

## Structural Relationships of the Personality Organization, Object Relations and Defense Mechanisms with Pathological Eating Disorder

Monajem, A., Monirpour, \*N., Mirzahosseini, H.

### Abstract

**Introduction:** The present study aims to Explaining model of pathological eating patterns on the basis of Primary Object Relation, personality organization and defense mechanisms.

**Method:** The research method was descriptive and correlational. The statistical population of the study consisted of all undergraduate students of Payame Noor University and Islamic Azad University in Qom in the second half of the school year they were in 2017-18. For this purpose, 888 of these students were selected using multi-stage cluster random sampling. In order to collect data, the Subject Relations Questionnaire (1995), The Kernberg Personality Inventory Questionnaire (IPO), the Iranian Form of Defense Styles (Andrews et al., 1989) and Garner et al. (1982) Eating Attitudes Questionnaire (1982) were used to analyze the data. A confirmatory and exploratory factor analysis was used.

**Results:** The results showed directly that 16.81% of the dispersion of the scores of pathological eating patterns was explained through the Primary object relation and 6 % through the defense mechanisms. Also, in this model, 24.01% of dispersion of personality organization were explained through the defense mechanisms. In addition, the results of this study, estimating the structural model in which object relations and personality organization as a variable of defense and defense mechanisms were introduced into the middle eagle, showed that this model explains 41.07% of pathological eating patterns.

**Conclusion:** The pathological eating patterns both directly and indirectly could be interpreted by defense mechanisms via primary object relations and personality organization.

**Keywords:** pathological eating patterns, primary object relation, personality organization, defense mechanisms.

## روابط ساختاری سازمان یافتگی شخصیت، مکانیزم‌های دفاعی و روابط موضوعی با الگوی مرضی خوردن

عارفه منجم<sup>۱</sup>، نادر منیرپور<sup>۲</sup>، حسن میرزاحسینی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۲/۰۴ تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۷/۲۷

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف تبیین مدل الگوهای مرضی خوردن بر اساس روابط موضوعی اولیه، سازمان یافتگی شخصیت و مکانیزم‌های دفاعی انجام شد.

**روش:** این پژوهش از نوع توصیفی بود که به روش همبستگی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه پیام‌نور و آزاد اسلامی شهر قم در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود، که ۸۸۸ نفر از آنها با استفاده از روش نمونه-گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. شرکت کنندگان پرسشنامه‌های روابط موضوعی، سازمان‌یافتگی شخصیت کرنبرگ، فرم ایرانی سبک‌های دفاعی و پرسشنامه نگرش‌های خوردن را تکمیل نمودند. مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از داده‌های بدست آمده از پرسشنامه‌ها انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که روابط موضوعی به طور مستقیم ۱۶/۸۱ درصد و به واسطه مکانیزم‌های دفاعی ۶ درصد از الگوهای مرضی خوردن را تبیین می‌کند. بعلاوه، سازمان یافتگی شخصیت به طور مستقیم ۲۴/۰۱ درصد و به واسطه مکانیزم‌های دفاعی ۱/۰۲ درصد از الگوهای مرضی خوردن را تبیین نمود. در مجموع، برآورد مدل ساختاری که در آن روابط موضوعی و سازمان شخصیت به عنوان متغیر پیش بین و سازوکارهای دفاعی به عنوان متغیر میانجی وارد مدل شدند، نشان داد که این مدل ۴۱/۰۷ درصد از الگوهای مرضی خوردن را تبیین می‌کند.

**نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که الگوهای مرضی خوردن هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم و از طریق سازوکارهای دفاعی از طریق روابط موضوعی اولیه و سازمان-یافتگی شخصیت به صورت مثبت تبیین می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** الگوهای مرضی خوردن، روابط موضوعی اولیه، سازمان یافتگی شخصیت، مکانیزم‌های دفاعی.

## مقدمه

مسیر در بیشتر موارد با بالاتر رفتن سن و شدت گرفتن علایم کنترل نشده و باعث بروز اختلال به شکل معیارهای کامل می‌شود در این شرایط مداخله و جلوگیری از شدت آن به دلیل مزمن شدن اختلال بسیار سخت‌تر از گذشته خواهد بود. با قرار دادن فرد در پیوستار بالا و رفتن او به سمت خوردن‌های آشفته و اختلالات خوردن، فرد وارد اختلال به شکل خالص آسیب‌شناختی شده و علاوه بر اختلالات خوردن، اختلالات همبود دیگر نیز فرد را تهدید می‌کند. برخی محققان نشان دادند که بین نشانگان بی‌اشتهایی عصبی و افسردگی، وسواس، اضطراب، عزت‌نفس پایین رابطه وجود دارد (۸). طبق نظر برخی دیگر، اختلال خوردن با بروز بیماری‌های روانی از جمله سوء‌مصرف مواد ارتباط دارد و علایم روانشناختی و رفتاری در این افراد شایع‌تر است (۹). نقش میانجی احساس شرم و گناه در اختلالات خوردن (۱۰)، نقش کمال‌گرایی در پیش‌بینی نگرش‌های مرضی خوردن (۷۷)، پیش‌بینی پرخوری در زنان و مردان در امارات متحده عربی نشان داد که پرخوری بوسیله سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه موجب کاهش هیجانات منفی و احساس تنهایی و خستگی می‌گردد. همچنین احساس گناه و نگرانی بیش از حد در مورد شکل و وزن بدن مرتبط با نمایه توده بدنی در رفتار پرخوری بسیار با اهمیت تلقی شده است (۱۱).

بی‌اشتهایی عصبی در گروه‌های فرهنگی و اجتماعی گوناگونی بروز می‌کند گرچه شواهد در دسترس، یادآور تفاوت‌های بین فرهنگی در وقوع و تظاهر آن است (۱). پژوهش در مورد ویژگی‌های روانشناختی و رفتاری زنان دارای اختلال در کشور سنگاپور و کشور امارات متحده، تفاوت معناداری را در تظاهر نشانگان اختلال با کشورهای غربی نشان نداد (۱۱، ۱۲). پیرو نشانگان پراشتهایی عصبی نیز، احساس گناه و عذاب وجدان، افسردگی یا نفرت از خود روی می‌دهد. در بعضی منابع همراهی بی‌اشتهایی عصبی با اختلال افسردگی عمده ۵۰-۷۰٪ و با اختلالات اضطرابی ۶۵٪ ذکر شده است (۱۳). گزارش سالیانه سازمان بهداشت جهانی نیز افزایش رو به رشد تعداد مبتلایان به اختلال خوردن را نشان می‌دهند (۱۴).

یکی از اختلالات شایع روانپزشکی که عمدتاً در ابتدای دوران نوجوانی و جوانی در افراد مشاهده می‌شود اختلالات خوردن است. یک سلسله عوامل ژنتیک، روان‌شناختی، رفتاری و محیطی که در افراد متغیرند، در ایجاد چاقی سهم دارند. بین چاقی و تعدادی از اختلالات روانی (مثل اختلال پرخوری، اختلالات افسردگی و دوقطبی، اسکیزوفرنیا) رابطه وجود دارد (۱). بعضی مبتلایان علایم مربوط به خوردن را طوری گزارش می‌کنند که یادآور حالتی است که در مبتلایان به اختلالات مصرف مواد وجود دارد (۲). افراد مبتلا به اختلالات خوردن به طور عام میزان مرگ و میر عمدتاً بالایی دارند. به عنوان نمونه بیماری بی‌اشتهایی عصبی احتمالاً بالاترین میزان مرگ و میر در بین اختلالات روانپزشکی را داراست (۳). انواع اختلالات خوردن در ۴ درصد نوجوانان و جوانان دانش‌آموز- دانشجو گزارش شده است (۴). سایر اختلالات معین و نامعین تغذیه و خوردن که به طریق دیگری مشخص نشده است (EDNOS) شایع‌ترین تشخیص اختلال خوردن می‌باشد (در حال حاضر حدود ۷۵ درصد تمام موارد اختلالات خوردن در جامعه) با این وجود، پژوهش و پیشینه بسیار کمی در رابطه با عوامل سبب‌شناختی اختلالاتی که این تشخیص را دربر می‌گیرد وجود دارد (۵).

نشانگان بی‌اشتهایی عصبی معمولاً بین ۱۰ تا ۳۰ سالگی شروع و بعد از سیزده سالگی میزان تبدیل این نشانگان و الگوها به بی‌اشتهایی عصبی به سرعت افزایش می‌یابد این روند در هفده سالگی به حداکثر خود می‌رسد (۶). معمولاً علایم و نشانگان پرخوری عصبی شایع‌تر از بی‌اشتهایی عصبی دیده می‌شود (۳). تخمین زده می‌شود که نرخ شیوع پراشتهایی عصبی به شکل خالص آن در زنان جوان ۱ تا ۴ درصد است. حدود ۲۰ درصد از دانشجویان دختر در دانشگاه‌ها در طول چند سال تحصیل در کالج نشانگان پرخوری عصبی را نشان می‌دهند (۷). این نشان می‌دهد که بیشتر افراد تنها دارای برخی علایم و نشانگان بوده که این روند به همین شکل باعث بروز مشکلات و اختلال به شکل خالص می‌شود. با شروع برخی علایم زیر آستانه‌ای بویژه در این سنین فرد دچار علایمی از بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی و چاقی شده که این

داشته است. همچنین نیروی انگیزشی اولیه انسان را جستجوی موضوع می‌دانند. آنها روابط موضوعی را به جای یک از کارکردهای من، بافتی در نظر می‌گیرند که همه کارکردهای دیگر من نیز درون آن رشد می‌کند. به نظر می‌رسد بازنمایی‌های فرد از خودش و دیگران و عواطف همراه با این بازنمایی‌ها در بسیاری از تعاریف گسترده دیدگاه‌های روان‌تحلیلی مشترک است. روابط موضوعی را می‌توان ظرفیت افراد برای روابط انسانی در نظر گرفت که در سال‌های نخستین زندگی شکل می‌گیرد (۲۵).

از دیدگاه روابط ابژه، توانایی برقراری روابط ارضاکنده متقابل تا حدودی به الگوی درون‌فکنی‌شده‌ی ناشی از تعاملات اولیه با والدین یا سایر افراد مهم مربوط است (۲۹). بیماران مبتلا به این اختلال، اشتغال فکری و سواس گونه با خوردن و افزایش وزن را جایگزین سایر مسایل طبیعی نوجوانی می‌کنند. عواملی نظیر روان‌رنجوری دوران کودکی، تعارض با پدر و مادر فاقد حس خودمختاری و خود-بودن (۲۶)، صمیمیت کمتر بین اعضای خانواده، تعارضات بیشتر درون روانی و والدین معمولاً بی‌توجه و طرد-کننده (۳۱، ۳۲) بسیاری از این افراد سابقه‌ی مشکلاتی در جدا شدن از مراقبین خود داشته‌اند، که با فقدان ابژه‌های انتقالی در سال‌های اولیه کودکی تجلی می‌کند و این بیماران از بدن خود به عنوان ابژه انتقالی استفاده می‌کنند (۳۳) و یا تلاش برای گسستن از تصویر مادر به صورت تردید و دوگانگی در مورد غذا ابراز می‌شود (۳۴).

بیماران به گونه‌ای شبیه دونیم‌سازی غذا را به ۲ طبقه تقسیم می‌کنند: مغذی و مضر. غذایی که مغذی تلقی می‌شود و ممکن است خورده شده و بازگردانده نشود چرا که به طور-ناخودآگاه نماد درون‌فکنده‌های خوب است، ولی غذاهای مضر به طور ناخودآگاه با درون‌فکنده‌ای بد ارتباط دارد لذا با استفراغ دفع می‌شود (۴).

از طرفی آسیب‌شناسی روانی نیز هم براساس تعارضات ایجاد شده و ناتوانی ایگو جهت برقراری تعادل بین سطوح شخصیت قابل فهم است و هم از راه فهم شیوه‌ای که فرد تعارض را کنترل می‌کند، یعنی از راه مکانیسم‌های دفاعی ایگو، درک می‌شود (۲۷). ایگو برای جلوگیری از ورود تکانه‌ها به هشیاری، مقدار زیادی انرژی صرف می‌کند و از سازوکارهای دفاعی بسیار محدود کننده استفاده می‌کند

مشکلات خوردن به طور فزاینده‌ای در ۳۰ سال گذشته مطرح شده‌اند و در طول ۴ دهه گذشته در ایالات متحده آمریکا این اختلالات دو برابر شده است (۱۱). برخی بررسی‌های انجام شده در جوامع غربی نشان دهنده آن هستند که ۸۰٪ دختران ۱۸ ساله با نمایه توده بدن (BMI) طبیعی تمایل به کاهش وزن و بروز رفتارهای غیر طبیعی به خوردن دارند که افزایش استعداد ابتلا به اختلالات خوردن در این افراد مشاهده می‌شود (۱۵).

در مورد جمعیت ایرانی نوبخت در تحقیق خود نتیجه می‌گیرد میزان شیوع اختلالات خوردن در نوجوانان ایرانی با بسیاری از مطالعات که در جمعیت‌های غربی انجام شده است همخوانی دارد و از بیشتر مطالعاتی که در جمعیت‌های شرقی انجام شده بالاتر است (۱۶). افرادی که در آنها تشخیص اختلال خوردن داده می‌شود، علایم آنها با اختلال روانپزشکی از جمله اختلال عاطفی و خلقی و شخصیت همپوشی دارد به طور نمونه رابطه تحریف‌های شناختی و اختلالات خوردن (۱۷)، ارتباط دلبستگی و اختلالات خوردن (۱۸)، کیفیت روابط موضوعی و ارتباط آن با اختلالات شخصیت، عاطفه منفی و نداشتن کنترل تکانه (۱۹)، عزت نفس و افسردگی و نقش آن در اختلالات خوردن (۲۰)، نقش واسطه‌ای ویژگی‌های شخصیت و عملکرد خانواده و سبک‌های دلبستگی با اختلالات خوردن (۲۱)، کنترل تکانه و تنظیم عاطفه (۲۲)، کیفیت زندگی و مکانیسم‌های دفاعی و انسجام ایگو (۲۳)، نقش عزت‌نفس پایین در زنان در ارتباط با اختلال خوردن و مصرف الکل (۲۴)، لازم به ذکر است آموخته‌ها یک ویژگی ضروری برای خانم‌ها نمی‌باشد و ۵ تا ۱۰ درصد افراد مبتلا مذکرند (۳)، جدایی از ابژه و بازنمایی-های خود-ابژه و عاطفه بین واحدهای روابط موضوعی در شکل‌گیری خود، استفاده از دفاع‌ها بسیار با اهمیت تلقی می‌گردد (۲۵). سنجش روابط موضوعی به عنوان یکی از مفاهیم کلیدی در دیدگاه‌های روان‌تحلیلی، در دهه‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است. هر چند نخستین بار فروید اصطلاح موضوع را ابداع و به عنوان وسیله ارضای تکانه معرفی کرد. نظریه پردازان دیگر موضع متفاوتی در برابر موضوع و روابط موضوعی گرفتند. رویکرد رابطه با ابژه معتقد است شخصیت حاصل درونی‌سازی روابط اولیه‌ای است که شخص در طول رشد

سه سطح آسیب‌شناسی شخصیت را با توجه به سطح سائق‌ها، ساختارها، روابط موضوعی و روند رشد مطرح نموده است. کرنبرگ، در یک الگوی نظری، سازمان شخصیت بهنجار، مرزی و نابهنجار را در چارچوب یک پیوستار نشان داده است (۳۲). وی بر عملکرد شخصیت بهنجار، نابهنجار، آسیب‌شناسی شخصیت و سازه‌های روانشناختی شخصیت تاکید کرد. او سازمان شخصیت بهنجار، مرزی و نابهنجار را در چارچوب یک پیوستار نشان می‌دهد و نقش تعاملی عوامل محیطی و زیست‌شناختی در شکل‌گیری اختلالات شخصیت، مهم تلقی شده است (۳۲، ۷۵). کرنبرگ تحقیقات مختلفی روی بیماری‌های مختلف روی سازمان شخصیت انجام داد و در برخی از آنها مشخص کرد بی‌ثباتی فوق‌العاده‌ی عاطفه، خلق، رفتار و مشکلات مربوط به روابط شی در آنها وجود دارد (۳۳).

در الگوی کرنبرگ (۳۴)، فرض بر این است که دفاع‌های نخستین، سطح مرضی شخصیت را مشخص ساخته و با دیگر دفاع‌های مورد استفاده در افراد بهنجار متفاوت هستند (۳۵). نشانگان الگوی رفتارهای خوردن آشفته که سبب اختلال در روابط بین فردی، سلامت و بهزیستی می‌گردد معمولاً به دنبال عوامل تشدیدکننده روان‌شناختی مثل اضطراب، اختلالات خلقی، افسردگی و تنش‌های ناشی از تحریکات عصبی بروز الگوهای رفتاری خوردن آشفته شدت پیدا می‌کند. اختلالات نگرش به خوردن شامل گروهی از نگرش‌ها و رفتارهای مرضی در ارتباط با خوردن، عادات غذایی، وزن و شکل ظاهری بدن می‌شود که در صورت تداوم و عدم مداخله می‌توانند به سندرم‌های شدید و پر-عارضه‌ای همچون اختلالات خوردن تبدیل شوند. اختلالات خوردن و اختلالات روانی همبند، منجر به بیماری‌های قلبی و عروقی، اسکلتی، گوارشی، عوارض عمده‌ای بخصوص از نظر سوء‌تغذیه، تهدید به سلامت عمومی برای مبتلایان و بسیاری از بیماری‌های دیگر شود. در مطالعه‌ای هالمی و همکاران نتیجه گرفتند که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال-خوردن دچار انزوای طلبی، اضطراب بالا و عزت نفس پایین هستند (۳۶).

در همین راستا نتایج بررسی‌های فاسینو نشان داد که این افراد دارای هیجان‌های منفی از جمله پرخاشگری و روان-رنجوری بالا می‌باشند. کای و بولیک تورنتون، بارباریچ و

که در این صورت، نشانه‌های روان‌نژندی بروز می‌کند (۲۸). سازوکارهای دفاعی، فرایندهای تنظیم‌کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده، عمل می‌کنند (۲۳). فریود فراوانی استفاده از سازوکارهای دفاعی متفاوت در مقایسه با دیگران را متغیر اصلی برای شناخت شخصیت، آسیب‌شناسی و میزان سازش یافتگی می‌دانست (۲۹). ساز و کارها و سبک‌های دفاعی را می‌توان بر حسب سلسله مراتبی از سازش یافتگی تنظیم کرد. سازوکارها و سبک‌های دفاعی سازش یافته با پیامدهای سلامت جسمانی و روانی در ارتباط می‌باشند (۳۰).

زیادتی، جاسینسکی، لایبوی و لوملی دریافتند، قدرت من پایین با نشانه‌های افسردگی از قبیل احساس گناه و فقدان عقاید تأثیرگذاری بر محیط ارتباط دارد. همچنین نتایج نشان داد که عدم توانایی در کنترل شرایط متغیر و بی‌ثبات محیطی، باعث پایین آمدن عزت نفس و تهدید ایگوی افراد می‌شود. هم چنین یافته‌های سولبرگ و نورینگ عملکرد و کارکردهای ایگو اختلالات خوردن را پیش بینی نماید (۳۱). همچنین برای چند سال می‌تواند بهبودی اختلالات خوردن را نیز پیش‌بینی کند. در پژوهش‌های متعدد به بررسی ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به این نشانگان پرداخته شده است. در اکثر رویکردهای نظری سال‌های اولیه زندگی در شکل‌گیری شخصیت از اهمیت بسیاری برخوردار است و از مهم‌ترین عواملی که تعیین‌کننده شخصیت فرد در بزرگسالی می‌باشد، رابطه کودک با فرد مراقبت‌کننده‌اش است. وجود یا عدم وجود این رابطه و همچنین چگونگی کیفیت این رابطه بین نوزاد و مراقب او مورد توجه است. در مورد ساختار شخصیت و مسایل روان‌پویایی الگوهای اختلال خوردن پژوهش‌های زیادی وجود ندارد، این در حالی است حمایت‌های تجربی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد احتمالاً برخی مؤلفه‌های ساختاری شخصیت و مسایل روان‌پویایی مهم در آغاز و تداوم نشانه‌های اختلالات خوردن نقش دارد (۲۳).

در واقع ساختارهای شخصیت را می‌توان به عنوان یکی از علل تأثیر گذار بین علل موثر دیگر در رفتارهای مرضی خوردن و نمایه‌ای آسیب‌شناختی در نظر گرفت. کرنبرگ

داده‌ها از تحلیل مسیر استفاده شد. در این پژوهش از چهار پرسشنامه به منظور جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد که در ادامه ارائه شده‌اند.

### ابزار

۱- برای اندازه‌گیری سازه کیفیت روابط موضوعی از پرسشنامه BORRTI Form O (۵۳) این پژوهش استفاده شد. پرسشنامه روابط موضوعی و واقعیت آزمایی<sup>۲</sup> (BORRTI) را بل در سال ۱۹۹۵ طراحی نمود. در این پرسشنامه ۴۵ سوال به سنجش روابط موضوعی و ۴۵ سوال به سنجش واقعیت آزمایی یا کارکردهای «من» می‌پردازد که در مجموع ۹۰ سوال را شامل می‌شود. این پرسشنامه ۴ خرده مقیاس: بی کفایتی<sup>۳</sup> (SI)، خودمیان بینی (EGO)<sup>۴</sup>، دلبستگی (IA)<sup>۵</sup> و بیگانگی (ALN)<sup>۶</sup> را شامل می‌شود. نمره گذاری این پرسشنامه بدین شکل می‌باشد که برای هر سوال دو گزینه بله و خیر مطرح می‌گردد. بل ضریب پایایی مقیاس روابط موضوعی را با فاصله زمانی ۲ هفته را بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۰ و با فاصله زمانی ۱۳ هفته، بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی آزمون بوسیله ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرهای بی کفایتی، خودمیان بینی، دلبستگی و بیگانگی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۸، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ گزارش شد.

۲- برای اندازه‌گیری سازه سازمان یافتگی شخصیت از پرسشنامه سازمان یافتگی شخصیت کرنبرگ (IPO)<sup>۷</sup> فرم ۳۷ سوالی سیاهه سازمان شخصیت کرنبرگ (۲۰۰۲) استفاده گردید. این سیاهه، دارای سه بعد واقعیت، دفاع‌های روانشناختی نخستین و سردرگمی هویت است. در مدل کرنبرگ از سازمان شخصیت، حاصل جمع سه عامل دفاع-های روانشناختی نخستین، سردرگمی هویت و آزمون واقعیت، بیانگر آسیب‌پذیری کلی شخصیت (شخصیت مرضی) و حاصل جمع نمرات دو بعد دفاع‌های روان-شناختی نخستین و سردرگمی هویت، ملاک کلی

مستترز با ارتباط بین دارای افکار وسواسی و اضطراب اجتماعی (۳۷)، استروبو، فری من و مورل همبودی با آسیب روانی جدی (۳۸)، آنگا و همکاران به اختلالات وسواسی، اضطرابی، افسردگی، خشم افراطی، خودکنترلی پایین و آمادگی زیاد به سوءمصرف مواد مخدر (۳۹)، کوک و همکاران (۴۰) و دیمیتروپولز و همکاران (۴۱) و کلاک در پژوهش خود چنین نتیجه‌گیری کردند که آسیب‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب و سطوح بالای تعارض و خشم و خصومت و ناسازگاری در خانواده‌های افرادی که دچار اختلال خوردن هستند بیشتر از دیگر افراد مشاهده شده است (۴۲). در این پژوهش سعی شده که به این سوال پاسخ داده شود آیا مدل ساختاری تبیین الگوهای مرضی خوردن با نقش مستقیم روابط موضوعی اولیه و کیفیت سازمان یافتگی شخصیت و نقش واسطه ای مکانیزم‌های دفاعی از برازش خوبی برخوردار است؟

### روش

**طرح پژوهش:** مطالعه حاضر از نوع طرح‌های همبستگی، با استفاده از روش مدلسازی معادلات ساختاری (SEM)<sup>۱</sup> است.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه پیام نور و آزاد اسلامی شهر قم بودند که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند. بدین منظور تعداد ۸۸۸ نفر از این دانشجویان دانشگاه پیام نور قم و آزاد اسلامی واحد قم در مقطع کارشناسی و ارشد با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل: سن بین ۱۸ تا ۳۰ سال - اشتغال به تحصیل در دانشگاه در زمان پژوهش - تمایل دانشجویان به شرکت در تحقیق - عدم اعتیاد به مواد و الکل و گویش فارسی و همچنین معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: استفاده از داروهای تجویزی و غیرتجویزی به منظور کاهش وزن - ابتلا به بیماری‌های خاصی مانند: دیابت، تیروئید، امراض قلبی-عروقی، انواع سرطان، بیماری‌های دستگاه اعصاب مرکزی مانند MS، افراد مبتلا به افسردگی، بی‌اشتهایی یا پرخوری عصبی و عدم تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش. وجود و فقدان ملاک‌های ذکر شده از طریق پرسشنامه محقق ساخته گزینش گردیدند. به منظور تحلیل

1- structural equation modeling

2- Bell Object Relations and Reality Testing Inventory

3- social incompetence

4- egocentricity

5- insecure attachment

6- alienation

7- Kernberg's Inventory of Personality Organization (IPO)

ضریب آلفای کرونباخ برای سازوکارهای رشد یافته، رشد نیافته و روان‌آزوده به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۲ گزارش شد.

۴- برای اندازه‌گیری الگوهای رفتاری مرضی خوردن از پرسشنامه پرسشنامه نگرش‌های خوردن گارنر و همکاران (۵۵) (EAT-26) استفاده شد. نوبخت در سال ۱۳۷۷ به نقل از ملونی و همکاران ۱۹۸۸ نشان داد که این ابزار خودسنجی طیف وسیعی از نشانه‌های مربوط به نگرش‌ها و رفتارهای خوردن را ارزیابی می‌کند و به نظر می‌رسد بهترین پرسشنامه موجود برای ارزیابی رفتارها و نگرش‌های بیمارگونه خوردن باشد. سه مؤلفه ۱- رژیم غذایی: به اجتناب از غذاهای چاق‌کننده و اشتغال ذهنی با لاغرتر بودن مربوط می‌شود. ۲- پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا: افکار مربوط به غذا و به همان نسبت پر اشتهایی را بررسی می‌کند. ۳- کنترل دهانی: کنترل خوردن و فشاری را که فرد از سوی دیگران برای افزایش وزن ادراک می‌کند را بررسی می‌کند. هر ماده در یک مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای (همیشه، بیشتر اوقات، خیلی اوقات، گاهی، به ندرت و هرگز) نمره‌دهی می‌شود. پاسخ «همیشه» نمره ۳، «بیشتر اوقات» نمره ۲، «خیلی اوقات» نمره ۱ و سه گزینه دیگر شامل «گاهی»، «به ندرت» و «هرگز» نمره صفر می‌گیرند. بنابراین دامنه نمرات بین صفر تا ۷۸ می‌باشد. نمره برش ۲۰ و بالاتر برای EAT-26 احتمال وجود اختلال خوردن را نشان می‌دهد (تلن و کورمیر، ۱۹۹۵). اعتبار محتوایی فرم فارسی EAT-26 مطلوب و پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است. این پرسشنامه تشخیصی ارائه نمی‌دهد، بلکه در عوض نشانه‌هایی را شناسایی می‌کند که سازگار با هر کدام از اختلال‌های خوردن است. در واقع،

شخصیت مرزی می‌باشد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط آل بهبهانی و همکاران (۵۴) مشخص شده است. روایی همزمان سیاهه سازمان شخصیت از طریق اجرای همزمان پرسشنامه باس-پری و مقایسه عاطفه مثبت و منفی انجام گردید که ضرایب همبستگی بین سیاهه سازمان شخصیت، خرده مقیاس‌های پرخاشگری جسمی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت و مقیاس عاطفه مثبت و منفی به ترتیب ۰/۵۷، ۰/۱۸، ۰/۳۹، ۰/۴۴، ۰/۲۱، ۰/۴۰ به دست آمد (۱۶). در پژوهش حاضر نیز پایایی آزمون بوسیله ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرهای دفاع‌های روان‌شناختی نخستین، سردرگمی هویت، آزمون-گری واقعیت و شخصیت مرزی، به ترتیب به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۷۶، ۰/۷۰ و ۰/۸۳ گزارش شد.

۳- سازوکارهای دفاعی آزمودنی‌ها در این پژوهش با استفاده از فرم ایرانی سبک‌های دفاعی (اندروز و همکاران، ۱۹۸۹) تعیین شد. این پرسشنامه یک ابزار ۴۰ سؤالی است که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) بیست سازوکار دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشد یافته، نوروتیک و رشد نیافته می‌سنجد. سبک دفاعی رشد یافته شامل مکانیزم‌های والایش<sup>۱</sup>، شوخی<sup>۲</sup>، پیش‌بینی<sup>۳</sup> و فرونشانی<sup>۴</sup> می‌باشد. مکانیزم‌های مربوط به سبک‌های دفاعی نوروتیک عبارتند از: ابطال<sup>۵</sup>، نوع‌دوستی کاذب<sup>۶</sup>، آرمانی‌سازی<sup>۷</sup> و واکنش متضاد<sup>۸</sup>. سبک‌های دفاعی رشد نیافته شامل دوازده سازوکار دفاعی می‌باشد: فرافکنی<sup>۹</sup>، پرخاشگری نافعال<sup>۱۰</sup>، عملی‌سازی<sup>۱۱</sup>، مجزاسازی<sup>۱۲</sup>، نازرنده سازی<sup>۱۳</sup>، خیال‌پردازی اوتیستیک<sup>۱۴</sup>، انکار، جابه‌جایی، تفرق، دوپارگی، دلیل تراشی و بدنی‌سازی. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از سبک‌های رشد یافته، رشد نیافته و نوروتیک در نمونه این تحقیق برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴؛ برای دانشجویان پسر ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۲؛ برای دانشجویان دختر ۰/۷۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ بود که نشانه همسانی درونی رضایت‌بخش برای فرم ایرانی پرسشنامه سبک‌های دفاعی محسوب می‌شود. ضریب پایایی بازآزمایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی برای یک نمونه ۳۰ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۲، آزمودنی‌های پسر ۰/۸۱ و آزمودنی‌های دختر ۰/۸۴ محاسبه شده است (۱۶). در پژوهش حاضر

- 1- sublimation
- 2- humor
- 3- anticipation
- 4- suppression
- 5- undoing
- 6- pseudo-altruism
- 7- idealization
- 8- reaction formation
- 9- projection
- 10- passive-aggressive
- 11- acting-out
- 12- isolation
- 13- devaluation
- 14- autistic fantasy

لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها ۳۰ دقیقه بود.

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد ۸۴۵ شرکت‌کننده حضور داشتند که از این تعداد شرکت‌کننده تعداد ۵۵۸ نفر زن و تعداد ۲۸۷ شرکت‌کننده با جنسیت مرد در پژوهش حضور داشتند که میانگین سنی آنان ۲۴ سال بود. از بین این افراد، تعداد ۵۵۸ نفر دانشجوی از دانشکده علوم انسانی، ۲۰۶ نفر از دانشکده مهندسی، ۶۷ نفر از دانشکده علوم پایه و تعداد ۵۷ نفر نیز از دانشکده علوم پزشکی و پرستاری انتخاب شدند که از این تعداد شرکت‌کننده تعداد ۶۳۱ نفر از مقطع تحصیلی کارشناسی و تعداد ۲۱۴ نفر از مقطع کارشناسی ارشد انتخاب شدند. همچنین تعداد ۳۴۵ نفر با وضعیت متأهل و تعداد ۴۴۴ نفر با وضعیت مجرد در پژوهش حضور داشتند. علاوه بر این، تعداد ۱۵۰ نفر پدر خود را با وضعیت تحصیلی کارشناسی، ۴۹ نفر کارشناسی ارشد، ۱۳۸ نفر بی-سواد، ۴۴۱ نفر سیکل و دیپلم، ۴۵ نفر فوق دیپلم و تعداد ۲۲ نفر دکتری و تعداد ۱۵۸ نفر مادر خود را با وضعیت تحصیلی کارشناسی، ۲۷ نفر کارشناسی ارشد، ۱۴۲ نفر بی-سواد، ۴۷۶ نفر سیکل و دیپلم، ۲۸ نفر فوق دیپلم و تعداد ۱۴ نفر دکتری گزارش کردند. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا شدت نگرش‌ها و رفتارهای خود را در ارتباط با غذا و وزن درجه بندی کنند. این آزمون نگرانی‌ها و عادات خوردن ناپهنجار را اندازه‌گیری می‌کند (۱۶). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های پرخوری، اشتغال ذهنی با غذا و مهار دهانی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۹ و ۰/۵۲ بدست آمد.

**روند اجرای پژوهش:** بعد از انجام هماهنگی‌های لازم با دانشگاه‌ها و اخذ نامه‌ها و مجوز لازم برای اقدام، به دانشگاه‌های مشخص شده مراجعه شد. ابتدا در تابلوی اعلانات دانشگاه‌ها اطلاع‌رسانی لازم انجام گردید. همچنین روزهای خاص جهت توضیح اجرا و هدف پژوهش در مکان مناسب اعلام گردید. در طی چند جلسه گروهی با ارایه توضیح کوتاهی مرتبط با پژوهش و هدف آن، و توجه این نکته که شرکت در پژوهش برای تمامی افراد اختیاری خواهد بود و هیچ گونه نام و نشانی از آنها خواسته نمی‌شود. ابتدا افراد به سوالات پرسشنامه محقق ساخته مبتنی بر داشتن معیارهای ورود و خروج به پژوهش و حذف افرادی که مصرف داروی مرتبط با رژیم لاغری یا چاقی بودند. سپس آزمودنی‌ها در طی دوره بازه زمانی ۳ ماه انتخاب گردیدند. در ادامه پرسشنامه‌های محقق ساخته، کیفیت روابط ابژه، سازمان یافتگی شخصیت، مکانیزم‌های دفاعی، نگرش‌های خوردن بین دانشجویان توزیع شد. زمان

جدول (۱) آماره‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه نمونه

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی
نگرش مرضی خوردن	اشتغال ذهن به رژیم	۹/۳۶	۲/۸۹	-۰/۳۲۶
	پرخوری	۴/۹۸	۲/۶۴	-۰/۳۱۶
	مهار دهانی	۲/۴۷	۲/۷۴	۰/۵۵۲
مکانیسم‌های دفاعی	مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته	۲۱/۹۵	۳/۴۳	۰/۴۶۰
	مکانیزم‌های دفاعی رشد نیافته	۱۱۹/۸۹	۲۲/۳۷	۰/۴۱۱
	مکانیزم‌های دفاعی روان آزارنده	۳۹/۸۴	۱۱/۵۹	-۰/۹۰۰
روابط موضوعی اولیه	بی کفایتی	۱۰/۱۹	۲/۷۱	-۰/۸۲۱
	خودمیان بینی	۱۲/۳۵	۲/۶۳	-۰/۶۱۱
	دل بستگی نالیمن	۶/۳۶	۲/۵۶	-۱/۲۰
	بیگانگی	۳/۶۲	۰/۹۴۱	۰/۷۵۶
سازماندهی شخصیت	دفاع‌های روانشناختی نخستین	۲۸/۸۷	۴/۴۵	۵/۰۴
	سردرگمی هویت (انسجام نیافته)	۲۰/۹۲	۶/۳۴	-۱/۳۴
	شخصیت مرزی	۴۸/۷۹	۸/۴۶	۰/۵۱۶
	واقعیت	۴۴/۹۸	۸/۱۴	-۰/۲۲۸

نیافته به میزان کمتر از متوسط در گروه نمونه وجود دارد. در متغیر روابط موضوعی اولیه، مؤلفه‌های دلبستگی ناایمن، بی‌کفایتی و خود میان‌بینی به ترتیب مقادیری بالاتر از متوسط را در گروه نمونه نشان می‌دهد، اما مقدار مؤلفه بیگانگی کمتر از متوسط دارد. در متغیر سازماندهی شخصیت، به ترتیب مؤلفه‌های سردرگمی هویت و واقعیت به ترتیب مقادیری بالاتر از متوسط را در گروه نمونه نشان می‌دهد اما به ترتیب دفاع‌های روانشناختی نخستین و شخصیت مرزی مقادیری پایین را در گروه نمونه نشان می‌دهد.

جدول ۱ آماره‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه نمونه پژوهش را نشان می‌دهد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که در متغیر نگرش مرضی به خوردن (با توجه به میزان چولگی) مؤلفه اشتغال ذهن به رژیم غذایی میزان بیشتری دارد، پرخوری و مهار دهانی نیز در رده دوم و سوم قرار دارند. در متغیر سازوکارهای دفاعی، سازوکارهای دفاعی روان‌آزاده میزان بیشتری را (بیشتر از حد متوسط در این متغیر) در گروه نمونه پژوهش به خود اختصاص داده است. اما دو سازوکار دفاعی رشد یافته و رشد

جدول ۲) آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه متغیرها

مؤلفه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
۱- اشتغال به رژیم	-													
۲- پرخوری	۰/۶۶۴	-												
۳- مهار دهانی	۰/۷۸۰	۰/۵۰۱	-											
۴- مکانیزم رشد یافته	۰/۶۸۰	۰/۶۵۸	۰/۵۸۰	-										
۵- مکانیزم رشد نیافته	۰/۷۰۶	۰/۶۳۳	۰/۶۵۰	۰/۷۱۱	-									
۶- مکانیزم روان‌آزده	۰/۶۲۹	۰/۶۵۳	۰/۷۶۰	۰/۸۷۰	۰/۶۷۰	-								
۷- بی‌کفایتی	۰/۶۱۵	۰/۶۳۱	۰/۵۵۰	۰/۶۹۴	۰/۶۷۰	۰/۷۵۰	-							
۸- خودمیان‌بینی	۰/۶۳۶	۰/۶۳۸	۰/۵۲۵	۰/۶۴۵	۰/۶۹۷	۰/۷۷۰	۰/۶۹۷	-						
۹- دلبستگی ناایمن	۰/۶۳۳	۰/۶۴۴	۰/۶۲۶	۰/۷۲۷	۰/۷۰۶	۰/۷۸۲	۰/۷۱۹	۰/۷۸۲	-					
۱۰- بیگانگی	۰/۶۷۰	۰/۶۲۱	۰/۷۱۷	۰/۵۱۰	۰/۵۰۵	۰/۶۵۳	۰/۷۵۹	۰/۶۵۳	۰/۶۵۳	-				
۱۱- دفاع نخستین	۰/۶۰۶	۰/۶۵۷	۰/۶۵۰	۰/۶۰۴	۰/۵۰۸	۰/۶۳۳	۰/۶۲۹	۰/۶۳۳	۰/۶۲۹	۰/۶۳۳	-			
۱۲- سردرگم هویت	۰/۷۵۱	۰/۶۰۱	۰/۷۸۰	۰/۶۰۱	۰/۷۱۵	۰/۶۷۰	۰/۶۵۸	۰/۶۷۰	۰/۶۷۰	۰/۶۷۰	۰/۶۷۰	-		
۱۳- شخصیت مرزی	۰/۶۰۰	۰/۶۵۱	۰/۶۰۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	-	
۱۴- واقعیت	۰/۷۷۰	۰/۶۳۱	۰/۷۰۰	۰/۶۲۰	۰/۷۰۰	۰/۷۰۰	۰/۷۰۰	۰/۷۰۰	۰/۷۰۰	۰/۷۰۰	۰/۷۰۰	۰/۷۰۰	۰/۷۰۰	-

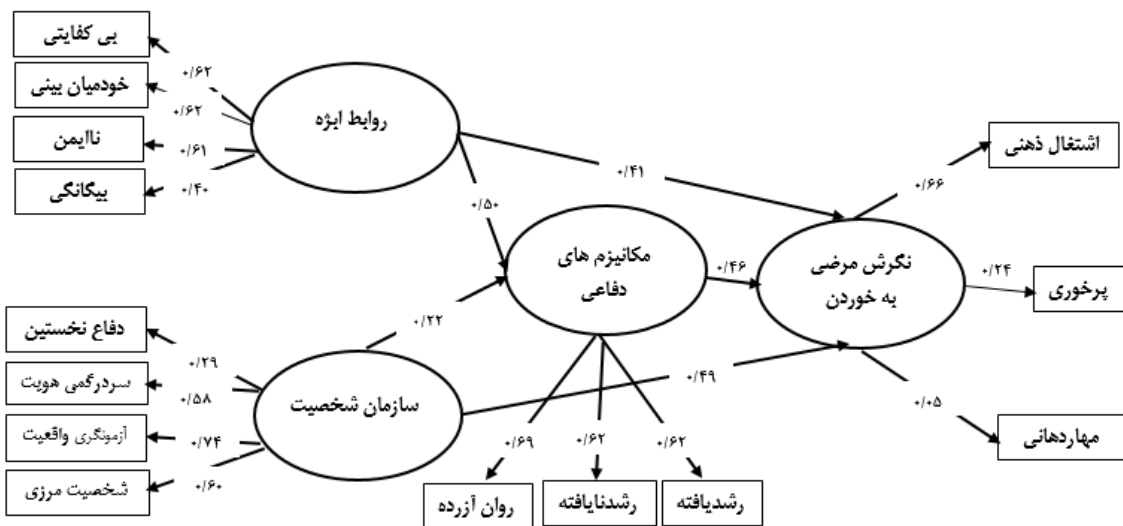
معنادار می‌باشند. متغیر مهار دهانی فقط با متغیر مکانیزم دفاعی رشد نیافته و متغیر دفاع‌های روانشناختی نخستین رابطه معناداری نشان داده است. سایر متغیرهای پژوهش با هم رابطه معناداری در سطح  $p < 0/01$  نشان داده‌اند. در این

جدول ۲ آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. به طور کلی جدول ۲ نشان می‌دهد که تقریباً رابطه بین همه متغیرهای پژوهش، به غیر از رابطه مهار دهانی با سایر متغیرهای پژوهش، با هم



پژوهش از تحلیل مسیر به منظور تحلیل داده‌ها استفاده شد، بنابراین لازم است که مفروضه‌های آزمون مورد بررسی قرار گیرد. نسبت داده‌های گم شده به داده‌های کامل در هر متغیر به صورت مجزا مورد بررسی قرار گرفت که مشخص شد داده‌های گم شده به ازای هر متغیر کمتر از ۵ درصد است. گارسون (۲۰۰۷) تأکید می‌کند اگر مقادیر چولگی و کشیدگی داده‌ها بین ۲+ و ۲- باشد داده‌ها در سطح ۰/۰۵ از توزیع بهنجار برخوردارند. در این مطالعه، مقادیر چولگی و کشیدگی داده‌ها بین ۲+ و ۲- به دست آمد. در SEM، فرض می‌شود که بین نشانگر و متغیرهای مکنون و بین متغیرهای مکنون روابط خطی وجود دارد (گارسون، ۲۰۰۷). در این مطالعه، استفاده از روش نمودارهای پراکنده، مفروضه خطی بودن را تأیید کرد. در این تحلیل، در هیچ یک از مقادیر آماره‌های تحمل و VIF محاسبه شده برای متغیرهای پژوهش، انحرافی از مفروضه چندگانگی خطی مشاهده نشد. در این بخش، به منظور آزمون مدل مفروض الگوهای

مرضی خوردن بر اساس روابط موضوعی اولیه، سازمان یافتگی شخصیت و مکانیزهای دفاعی از روش آماری مدلیابی معادلات ساختاری SEM استفاده شد. شکل ۱ مدل مفروض الگوهای مرضی خوردن بر اساس روابط موضوعی اولیه، سازمان یافتگی شخصیت و مکانیزم-های دفاعی را پس از اصلاح نشان می‌دهد. برای الگوی اصلاح شده مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش شامل شاخص مجذور خی ( $\chi^2$ )، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی ( $\chi^2/df$ )، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI) و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) به ترتیب برابر با ۴۴۸/۰۴، ۲/۸۰، ۰/۹۲، ۰/۹۱، ۰/۹۳ و ۰/۰۷۹ به دست آمد. ارزش عددی مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش الگوی اصلاح شده نشان می‌دهد که برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها قابل قبول است (جدول ۳).



شکل ۱) نمودار تحلیل مسیر روابط بین متغیرهای پژوهش

جدول ۳) شاخص‌های نیکویی برازش

RMSEA	AGFI	GFI	CFI	$\chi^2/df$	$\chi^2$	
۰/۰۷۹	۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۹۲	۲/۸۰	۴۴۸/۰۴	مقادیر مشاهده شده
۰/۱ تا ۰/۸	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۰۵	< ۰/۳	مقادیر بهینه

(به نقل از جاززکاک و سوربوم، ۱۹۸۹)

های دفاعی ۶ درصد از الگوهای مرضی خوردن را تبیین می‌کند. بعلاوه، سازمان یافتگی شخصیت به طور مستقیم ۲۴/۰۱ درصد و به واسطه مکانیزم‌های دفاعی ۱/۰۲ درصد از الگوهای مرضی خوردن را تبیین نمود. در مجموع، برآورد

شکل ۱ نتایج مربوط مدل مفروض الگوهای مرضی خوردن بر اساس روابط موضوعی اولیه، سازمان یافتگی شخصیت و مکانیزم‌های دفاعی نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که روابط موضوعی به طور مستقیم ۱۶/۸۱ درصد و به واسطه مکانیزم

همچنین این بیماران اکثراً دفاع‌هایی شامل وارونه کردن عاطفه و تغییر غیرفعال به فعال را مورد استفاده قرار می‌دهند و نیازهای متناقضی را در فرامن تجربه می‌کنند. در جمع بندی فهم روان‌پویایی روابط موضوعی از طیف اختلالات خوردن می‌توان گفت که رفتار علنی‌گرستی به خود دادن، علامتی چندوجهی است. این علامت، (۱) تلاشی نومیدانه برای خاص و یکتا بودن، (۲) حمله‌ای به احساس کاذب پرورش مطابق انتظارات والدین، (۳) تاکید بر خود واقعی نوشکفته، (۴) حمله‌ای به دیدگاه یکی دانستن درون فکنی مادر متخاصم با بدن، (۵) دفاعی در مقابل ولع و تمایلات، (۶) تلاشی برای بی‌یاور ساختن، (۷) فریاد برای کمک جهت به لرزه انداختن خودشیفتگی والدین و (۹) دفاعی تجزیه‌ای برای جداکردن حالات ذهنی خود. عوامل مطرح شده در نظریات روان‌تحلیلی با بعضی ویژگی‌های شناختی مشخص از جمله ادراک غلط تصویر بدنی خود، تفکر همه یا هیچ، تفکر سحرآمیز و افکار و مراسم وسواسی-چبری هم همراهی می‌شوند (۶۷، ۶۸).

با توجه به دیدگاه کرنبرگ اشتغال ذهنی به خوردن ریشه در یک اختلال شخصیت زیربنایی با مشخصات ترید در باره این که خودش کیست، با چه کسی می‌خواهد رابطه داشته باشد، احساس پوچی، روابط میان‌فردی ناپایدار، خشم نامناسب و تکانشگری (خوردن) تبیین نمود. در تبیین الگوی مرضی خوردن با مسیر غیرمستقیم روابط موضوعی از طریق مکانیزم‌های دفاعی می‌توان از نظریه بورمبرگ سود جست. بورمبرگ اظهار داشت که مبتلایان به اختلال بی‌اشتهایی عصبی میل به چشم‌پوشی را از طریق مکانیسم تجزیه تغییر می‌دهند (۶۹). همچنین ناتوان در کنترل تسلط بر عواطف هستند (۷۰، ۷۱).

اشتغال ذهنی به رژیم غذایی و بی‌اشتهایی، نیازها و انتظاراتی برای بازنمایی‌های ابژه‌های درونی است. به صورتی که فرد والدینش را با رد کردن غذا خوردن تحریک می‌کند. احتمال دارد این افراد در روابط بین فردی با صحبت نکردن طرف مقابل را هم برانگیخته کنند. طیف دانشجویان مورد پژوهش که اشتغال ذهنی به لاغری و رژیم غذایی یا پرخوری دارند با استفاده از مکانیزم دفاعی همانندسازی فرافکنانه احتمال دارد فشار نیرومندی برای همانندسازی با ابژه‌های درونی فرافکنی شده در مورد والدین را تجربه کنند.

مدل ساختاری که در آن روابط موضوعی و سازمان شخصیت به عنوان متغیر پیش‌بین و مکانیزم‌های دفاعی به عنوان متغیر میانجی وارد مدل شدند، نشان داد که این مدل ۴۱/۰۷ درصد از الگوهای مرضی خوردن را تبیین می‌کند. (شکل ۱). علاوه بر این نتایج مطالعه حاضر با استفاده از روش بوت استرپ نشان داد که اثر غیر مستقیم روابط موضوعی اولیه، سازمان یافتگی شخصیت و مکانیزم‌های دفاعی به میزان ۰/۴۶ به دست آمد که از لحاظ آماری معنادار بود ( $t < 1/96$ ).

### بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد الگوهای مرضی خوردن هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم و از طریق مکانیسم‌های دفاعی از طریق روابط موضوعی اولیه و سازمان یافتگی شخصیت به صورت مثبت تبیین می‌گردد. همچنین، یافته‌ها نشان داد، سبک‌های دفاعی از طریق روابط ابژه و سازمان یافتگی شخصیت به صورت مثبت تبیین شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های گذشته - همسوست (۱۵، ۲۱، ۵۶-۵۸).

نتایج پژوهش اثر مستقیم روابط موضوعی اولیه بر نگرش مرضی خوردن را تایید کرد. به عبارت دیگر روابط موضوعی اولیه پیش‌بینی‌کننده مثبت نگرش مرضی خوردن است. می‌توان برای تبیین نتایج به نقل از وینی‌کات (۱۹۶۳) اشاره داشت که نارسایی‌ها در مراقبت از کودک ممکن است خود کودک حقیقی، خودانگیخته یا منسجم نشود و در این صورت درون کودک از اضطراب‌های گوناگون آکنده شود. این نتایج همسو با مفروضات نظریه پردازان روابط موضوعی و نتایج پژوهش‌های گذشته است (۲۷، ۵۹-۶۴).

تابلوی بالینی طیف اختلال‌های خوردن را می‌توان به نقل از ویلسون در افرادی با ساختارهای شخصیتی بسیار متفاوتی از روان‌پریشی تا مرزی و تا روان‌نژدی مشاهده کرد، (۶۵، ۶۶). حملات پرخوری و اشتغال ذهنی به لاغری و رژیم غذایی لزوماً تنها مشکلات تکانه‌ای این نگرش مرضی به خوردن نیستند بلکه می‌توانند با تکانشگری‌های دیگر، روابط جنسی خودتخریب‌گر و سوء مصرف مواد متعدد همراه است. ریچ و سیریکا اختلالاتی را در ارتباطات کلامی بیماران مبتلا به اختلالات خوردن یادآور شدند مانند از دست رفتن احترام دیگران به مرزهایشان را تجربه می‌کنند (۶۰)

خود دور کنند (۶۲). گودیست پراشتهایی عصبی در زنان را از شکست در دستیابی به احساس خود مناسب به علت رابطه مادر و دختری آکنده از تعارض ناشی می‌شود. غذا به نمادی از این رابطه ناموفق تبدیل می‌شود به نحوی که نشانه تعارض بین نیاز به مادر و تمایل به طرد کردن اوست (۶۲). در خانوادگی افرادی که مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی هستند صمیمیت کمتر بین اعضای خانواده، تعارضات درونی بیشتر، والدین بی‌توجه و طرد کننده، نداشتن کنترل سوپر ایگو و قدرت ایگوی بالا، همچنین سابقه‌ی مشکلاتی در جدا شدن از مراقبین خود که با فقدان ابژه‌های انتقالی در سال‌های اولیه کودکی تجلی می‌کند و این بیماران از بدن خود به عنوان ابژه‌ی انتقالی استفاده می‌کنند و یا اینگونه مطرح می‌شود که تلاش برای گسستن از تصویر مادر به صورت تردید و دوگانگی در مورد غذا ابراز می‌شود و خوردن ممکن است معرف میل به در آمیختن با مراقب و بالا آوردن تظاهر ناخودآگاه میل برای جدایی باشد (۳۴). باتوجه به نتایج بدست آمده می‌توان استنباط نمود که اهمیت روابط موضوعی اولیه در سال‌های اولیه در شکل‌گیری و انسجام ساختار-شخصیت، بکاربردن سازوکارهای دفاعی غیرسازگارانه در موقعیت‌های استرس‌زا، همچنین اختلال در کارکردهای ایگو نقش مهمی در شکل‌گیری نشانه‌های مرضی از جمله رفتار نابهنجار خوردن دارند.

در نهایت می‌توان گفت، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است. نمونه پژوهش حاضر را دانشجویان تشکیل دادند که به لحاظ فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی گروه خاصی هستند. بنابراین تعمیم نتایج به جامعه بزرگتر باید احتیاط صورت گیرد. همچنین ممکن است استفاده از ابزارهای خودسنجی و عدم امکان ارزیابی کیفی، سوگیری‌هایی در پاسخ‌ها ایجاد کند که به آن نیز باید توجه شود. با آن که پژوهش حاضر فقط یک مطالعه مقدماتی محسوب می‌شود که به تعیین رابطه‌ها و اثرات مستقیم و غیر مستقیم روابط موضوعی اولیه و ساختار شخصیت و مکانیزم‌های دفاعی با نگرش مرضی خوردن پرداخته است راهگشای پژوهش‌های بیشتری در زمینه پیش‌بینی‌های نشانه‌های نگرش مرضی خوردن در آینده باشد. به نظر می‌رسد لازم است در آینده مطالعات بررسی شده بیشتری، به‌ویژه با استفاده از روش‌های طولی، در ایران انجام گیرد. همچنین

در تبیین الگوی مرضی خوردن با مسیرمستقیم از طریق مکانیزم‌های دفاعی می‌توان گفت، تعارض زمانی روی می‌دهد که نیروی غریزی ناهشیار مهارناپذیر و دفاع‌ها از تحدید کافی این نیروها ناتوان شوند. تعارض به راهکاری مصالحه آمیز ختم می‌شود که طی آن برخی تجلیات غریزه یا آرزوی مورد نظر در قالب نشانه‌های بیماری نمود می‌یابد. بدین شکل تعارض، ناهشیار باقی می‌ماند اما مشتقات غریز یعنی تجلیات تغییر شکل یافته آن‌ها از قبیل برخی رفتارها یا احساسات در قالب نشانه‌های نوروزی خود را آشکار می‌سازند. نظریات روان‌تحلیلی سائق‌ها را اساس تعارض می‌دانستند که سازمان روان‌شناختی را تشکیل می‌دهند (۷۱). از این دیدگاه فانتزی ناهشیار مبتنی برسائق که در اینجا اشاره دارد به اشتغال ذهنی به غذا و رژیم گرفتن، ریشه همه مصالحه‌هاست و از آن جا که این فانتزی‌ها باعث ایجاد اضطراب می‌شوند باید ناهشیار باقی مانده، و تعارض بین فانتزی و دفاع‌های علیه آن، باعث ایجاد مصالحه‌ای می‌شود که روان را سازمان می‌دهد. تحلیل ساختاری معاصر روان را محصول مصالحه بین نیروهای متعارض سائق، گناه، اضطراب و دفاع می‌دانند (۷۲، ۷۳). براساس این دیدگاه، نیاز به مدیریت تنشی که به خاطر سائق و دفاع‌های علیه آنها ایجاد شده است.

نظریه پردازان روابط موضوعی غالباً مشکلات بعدی در زندگی را متأثر از روابط اولیه کودک-والد تعبیر می‌کنند. هم چنین از طریق روان درمانی پویایی کوتاه مدت برای اختلالات شخصیت امکان پذیر می‌باشد (۷۷). در بسیاری از نظریات روان پژوهشی، علت اصلی اختلالات خوردن را در روابط نابسامان والد-کودک می‌دانند و برخی صفات اصلی شخصیت مانند عزت‌نفس پایین و کمال‌گرایی که در میان افراد مبتلا به این اختلال مشاهده می‌گردد. همچنین این حوزه نظری بیان می‌کنند که علایم اختلال خوردن برخی نیازها را ارضا می‌کند مانند افزایش احساس کارآمدی شخص با موفق بودن در حفظ رژیم غذایی سخت یا اجتناب از بزرگ شدن به لحاظ جنسی از طریق بسیار لاغر بودن و در نتیجه نرسیدن به شکل زنانه عادی است (۷۴). کودکانی که در فرایند رشد و تحول احساس بی‌کفایتی می‌کنند از طریق بی‌اشتهایی عصبی تلاش می‌کنند به شایستگی و احترام دست یابند و احساسات درماندگی، بی‌کفایتی و ناتوانی را از

12- Duffy ME, Henkel KE. Non-specific terminology: Moderating shame and guilt in eating disorders. *Eating disorders*. 2016; 24(2): 161-72.

13- Schulte SJ. Predictors of binge eating in male and female youths in the United Arab Emirates. *Appetite*. 2016; 105: 312-9.

14- Tan ES, Hawkins RM. Psychological and behavioural characteristics of females with anorexia nervosa in Singapore. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2017; 22(4): 657-66.

15- Miniati M, Benvenuti A, Bologna E, Maglio A, Cotugno B, Massimetti G, et al. Mood spectrum comorbidity in patients with anorexia and bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2018;23(3):305-11.

16- Hoek HW. Distribution of eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2002; 2: 233-7.

17- Perez M, Ohrt TK, Hoek HW. Prevalence and treatment of eating disorders among Hispanics/Latino Americans in the United States. *Current opinion in psychiatry*. 2016; 29(6): 378-82.

18- Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*. 2000; 28(3): 265-71.

19- del Pozo MA, Harbeck S, Zahn S, Kliem S, Kröger C. Cognitive distortions in anorexia nervosa and borderline personality disorder. *Psychiatry research*. 2018; 260: 164-72.

20- Szalai T. The relationship of attachment features and multi-impulsive symptoms in eating disorders. *Orvosi hetilap*. 2017; 158(27): 1058-66.

21- Huprich SK, Nelson SM, Pagueot A, Lengu K, Albright J. Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2017; 8(1): 46.

22- Hansson E, Daukantaitė D, Johnsson P. Typical patterns of disordered eating among Swedish adolescents: associations with emotion dysregulation, depression, and self-esteem. *Journal of eating disorders*. 2016; 4(1): 28.

23- Münch AL, Hunger C, Schweitzer J. An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC psychology*. 2016; 4(1): 36.

24- Westen D, Harnden-Fischer J. Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158(4): 547-62.

25- Miranda B, Louzã MR. The physician's quality of life: Relationship with ego defense mechanisms and object relations. *Comprehensive psychiatry*. 2015; 63: 22-9.

26- Iorgulescu G. Low self-esteem in women with eating disorders and alcohol abuse as a psycho-

پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده نمونه‌های غیردانشجویی، نظیر نمونه‌های بالینی (دارای اختلالات روانی مختلف) همراه با استفاده از مصاحبه بالینی مورد بررسی قرار گیرند. به لحاظ کاربردی نیز با توجه به توان پیش‌بینی‌کننده عوامل روابط موضوعی، سازماندهی شخصیت و مکانیسم‌های دفاعی رشد برای نگرش مرضی خوردن در دانشجویان، می‌توان از آنها به منظور تشخیص زودهنگام و پیشگیری از بروز اختلال‌های خوردن استفاده کرد.

### منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5, 5th edn. American Psychiatric Publishing, Washington, DC. 2013.
- 2- Gabbard GO. Gabbard's treatments of psychiatric disorders: American Psychiatric Pub; 2007.
- 3- Crow S. Eating disorders and risk of death. *Am Psychiatric Assoc*. 2013.
- 4- Johnson C, Tobin D, Enright A. Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in an eating-disordered population. *The Journal of clinical psychiatry*. 1989.
- 5- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*. 2011; 68(7): 724-31.
- 6- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins. 2011.
- 7- Hartmann AS, Greenberg JL, Wilhelm S. The relationship between anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Clinical psychology review*. 2013; 33(5): 675-85.
- 8- Kollei I, Brunhoeber S, Rauh E, de Zwaan M, Martin A. Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012; 72(4): 321-7.
- 9- Ruffolo, J. S., Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. B. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: Severity of psychopathology and body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*. 2006; 39(1): 11-19.
- 10- Kaplan BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. *Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2016; 58(1): 78-9.
- 11- Hrabosky JI, Cash TF, Veale D, Neziroglu F, Soll EA, Garner DM, et al. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body image*. 2009; 6(3): 155-63.

- New York Presbyterian Hospital, New York, NY, USA; Joan and Sanford. 2015; 755-59.
- 42- Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsch PA. The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*. 2001; 13(4): 577.
- 43- Millon T, Millon CM, Meagher SE, Grossman SD, Ramnath R. *Personality disorders in modern life*: John Wiley & Sons. 2012.
- 44- Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K, Group PFC. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161(12): 2215-21.
- 45- Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, et al. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(11): 1799-805.
- 46- Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K, Group PFC. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161(12): 2215-21.
- 47- Strober M, Humphrey LL. Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987; 55(5): 654.
- 48- Anderlueh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160(2): 242-7.
- 49- Cook-Darzens S, Doyen C, Mouren M-C. Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: current research evidence and its therapeutic implications. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2008; 13(4): 157-70.
- 50- Dimitropoulos G, Carter J, Schachter R, Woodside DB. Predictors of family functioning in carers of individuals with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2008; 41(8): 739-47.
- 51- Kluck AS. Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*. 2008; 9(4): 471-83.
- 52- Kline RB. K. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford publications. 2015.
- 53- Bell M BR, Becker B. . A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*. 1986; 42(5): 733-41.
- social factor to be included in their psychotherapeutic approach. *Journal of medicine and life*. 2010; 3(4): 458.
- 27- Patton CJ. Fear of abandonment and binge eating: A subliminal psychodynamic activation investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1992.
- 28- Herbert GL, McCormack V, Callahan JL. An investigation of the object relations theory of depression. *Psychoanalytic Psychology*. 2010; 27(2): 219.
- 29- Bers SA, Besser A, Harpaz-Rotem I, Blatt SJ. An empirical exploration of the dynamics of anorexia nervosa: Representations of self, mother, and father. *Psychoanalytic Psychology*. 2013; 30(2): 188.
- 30- Fist C. Fist GCRT. *Personality Theories*. Seyed Mohammadi translation. Tehran: Nashravan; 2013.
- 31- Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996; 64(2): 282.
- 32- Humphrey LL. Relationships within subtypes of anorexic, bulimic, and normal families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1988; 27(5): 544-51.
- 33- Klump KL, Bulik CM, Pollice C, Halmi KA, Fichter MM, Berrettini WH, et al. Temperament and character in women with anorexia nervosa. *The Journal of nervous and mental disease*. 2000; 188(9): 559-67.
- 34- Kenny ME, Hart K. Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. *Journal of Counseling Psychology*. 1992; 39(4): 521.
- 35- Summers F. *Object relations theories and psychopathology: A comprehensive text*: Routledge. 2014.
- 36- Prochaska J, O., Nuncras, J.C. . *Theories of Psychotherapy*. Tehran: Roshd. 2006.
- 37- Freud A. *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York (International Universities Press) 1946.
- 38- Ward RM, Hay MC. Depression, coping, hassles, and body dissatisfaction: Factors associated with disordered eating. *Eating behaviors*. 2015; 17: 14-8.
- 39- Mohammadzadeh A NM, Rezaei A. . Comparing the Explanatory Role of Perfectionism in Obsessive Compulsive Features and Pathological Eating Attitudes. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; 5(1): 17.
- 40- Sohlberg S, Norring C. Ego functioning predicts first-year status in adults with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989; 80(4): 325-33.
- 41- Kernberg OF. *Borderline (Patient) Personality*. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition), International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition), Personality Disorders Institute,

- 70- Boris HN. On the treatment of anorexia nervosa. *The International journal of psycho-analysis*. 1984; 65: 435.
- 71- Freud S. *The ego and the superego*. Standard Edition. 1923; 19: 1926.
- 72- Sugarman A, Kurash C. The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. 1982; 1(4): 57-67.
- 73- Brenner C. Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1979; 27: 137-57.
- 74- Goodstitt A. Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 1983; 2(3): 51-60.
- 75- Rashn Sh M-HS, Rezaei AM, Tabatabaee M. The effect of long-term dynamic psychotherapy on the personality structure of patients with Dependent Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 9(4): 36.
- 76- Mohammadzadeh A NM, Rezaei A. . Comparing the Explanatory Role of Perfectionism in Obsessive Compulsive Features and Pathological Eating Attitudes. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; 5(1): 17.
- 77- Vahedi, A., Makvand-Hosseini, Sh., Bigdeli, I. Diagnosis of Higher Level Personality Pathology by Using Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 4(3): 15.
- 54- Al Behbahani, Marjan, Mohammadi, Nouraleh. Review the psychometric properties of the Kronberg character organization log. *Journal of Psychology*. 2007; 11 (2): 195-185
- 55- Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. 1982. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982 Nov; 12(4): 871-8.
- 56- Amianto F, Abbate-Daga G, Morando S, Sobrero C, Fassino S. Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Research*. 2011; 187(3): 401-8.
- 57- Appledorn K. Object relations and identity disturbances in bulimic women. 1999.
- 58- Kochaki MM, N; Arj, A. . The role of attachment styles, the quality of thematic relations and the power of Ego in predicting irritable bowel syndrome. *Feyz Scientific-Research Fellow*. 2015; 19(3): 231-41.
- 59- Williams G. Reflections on some dynamics of eating disorders: 'No entry' defences and foreign bodies. *The International journal of psycho-analysis*. 1997; 78(5): 927.
- 60- Reich G, Cierpka M. Identity conflicts in bulimia nervosa: Psychodynamic patterns and psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Inquiry*. 1998; 18(3): 383-402.
- 61- Baker L, Minuchin S, Liebman R, Rosman BL. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*: Harvard university press. 1978.
- 62- Bruch H. *Anorexia nervosa: therapy and theory*. *The American Journal of Psychiatry*. 1982.
- 63- Bruch H. *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*: Harvard University Press. 2001.
- 64- Bruch H. The changing picture of an illness: anorexia nervosa. Attachment and the therapeutic process. 1987: .205-22.
- 65- Wilson CP. The fear of being fat and anorexia nervosa. *International Journal of psychoanalytic psychotherapy*. 1982.
- 66- Rashn Sh M-HS, Rezaei AM, Tabatabaee M. The effect of long-term dynamic psychotherapy on the personality structure of patients with Dependent Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 9(4): 36.
- 67- Kaplan AS, Woodside DB. Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987; 55(5): 645.
- 68- Garner DM, Garfinkel PE. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*: Guilford Press. 1985.
- 69- Bromberg PM. Treating patients with symptoms—and symptoms with patience: Reflections on shame, dissociation, and eating disorders. *Psychoanalytic Dialogues*. 2001; 11(6): 891-912.