۰۶) نیز نشان داد که تنها پیش‌بینی‌کننده نگرش نسبت به خوردن، تصورات بنیادی^۲ (مه‌پار پرخوری^۳) از زیرمقیاس باورهای اختلال خوردن است. همچنین، رز و دیگران (۲۰۰۶) در بررسی نمونه‌ای از دانش‌آموزان دبیرستانی، بین زیرمقیاس‌های باورهای اختلال خوردن و نگرش نسبت به خوردن رابطه مثبت معنادار مشاهده کردند.

پژوهشگران دیگر در بررسی پیوند والدینی و نشانه‌های اختلال خوردن، بر نقش میانجی طرحواره‌ها و باورهای هسته‌ای متمرکز شدند. برای مثال، در مدل ارائه‌شده توسط شایقیان (۱۳۸۷)

1. automatic thoughts
2. underlying assumptions

3. control over eating
4. Structural Equation Modeling

5. Kerlinger, F. N.
6. Pedhazor, E. J.



شکل ۱. مدل برای آسیب‌شناسی مرتبط با خوردن. M_1 = حمایت افراطی مادری؛ M_2 = مراقبت مادری؛ B_1 = خودباوری منفی؛ B_2 = وزن و شکل در حکم وسیله‌ای برای پذیرش توسط دیگران؛ B_3 = وزن و شکل در حکم وسیله‌ای برای پذیرش خود؛ B_4 = مهار پرخوری؛ A_1 = دشواری در شناسایی احساسات؛ A_2 = دشواری در توصیف احساسات؛ A_3 = سبک شناختی معطوف به بیرون؛ E_1 = آگاهی درونی؛ E_2 = نارضایتی بدنی؛ E_3 = کمال‌گرایی؛ E_4 = ترس از رشدیافتگی؛ E_5 = پرخوری؛ E_6 = اشتیاق لاغری؛ E_7 = بی‌اعتمادی بین‌شخصی؛ E_8 = ناکارآمدی. سازه‌های مکنون در بیضی و متغیرهای مشاهده‌شده در مربع نشان داده شده است.

اساس مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده است که در آن به گزینه همیشه، معمولاً و اغلب اوقات به ترتیب نمره ۳، ۲، ۱ و به سه گزینه بعدی، یعنی، گاهی اوقات، بندرت و هرگز نمره صفر داده می‌شود. نمره‌های بالاتر در این سیاهه نشان‌دهنده میزان بالاتر آسیب‌پذیری خوردن است (جونز و دیگران، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر این سیاهه تحلیل عاملی اکتشافی^۹ شد. نتایج تحلیل همانند نسخه اصلی هشت عامل را نشان دادند. اعتبار^{۱۰} این سیاهه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های اشتیاق لاغری، پرخوری، نارضایتی بدنی، ترس از رشدیافتگی، آگاهی درونی، بی‌اعتمادی بین‌شخصی، کمال‌گرایی، ناکارآمدی، و کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۵۸، ۰/۸۴، ۰/۷۵، ۰/۶۸، ۰/۵۰ و ۰/۹۳ به دست آمد.

پرسشنامه باور اختلال خوردن^{۱۱} (کوپر، کوهن-تاو، تاد، ولز و تاو، ۱۹۹۷). این پرسشنامه که برای ارزیابی تصورات و باورهای همراه اختلال خوردن ساخته شده است، یک پرسشنامه خودگزارش‌ده^{۱۲} است (رژ و دیگران، ۲۰۰۶). این پرسشنامه دارای ۳۲ ماده و چهار زیرمقیاس خودباوری‌های منفی^{۱۳}، وزن و شکل در حکم وسیله‌ای برای پذیرش توسط دیگران^{۱۴}، وزن و شکل در حکم

کمتر باشد و همچنین، پیشنهاد بنتلر^۱ (۱۹۸۵) مبنی بر اینکه یک تجزیه و تحلیل قابل قبول مستلزم گروه نمونه‌ای است که حجم آن نسبت به پارامتر برآوردشده دست کم ۱۰ بر یک باشد، تعیین شد (هومن، ۱۳۹۰). بنابراین، با توجه به روی آورد پژوهش حاضر و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی نمونه، ۵۲۵ نفر (۲۱۵ دختر و ۲۱۰ پسر) به روش نمونه‌برداری خوشه‌ای تصادفی از مناطق مختلف هر شهرستان انتخاب شدند و به صورت گروهی به ابزارها پاسخ دادند. در نهایت، پس از حذف فرم‌های مخدوش، از ۵۰۹ پرسشنامه در تحلیل آماری استفاده شد. در این بررسی، ابزارهای زیر به کار گرفته شدند:

سیاهه اختلال خوردن^۲ (کارنر، المستند و پولیوی، ۱۹۸۳). این سیاهه ۶۴ ماده‌ای برای ارزیابی ویژگی‌های روان‌شناختی و نشانه‌های مرتبط با روان بی‌اشتهایی و پرخوری است که از هشت زیرمقیاس (ناکارآمدی، ترس از رشدیافتگی^۳، کمال‌گرایی^۴، بی‌اعتمادی بین‌شخصی^۵، اشتیاق لاغری^۶، آگاهی درونی^۷، پرخوری و نارضایتی بدنی^۸) تشکیل شده است. این سیاهه برای نمونه‌بالی و غربالگری در نمونه غیربالی قابل استفاده است (والدر، فاوارو، سانتوناستاسو و راتر، ۲۰۰۸). این سیاهه بر

1. Bentler, P.	6. drive for thinness	11. Eating Disorder Belief Questionnaire
2. Eating Disorder Inventory	7. interoceptive awareness	12. self-reporting
3. fear of maturing	8. body dissatisfaction	13. negative self-beliefs
4. perfectionism	9. exploratory factor analysis	14. weight and shape as a means to acceptance by others
5. interpersonal distrust	10. reliability	

وسيله‌ای برای پذیرش خود^۱ و مهار پرخوری است (کوپر و دیگران، ۱۹۹۷).

به هر ماده، نمره صفر (اصلاً اعتقادی به آن ندارم) تا ۱۰۰ (کاملاً در مورد من صحیح است) داده می‌شود. ضرایب آلفای کرونباخ برای خودباوری‌های منفی ۰/۹۴، وزن و شکل در حکم وسیله‌ای برای پذیرش توسط دیگران ۰/۹۵، وزن و شکل در حکم وسیله‌ای برای پذیرش خود ۰/۹۰ و مهار پرخوری ۰/۸۹ گزارش شده است (رژ و دیگران، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر روایی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی اکتشافی همانند نسخه اصلی چهار عامل را نشان داد و اعتبار این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های خودباوری‌های منفی ۰/۸۵، پذیرش توسط دیگران ۰/۷۸، پذیرش توسط خود ۰/۷۵ و مهار پرخوری ۰/۶۵ محاسبه شد.

ابزار پیوند والدینی^۲ (پارکر، تاپلینگ و براون، ۱۹۷۹). ابزار پیوند والدینی ۲۵ ماده‌ای است و دو بُعد اصلی مراقبت و حمایت افراطی را می‌سنجد (توربرگ و دیگران، ۲۰۱۱). این ابزار دو فرم مشابه دارد و برای هر یک از والدین به‌طور جداگانه قابل اجراست. ماده‌های آن بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای از صفر (اصلاً این طور نبود) تا ۳ (بسیار این طور بود) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های بالا در بُعد مراقبت، منعکس‌کننده والدینی گرم، مهربان و همدل و نمره‌های پایین در بُعد مراقبت، نشانگر والدین سرد، طردکننده و بی‌توجه است. نمره‌های بالا در بُعد حمایت افراطی بیانگر والدین کنترل‌کننده، مزاحم و والدینی است که تمایل دارند کودکان‌شان همیشه بچه بمانند و نمره‌های پایین در بُعد حمایت افراطی منعکس‌کننده والدینی است که به کودک آزادی می‌دهند و موجبات استقلال وی را فراهم می‌سازند (پارکر و دیگران، ۱۹۷۹؛ پارکر، ۱۹۸۳). شایقیان (۱۳۸۷) اعتبار این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های مراقبت ۰/۹۰ و برای حمایت افراطی ۰/۸۲ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر اعتبار ابزار از طریق آلفای کرونباخ برای مراقبت ۰/۸۷ و حمایت افراطی ۰/۷۲ به‌دست آمد.

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو^۳-۲۰ (بگبی، پارکر و تیلر، ۱۹۹۴). این مقیاس با ۲۰ ماده، دارای سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و سبک

شناختی معطوف به بیرون است. ماده‌های این مقیاس بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. یک نمره کلی نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می‌شود (برسی و دیگران، ۱۹۹۶). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بین‌فرهنگی بررسی و تأیید شده است (بگبی و دیگران، ۱۹۹۴؛ پارکر، تیلر و بگبی، ۲۰۰۳؛ تساوسیز و دیگران، ۲۰۱۰). در بررسی تساوسیز و دیگران (۲۰۱۰) هماهنگی درونی این مقیاس برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۹، سبک شناختی معطوف به بیرون ۰/۵۸ و اعتبار ناگویی خلقی کلی ۰/۷۹ محاسبه شد. روایی و اعتبار مقیاس ناگویی خلقی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی تأیید شده است (بشارت، ۲۰۰۷؛ افشاری، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر روایی این مقیاس از طریق تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت و سه عامل اصلی دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و سبک شناختی معطوف به بیرون به‌عنوان عامل‌های اصلی معرفی شدند. ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کلی و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و سبک شناختی معطوف به بیرون به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد.

برای بررسی روابط پیوند مادری و نشانه‌های اختلال خوردن، با در نظر گرفتن دو متغیر میانجی باورهای اختلال خوردن و ناگویی خلقی، از تحلیل ساختار کوواریانس یا مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ مقادیر میانگین، انحراف استاندارد و کوواریانس متغیرهای برون‌زا و درون‌زا مورد مطالعه را بر اساس رگرسیون غیراستاندارد نشان می‌دهد. مقادیر کوواریانس اساس تحلیل بود و مقادیر برآوردشده برای هر پارامتر را دربر می‌گیرد. براساس داده‌های این جدول بزرگ‌ترین مقدار کوواریانس مربوط به پیوند مادری با ناگویی خلقی و کوچک‌ترین مقدار مربوط

1. weight and shape as a means to self-acceptance
2. Parental Bonding Instrument

3. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

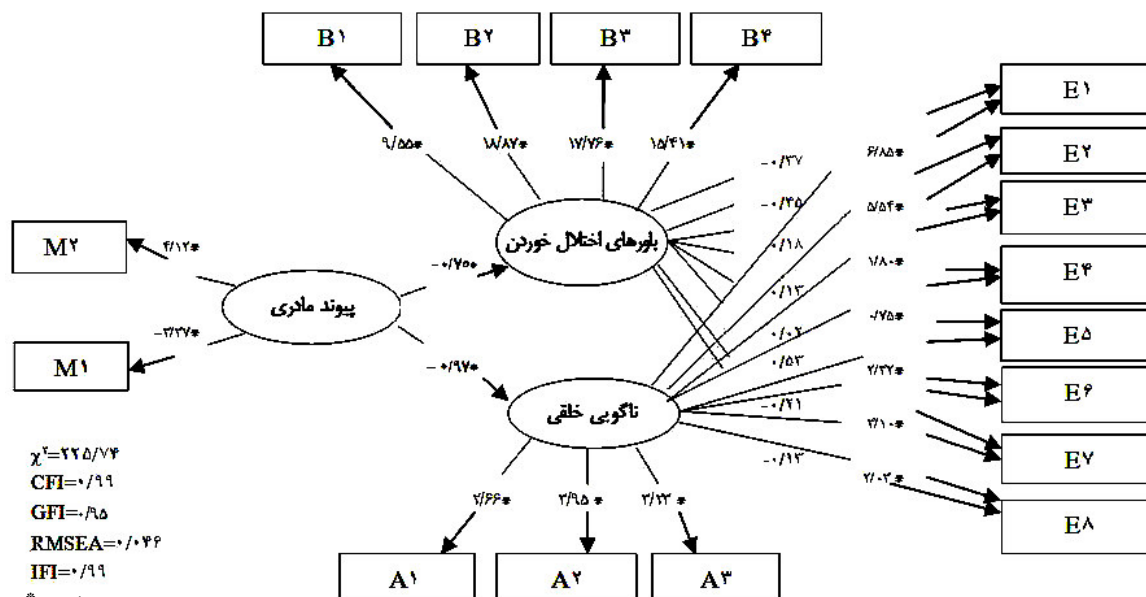
جدول ۱

ماتریس کوواریانس برای مدل آسیب‌شناسی مرتبط با خوردن

متغیر	۱	۲	۳	M	SD
پیوند مادری	-			۳۸/۸۶	۶/۳۱
ناگویی خلقی	-۰/۹۷	-		۴۸/۱۸	۱۱/۶۵
باورهای اختلال خوردن	-۰/۷۵	۰/۷۳	-	۷۵۴/۸۶	۲۱۸/۴۵

خوردن و ناگویی خلقی، مقدار t ضرایب رگرسیون غیراستاندارد نشان داد که مسیر پیوند مادری به باورهای اختلال خوردن معنادار است ($B = -۰/۷۵$)، اما مسیر باورهای اختلال خوردن به نشانه‌های اختلال خوردن معنادار نیست. از آنجا که اثر غیرمستقیم از طریق ضرب مسیرها محاسبه می‌شود (هومن، ۱۳۹۰)، فقط ضریب مسیر پیوند مادری به ناگویی خلقی و ضریب مسیر ناگویی خلقی به نشانه‌های اختلال خوردن در هم ضرب شدند. اثر غیرمستقیم پیوند مادری به نشانه‌های اختلال خوردن با میانجیگری ناگویی خلقی، برای آگاهی درونی ($B = -۶/۴۴$)، نارضایتی بدنی ($B = -۵/۳۷۴$)، کمال‌گرایی ($B = -۶/۴۴$)، ترس از رشدیافتگی ($B = -۰/۷۳$)، پرخوری ($B = -۲/۲۵$)، اشتیاق لاغری ($B = -۳/۰۱$)، بی‌اعتمادی بین‌شخصی ($B = -۱/۹۷$) و ناکارآمدی ($B = -۰/۷۵$) بود. ضریب منفی B نشان می‌دهد که وقتی پیوند مادری با سطح بالای مراقبت و سطح پایین حمایت افراطی افزایش می‌یابد، نشانه‌های اختلال خوردن کاهش می‌یابد.

به ناگویی خلقی و باورهای اختلال خوردن است. همچنین، بر اساس این جدول بزرگ‌ترین مقدار میانگین مربوط به باورهای اختلال خوردن و کمترین میانگین مربوط به پیوند مادری است. برای تحلیل اصلی، ابتدا با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، ساختار عاملی مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. همان‌طور که شکل ۲ نشان می‌دهد، سازه پیوند مادری با دو نشانگر، باورهای اختلال خوردن با چهار نشانگر، ناگویی خلقی با سه نشانگر و اختلال خوردن با هشت نشانگر به عنوان متغیرهای پژوهش تأیید شدند. برای سنجش برازش مدل، آمارها و شاخص‌های مختلفی پیشنهاد شده است. از آنجا که هر یک از این شاخص‌ها تنها جنبه خاصی از مدل را منعکس می‌سازند، معمولاً برای برازش مدل از چندین شاخص استفاده می‌شود (کلاچین، ۲۰۰۵). این شاخص‌ها در شکل ۲ ارائه شده‌اند. اندازه‌های شاخص‌ها نشان می‌دهند که مدل از برازش مناسبی برخوردار است. در مورد اثر غیرمستقیم پیوند مادری (با واسطه باورهای اختلال



شکل ۲. ضرایب غیراستاندارد مدل برای آسیب‌پذیری مرتبط با خوردن. $CFI =$ شاخص برازندگی؛ $GFI =$ شاخص برازندگی تطبیقی؛ $RMSEA =$ ریشه دوم واریانس خطای تقریب؛ $IFI =$ شاخص برازش فزاینده. سازه‌های مکنون به شکل بیضی و متغیرهای مشاهده‌شده به شکل مستطیل نشان داده شده است.

بحث

کودکی با والدین از طریق تأثیر بر رشد ناگویی خلقی و پریشانی روان‌شناختی با اختلال خوردن رابطه مثبت داشت، اما در پژوهش حاضر با توجه به اینکه پیوند مادری بهینه محسوب می‌شود، اثر منفی پیوند مادری بهینه بر اختلال خوردن را می‌توان بر اساس یافته‌ها و نظر کویی‌مان و دیگران (۲۰۰۴) تبیین کرد. به عقیده این مؤلفان پیوند بهینه حتی با یکی از والدین ممکن است نقش محافظتی در مقابل ناگویی خلقی داشته باشد و از آسیب‌های روانی احتمالی بعدی جلوگیری کند. شواهد نیز نشان می‌دهند که شدت ناگویی خلقی با میزان احساسات مثبت ابرازشده در خانواده رابطه منفی دارد (برنهام و جیمز، ۱۹۹۴؛ یلسما، هوستیت، اندرسون و نیلسون، ۲۰۰۰). همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر همسو با نظر مازتو و اسپلیگ (۲۰۰۲) نشان دادند کنش‌وری خانواده رابطه مستقیم با اختلال خوردن ندارد، بلکه از طریق واسطه‌گری ناگویی خلقی با اختلال خوردن مرتبط است. بنابراین، می‌توان دریافت که تحکیم پیوند مادری از طریق کاهش حمایت افراطی و افزایش مراقبت مادری می‌تواند رشد عواطف و نظم‌دهی هیجان‌ها را در دوران کودکی تسهیل کند که پیامد آن پیشگیری از رشد ناگویی خلقی و راهبردهای سازش‌نیافته مانند اختلال خوردن در سنین نوجوانی است.

یافته پژوهش حاضر از نظر اثر پیوند مادری بر باورهای ناسالم خوردن با نتایج پژوهش ترنر و دیگران (۲۰۰۵)، اینگرام و دیگران (۲۰۰۱)، نظریه‌های بالبی (۱۹۷۳)، یانگ و دیگران (۲۰۰۳) و کوپر و دیگران (۱۹۹۸) مطابقت می‌کند، اما با یافته‌های پژوهش شایقیان (۱۳۸۷) که در آن باورهای اختلال خوردن نقش میانجی در رابطه بین پیوند مادری و نشانه‌های اختلال خوردن ایفا کرد، مغایرت دارد. ترنر و دیگران (۲۰۰۵) همسو با یافته پژوهش حاضر نشان دادند که سطوح بالای مراقبت مادری با باورهای اختلال خوردن رابطه منفی دارد. در مطالعه اینگرام و دیگران (۲۰۰۱) افرادی که تجارب پیوند مادری مثبت داشتند در مقایسه با گروه تجارب پیوند مادری ضعیف، باورهای مثبت بیشتر و باورهای منفی کمتری گزارش کردند. یافته‌های پژوهش کنونی را می‌توان بر حسب احتمالات زیر تبیین کرد:

در ادبیات نظری و تجربی تصریح شده است که پیوند

تحقیق حاضر نقش باورهای اختلال خوردن و ناگویی خلقی را به‌عنوان متغیرهای میانجی در رابطه بین تجربه پیوند مادری و اختلال خوردن آزمود. انتخاب مدل برای درک بهتر ماهیت رابطه متغیرهای مورد مطالعه، به‌خصوص نقش میانجی ناگویی خلقی و باورهای اختلال خوردن بین پیوند مادری و اختلال خوردن، صورت گرفت. با توجه به این مهم، ضرایب مسیر نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهند که پیوند مادری از طریق میانجی‌گری ناگویی خلقی با نشانه‌های اختلال خوردن رابطه منفی دارد. همان‌طور که در شکل ۲ مشخص است، ضریب مسیر مراقبت نسبت به حمایت افراطی، وزن بیشتری در سازه پیوند مادری دارد. از نظر پارکر و دیگران (۱۹۷۹)، این وضعیت سبک والدینی بهینه محسوب می‌شود.

پژوهش‌هایی که برای بررسی رابطه ناگویی خلقی و سازه دل‌بستگی از مفهوم پیوند والدینی استفاده کردند، نشان داده‌اند سطوح بالاتر ناگویی خلقی با حمایت افراطی و مراقبت پایین رابطه مثبت دارد و برعکس، هر چه از این وضعیت فاصله بگیرد رشد ناگویی خلقی کاهش می‌یابد (توربرگ و دیگران، ۲۰۱۱؛ میسون و دیگران، ۲۰۰۵؛ فوکی‌نیشی و پاریس، ۲۰۰۱؛ کویی‌مان و دیگران، ۲۰۰۴). همچنین، پژوهش‌ها درباره رابطه ناگویی خلقی و نشانه‌های اختلال خوردن (برای مثال، کاروکیوی و دیگران، ۲۰۱۰) نشان می‌دهند که سطوح بالاتر ناگویی خلقی با افزایش نشانه‌های اختلال خوردن و سطوح پایین ناگویی خلقی با کاهش نشانه‌های اختلال خوردن همراه است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های فوق مطابقت دارند.

نتیجه این پژوهش نشان داد پیوند مادری اثر غیرمستقیم منفی بر نشانه‌های اختلال خوردن دارد. به عبارتی دیگر، هر چه پیوند مادری بهینه، افزایش یابد نشانه‌های اختلال خوردن کاهش می‌یابد. این یافته از نظر نقش میانجی ناگویی خلقی با یافته‌های هانت و اسپلیگ (۲۰۰۶) و مازتو و دیگران (۲۰۰۸) مطابقت دارد. با این حال، تبیین آن تا حدودی متفاوت است. در پژوهش هانت و اسپلیگ (۲۰۰۶) آسیب دوران کودکی که بر اساس نظر پارکر و دیگران (۱۹۷۹) نشانگر سبک والدینی ضعیف است، بررسی شد. بدین ترتیب، روابط آسیب‌زای دوران

دبیرستان شرکت داشتند و سبک والدینی ضعیف (افزایش حمایت افراطی و کاهش مراقبت) بررسی شد. با توجه به آسیب‌رسان بودن سبک والدینی ضعیف و آسیب‌پذیری بیشتر زن‌ها در مقابل اختلال خوردن، تفاوت در ماهیت مطالعه می‌تواند تفاوت نتیجه‌گیری را تبیین کند.

به نظر می‌رسد در درجه نخست، بخشی از تفاوت یافته‌های پژوهش حاضر با یافته کوپر (۲۰۰۶)، و رز و دیگران (۲۰۰۶) که در آن باورهای اختلال خوردن، نگرش نسبت به خوردن را پیش‌بینی کردند، ممکن است به سبب تفاوت در روش بررسی متغیرها باشد. در مدل‌یابی معادلات ساختاری شبکه‌ای از روابط متغیرهای مکنون برون‌زا و درون‌زا و نشانگرهای مربوط به آنها مورد مطالعه قرار می‌گیرد و معناداری هر مسیر با توجه به مسیرهای دیگر در مدل محاسبه می‌شود. این نوع روش بررسی نسبت به تحلیل رگرسیون و یا روابط ساده متغیرها تا حدودی متفاوت است (هومن، ۱۳۹۰). دوم آنکه، بارها در ادبیات پژوهشی عنوان شده است که عوامل جداگانه‌ای ممکن است در رشد اختلال خوردن نقش داشته باشند (لانگ و دیگران، ۲۰۰۰). یکی از این عوامل ممکن است پدیده فرهنگی باشد که در اختلال خوردن مهم است (فیتزسیمونز-کرافت، ۲۰۱۱).

سوم آنکه، بیان شد که پیوند والدینی نامطلوب همیشه از طریق رشد باورهای هسته‌ای و یا خودباوری منفی افراد را به سوی اختلال خوردن بیشتر هدایت نمی‌کند، بلکه باورها در بافت اختلال خوردن ممکن است نقش چندگانه و پیچیده‌ای در رابطه بین پیوند والدینی و اختلال خوردن ایفا کنند (جونز و دیگران، ۲۰۰۵).

چهارم آنکه، با توجه به شیوع بالای افسردگی در اختلال خوردن (توچت و دیگران، ۲۰۱۱) و رابطه مثبت افسردگی با باورهای اختلال خوردن (رز و دیگران، ۲۰۰۶) ممکن است باورهای اختلال خوردن از طریق این متغیر میانجی رابطه غیرمستقیم با اختلال خوردن داشته باشد.

در نهایت، با فرض اینکه حتی افراد تجارب والدینی منفی را تجربه کنند که مرتبط با طحرواره خاصی باشد. اما طحرواره مورد انتظار ممکن است هرگز شکل نگیرد و یا منجر به رشد اختلال خوردن نشود. این مهم می‌تواند دلایل متفاوتی داشته

ناسالم مادر با کودک می‌تواند انتظارات غیرواقعی در مورد غذا و وزن ایجاد کند (لوکاس، ۲۰۱۰). با این حال، تأکید شده است که پیوند والدینی بهینه به‌خصوص پیوند مادری در سال‌های ابتدایی زندگی در شکل‌گیری باورها و طحرواره‌ها نقش بسزایی دارد (الیوت و لاسن، ۱۹۹۷) و می‌تواند به تحول باورهای مثبت منجر شود (اینگرام و دیگران، ۲۰۰۱). علاوه بر این، روابط مثبت والدین ممکن است از طریق پیشگیری از درماندگی روان‌شناختی نوجوانان، در برابر اختلال خوردن حفاظت کند (ترنر و دیگران، ۲۰۰۵).

بر اساس نظریه بالبی (۱۹۷۳) در مدل درون‌کاری خود و دیگران^۱، وقتی پیوند والد و کودک با مراقبت کافی، گرمی و پاسخدهی مناسب به نیازهای کودک همراه است، در کودک خودباوری مثبت، حس اعتماد و حرمت خود رشد می‌کند (بالبی، ۱۹۷۳؛ اینگرام و دیگران، ۲۰۰۱). همچنین، کودک این باور مثبت را رشد می‌دهد که دیگران قابل اطمینان و قابل اتکا هستند (وردن، پیترز، بری، باروکلو و لیورسیچ، ۲۰۰۸). همسو با نظریه دلبستگی، ریان و دسی (۲۰۰۰) نیز معتقدند که امنیتی که در رابطه مادر و فرزند احساس می‌شود، در درازمدت به خودباوری و تحول روانی مثبت منجر می‌شود و پس‌خوراند^۲ مناسب و محیط حمایت‌گرایانه، احساس شایستگی را در آنها ارتقا می‌بخشد و تحول گرایش‌های فطری و خودنظم‌جویی را تسهیل می‌کند. علاوه بر این، در مدل قطبیت طحرواره^۳ الیوت و لاسن (۱۹۹۷) به طحرواره انعطاف‌پذیر پیچیده و یکپارچه‌ای اشاره شده است که عناصر متضاد طحرواره‌های مثبت و منفی در آن به خوبی سازمان یافته‌اند. بر اساس این نظریه، این طحرواره‌ها که در اثر تعامل میان فردی شکل گرفته‌اند، می‌توانند به تحول باورهای مثبت منجر شوند. بنابراین، همان‌طور که قبلاً اشاره شد، پیوند مادری بهینه با افزایش مراقبت و کاهش حمایت افراطی ممکن است به تحول طحرواره‌ها و باورهای سالم منتهی شود و از این طریق تحول باورهای ناسالم و بی‌نظمی رفتار خوردن کاهش یابد.

پیشتر گفته شد که نتیجه پژوهش حاضر با یافته شایقیان (۱۳۸۷) متفاوت است. مطالعه شایقیان دو تفاوت اساسی با پژوهش کنونی دارد. در نمونه مطالعه او تنها دختران سال دوم

باشد که یانگ و دیگران (۲۰۰۳) به سه دلیل آن اشاره کرده‌اند: (۱) خلق‌وخوی فرد مانع از شکل‌گیری طحوااره شود، (۲) یکی از والدین یا افراد مهم زندگی فرد در دوران کودکی، نقایص محیط را جبران کرده است، و یا (۳) شخص در مسیر زندگی خود با فرد مهمی ارتباط داشته یا اتفاقی افتاده است که به بهبودی طحوااره فرد منجر شده است. در مطالعه ما چنین نقشی ممکن است از طرف پدر یا همسالان ایفا شده باشد که به دلیل تعداد زیاد متغیرهای مورد مطالعه، بررسی نشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. محدودیت اصلی پژوهش حاضر این بود که تنها برای دانش‌آموزان پایه دوم دبیرستان تا پیش‌دانشگاهی انجام شد. بنابراین، نتایج آن به سایر مقاطع تحصیلی قابل تعمیم نیست. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده نقش هر دو والد در قالب پیوند والدینی، همچنین دل‌بستگی به همسالان و نقش میانجی افسردگی و اضطراب با نمونه متنوع‌تر از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد بررسی قرار گیرد.

نتایج پژوهش حاضر از نظر کاربردی، تأثیر مثبت پیوند مادری بهینه را در کاهش رشد باورهای اختلال خوردن و ناگویی خلقی و همچنین پیشگیری از اختلال خوردن آشکار کرد. اهمیت کاربردی یافته‌ها در این است که ناگویی خلقی اثر بازدارنده در فرایند درمان اختلال خوردن دارد (اسپرانزا، لواس، گیلیاود و کورکاس، ۲۰۱۰)، لذا ضروری است متخصصان بالینی در فرایند درمان به آن توجه کنند.

منابع

- افشاری، ا. (۱۳۸۷). بررسی صفات شخصیتی، سبک‌های دل‌بستگی، رویدادهای استرس‌زای زندگی و جنسیت به عنوان پیش‌بین‌های ناگویی خلقی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۴). متن تجدیدنظرشده مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا (ترجمه م. ر. نیکخو و ه. آوادیتس یانس). تهران: انتشارات سخن (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۰).
- سادوک، ب. و سادوک، و. (۱۳۸۲). کلیات روان‌پزشکی (ترجمه ن. پورافکاری). تهران: انتشارات شهراب (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۳).
- شایقیان، ز. (۱۳۸۷). بررسی رابطه پیوند والدینی، باورهای ناسازگار هسته‌ای و باورهای اختلال خوردن با اختلال خوردن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- زینالی، ش.، مظاهری، م.، صادقی، م. و جباری، م. (۱۳۹۰). رابطه دل‌بستگی مادر-کودک و ویژگی‌های روانی مادران با مشکلات غذا خوردن در کودکان. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ۱ (۱۹)، ۶۵-۵۵.
- هومن، ح. ع. (۱۳۹۰). تحلیل‌های چندمتغیری در پژوهش رفتاری. تهران: انتشارات فرهنگ.
- Abraczinskas, M., Fisak, Jr. B., & Barnes, R. D. (2012). The relation between parental influence, body image, and eating behaviors in a nonclinical female sample. *Journal of Body Image*, 9, 93-100.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32.
- Baker, C. N., & Hoerger, M. (2012). Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Personality and Individual Differences*, 2 (7), 800-805.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Berenbaum, H., & James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 56, 353-9.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Journal of Psychological Reports*, 101, 209-220.

- Fassino, S., Amianto, F., Rocca, G., & Daga, G. A. (2010).** Parental bonding and eating psychopathology in bulimia nervosa: Personality traits as possible mediators. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 214-222.
- Fitzsimmons-Craft, E. E. (2011).** Social psychological theories of disordered eating in college women: Review and integration. *Journal of Clinical Psychology Review*, 31, 1224-1237.
- Fukunishi, I., & Paris, W. (2001).** Intergenerational association of alexithymic characteristics for college students and their mothers. *Journal of Psychological Report*, 89 (1), 77-84.
- Fukunishi, I., Sei, H., Morita, Y., & Rahe, R. H. (1999).** Sympathetic activity in alexithymics with mother's low care. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 579-589.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983).** Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Hobart, J. A., & Smucker, D. R. (2000).** The female athlete triad. *American Family Physician*, 61, 3357-3364.
- Hund, A. R., & Espelag, D. L. (2006).** Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*, 30, 393-407.
- Ingram, R. E., Overbey, T., & Fortier, M. (2001).** Individual differences in dysfunctional automatic thinking and parental bonding: Specificity of maternal care. *Personality and Individual Differences*,
- Bowlby, J. (1973).** *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, I., Bongiorno, A., & et al. (1996).** Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexi-thymia Scale: An Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 551-559.
- Cooper, M. J. (2006).** Beliefs and their relationship to eating attitudes and depressive symptoms in men. *Eating Behavior*, 7 (4), 423-6.
- Cooper, M. J., Cohen-Tovee, E., Todd, G., Wells, A., & Tovee, M. (1997).** The Eating Disorder Belief Questionnaire: Preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 381-388.
- Cooper, M. J., Todd, G., & Wells, A. (1998).** Content, origins and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 213-230.
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004).** A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 1-16.
- De Panfilis, C., Rabbaglio, P., Rossi, C., Zita, G., & Maggini, C. (2003).** Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders. *Psychopharmacologia*, 36, 239-246.
- Elliott, C. H., & Lassen, M. K. (1997).** A Schema Polarity Model for case conceptualization, intervention, and research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 12-28.
- Fairchild, H., & Cooper, M. (2010).** A multi-dimensional measure of core beliefs relevant to eating disorders: Preliminary development and validation. *Journal of Eating Behaviors*, 11, 239-246.

- R., & Mitchell, J. (2006).** Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review, 26*, 299-320.
- Lucas, V. (2010).** *Impact of parenting factors and personal ego development on risk for eating disorders among college women.* Dissertation for the degree of doctor of philosophy, Marquette University.
- Lumley, M. A., Mader, C., Gramzow, J., & Pineau, K. (1996).** Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine, 58*, 211-216.
- Mason, O., Tyson, M., Jones, C., & Potts, S. (2005).** Alexithymia: Its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*, 113-125.
- Mazzeo, S. E., & Espelage, D. L. (2002).** Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: An investigation of the mediating role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology, 49*, 86-100.
- Mazzeo, S. E., Mitchell, K. S., & Williams, L. G. (2008).** Anxiety, alexithymia, and depression as mediators of the association between childhood abuse and eating disorder behavior in African-American and European-American women. *Psychology of Women Quarterly, 1* (3), 384-395.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978).** *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context.* Massachusetts: Harvard University Press.
- Parker, G. (1983).** *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development.* New York: Grune and Stratton.
- Parker, J. D., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2008).** Latent structure of the alexithymia 30, 401-412.
- Jones, C., Harris, T. G., & Leung, N. (2005).** Parental rearing behaviours and eating disorders: The moderating role of core beliefs. *Journal of Eating Behaviors, 6*, 355-364.
- Karukivi, M., Hautala, L., Korpelainen, J., Haapasalo Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M., & Saarijarvi, S. (2010).** Alexithymia and eating disorder symptoms in adolescents. *Eating Disorder, 18* (3), 226-238.
- Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., & Saarijärvi, S. (2010).** Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia? A study in Finnish late adolescents. *Psychiatry Research, 187* (2), 254-260.
- Kline, P. (2005).** *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Kooiman, C. G., VanReesVellinga, S., Spinhoven, P., Draijer, N., Trijsburg, R. W., & Rooijmans, H. G. M. (2004).** Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatic, 73*, 107-116.
- Lerner, H. D. (1993).** Self-representation in eating disorders: A psychodynamic perspective. In Z. V. Segal & S. J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress* (pp. 267-298). N.Y.: Guilford Press.
- Leung, N., Thomas, G., & Waller, G., (2000).** The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology, 39*, 205-213.
- Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby,**

- Sheffield, A., Waller, G., & Emanuelli, F. (2009).** Do schema processes mediate links between parenting and eating pathology? *European Eating Disorders Review, 17*, 290-301.
- Stice, E., Ng, J., & Shaw, H. (2010).** Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 518-525.
- Taylor, G. J. (2000).** Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 134-142.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2000).** An overview of the alexithymia construct. In Bar-On R and Parker, J. D. A. (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 40-67). San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997).** *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thorberg, F. A., Young, R. McD., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2011).** Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry, 26*, 187-193.
- Touchette, E., Henegar, A., Godart, N. T., Pryor, L., Falissard, B., Tremblay, R., & et.al (2011).** Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. *Psychiatry Research, 185*, 185-192.
- Tsaousis, I., Taylor, G., Quilty, L., Georgiadese, S., Stavrogiannopoulos, M., & Bagby, R. M. (2010).** Validation of a Greek adaptation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Comprehensive Psychiatry, 51*, 443-448.
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005).** Schema and parental bonding in overweight and construct: A taxometric investigation. *Psychological Assessment, 20*, 385-396.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003).** The 20-item Toronto Alexithymia Scale-III: Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 269-275.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979).** The parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology, 52*, 1-10.
- Pedrosa, F., Weigl, M., Wessels, T., Irnich, D., Baumüller, E., & Winkelmann, A. (2008).** Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia. *Psychosomatics, 49*, 115-122.
- Ridout, N., Thom, C., & Walli, D. J. (2010).** Emotion recognition and alexithymia in females with non-clinical disordered eating. *Journal of Eating Behaviors, 11*(1), 1-5.
- Rose, K. S., Cooper, M. J., & Turner, H. (2006).** The Eating Disorder Belief Questionnaire: Psychometric properties in an adolescent sample. *Journal of Eating Behaviors, 7*, 410-418.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000).** Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*, 68-78.
- Sasai, k., Tanaka, k., & Hishimota. A. (2010).** Alexithymia and its relationships with eating behavior, self esteem, and body esteem in college women. *Kobe Journal of Medical Sciences, 56* (6), 231-238.
- Scoffier, S., Paquet, Y., & d'Arripe-Longueville, F. (2010).** Effect of locus of control on disordered eating in athletes: The mediational role of self-regulation of eating attitudes. *Journal of Eating Behaviors, 11*, 164- 169.

- and health-related coping. *Journal of Psychology of Psychosomatic Research*, 55 (4), 341-347.
- Wearden, A., Peters, L., Berry, K., Barrowclough, C., & Liversidge, T. (2008).** Adult attachment, parenting experiences, and core beliefs about self and others. *Personality and Individual Differences*, 44, 1246-1257.
- World Health Organization (2005).** *Mental health: Facing the challenges, building solutions: Report from the WHO European Ministerial Conference*. Retrieved March 27, 2010 from <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>
- Yelsma, P., Hovestadt, A. J., Anderson, W. T., & Nilsson, J. E. (2000).** Family of origin expressiveness: Measurement, meaning, and relationship to alexithymia. *Journal of Marital & Family Therapy*, 26, 353-363.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003).** *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, 29 (4), 381-387.
- Vitousek, K. B., & Ewald, L. S. (1993).** Self-representation in eating disorders: A cognitive perspective. In Z. V. Segal & S. J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress* (pp. 221-266). New York: Guilford Press.
- Waldherr, K., Favaro, A., Santonastaso, P., VanStrien, T., & Rathner G. (2008).** Comparison of the Eating Disorder Inventory (EDI) in the Netherlands, Austria and Italy. *European Eating Disorders Review*, 16 (6), 472-479.
- Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2005).** Schema-focussed cognitive behaviour therapy with the eating disorders. In L. P. Riso, P. T. du Toit & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist practitioner guide*. New York: American Psychiatric Association.
- Wearden, A. J., Cook, L., & Vaughan-Jones, J. (2003).** Adult attachment, alexithymia, symptom reporting,