

مقایسه وابستگی، تمایزیافتگی و قاطعیت در افراد با و بدون علائم بی‌اشتهایی عصبی

سیده منور یزدی^{✉*}، زهره خسروی^{**} و هانیه رحیم جمارونی^{***}

چکیده

آسیب‌پذیری نسبت به اختلال بی‌اشتهایی عصبی با تعارض سوسیوتروپی - خودمختاری همراه است. از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسه وابستگی، تمایزیافتگی و قاطعیت در افراد دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی و افراد بدون این علائم بود. مطالعه حاضر علی - مقایسه‌ای و نمونه پژوهش ۱۷۳ نفر از دانشجویان دختر شهر تهران بودند که به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش سیاهه شخصیت وابسته (DPI-R)، آزمون نگرش به خوردن (EAT)، سیاهه تمایزیافتگی خود (DSI-R) و سیاهه خودگزارشی ابراز وجود (ASRI) بود. برای انتخاب افراد در دو گروه نمونه، یک انحراف استاندارد بالا و پایین میانگین بی‌اشتهایی عصبی و نیز احتساب معیار BMI به عنوان وجود و عدم وجود علائم بی‌اشتهایی عصبی لحاظ شد. بدین ترتیب ۳۹ نفر در گروه دارای علائم و ۷۵ نفر در گروه بدون علائم قرار گرفتند. نتایج آزمون یومن ویتنی، تفاوت معنادار بین وابستگی، تمایزیافتگی و خرده‌مقیاس‌های واکنش‌پذیری عاطفی، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران و بین خرده‌مقیاس جایگاه من، تمایزیافتگی و قاطعیت عدم تفاوت معنادار را نشان داد. طبق یافته‌های این پژوهش افراد دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی وابستگی بیش‌تر و تمایزیافتگی پایین‌تری نسبت به افراد بدون علائم دارند، لذا پیشنهاد می‌شود مداخلاتی آموزش‌محور با هدف آموزش تمایزیافتگی به منظور حل تعارض وابستگی - خودمختاری در مبتلایان به اختلال بی‌اشتهایی عصبی مدنظر قرار گیرد.

کلید واژه‌ها:

بی‌اشتهایی عصبی؛ وابستگی؛ تمایزیافتگی؛ قاطعیت

* استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (س)
smyazdi@alzahra.ac.ir

** استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (س)
*** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء (س)
تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۲۵

مقدمه

اختلال بی‌اشتهایی عصبی معمولاً در اوایل یا اواسط سال‌های نوجوانی، به‌دنبال یک دوره رژیم‌گرفتن و وقوع یک استرس در زندگی شروع می‌شود (کرینگ، جانسون، دیویسون و نیل^۱، ۲۰۱۰) و مشخصه آن نگرانی ملاحظه‌پذیر درباره وزن و شکل بدن است (کیل و فورنی^۲، ۲۰۱۳). در دو دهه گذشته، در پاسخ به فراوانی مدل‌های نظری که ویژگی‌های شخصیتی را در سبب‌شناسی، بروز نشانه‌ها و نگهداری اختلال خوردن پیش‌مرضی می‌دانند، پژوهش‌های بسیاری، ارتباط اختلال خوردن و صفات شخصیتی را بررسی کرده‌اند (ویلفلی، فریدمن، دانچیس، استین، ولج و بال^۳، ۲۰۰۰). یکی از صفات شخصیتی مرتبط با بی‌اشتهایی عصبی، وابستگی است (مورگان و کلارک^۴، ۲۰۱۰). افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی به دلیل وابستگی نیازمند روابط میان‌فردی هستند، برای کسب اطمینان از سوی دیگران، فردیت خود را فدا می‌کنند و بیان احساسات خود را نسبت به احساسات دیگران در مرتبه دوم قرار می‌دهند (کاسین و ون‌رانسون^۵، ۲۰۰۵؛ برنشتاین^۶، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، نیازمندی به کسب تأیید از سوی دیگران، ناتوانی در بیان احساسات شخصی، عدم ابراز عقاید واقعی، موافقت با دیگران و رفتارکردن مطابق خواسته‌های دیگران نشان از تمایزافتگی پایین این افراد دارد (چیوک، چیمزی، اوگیوینا و اومز^۷، ۲۰۱۳). طبق گفته نظریه‌پردازان روابط شیء، حس خودمختاری مستلزم رشد و شکل‌گیری خود یکپارچه از طریق فرآیند موفقیت‌آمیز تمایزسازی «خود» از شیء است و این تفکیک خویشتن در افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی به‌طور کامل رخ نمی‌دهد و در نتیجه احساس خودمختاری و فرآیند تمایزیافتگی در آن‌ها مختل می‌شود (مینوچین، راسمن، باکر^۸، ۱۹۷۸؛ استراس و راین^۹، ۱۹۸۷).

-
1. Kring, Johnson, Davison & Neal
 2. Keel, Forney
 3. Wilfley, Friedman, Douchis, Stein, Welch & Ball
 4. Morgan & Clark
 5. Cassin & von Ranson
 6. Bornstein
 7. Chibuike, Chimezie, Ogbuinya & Omeje
 8. Minuchin, Rosman & Baker
 9. Strauss & Ryan

مقایسه وابستگی، تمایز یافتگی و قاطعیت در افراد با و بدون علائم بی‌اشتهایی عصبی ۲۵

وجود مشکلاتی در خودمختاری و فرآیند جدایی، همواره به‌عنوان یک عامل مهم در سبب‌شناسی بی‌اشتهایی عصبی مطرح بوده است (گارنر و گارفینکل^۱، ۱۹۷۹). برخی محققان معتقد هستند زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی به دلیل اشکال در فرآیند جدایی - فردیت، مشکلاتی در کسب استقلال و رسیدن به بزرگسالی دارند (مینوچین، راسمن، باکر، ۱۹۷۸). اگر فرآیند جدایی - فردیت در فرآیند رشدی رخ ندهد، زنان جوان برای متفاوت‌بودن و کسب حس فردیت به بی‌اشتهایی عصبی پناه می‌برند (مورگان، ۲۰۰۸). همسو با این مطالب، بروچ^۲ (۱۹۷۳) بی‌اشتهایی عصبی را جستجوی ناسازگارانه فرد برای خودمختاری، خودبرتری و خودکنترلی می‌داند. به اعتقاد مینوچین بی‌اشتهایی عصبی در فرد ناشی از پویایی‌های خانواده‌هایی است که با رشد خودمختاری در تضاد است (مینوچین، راسمن، باکر، ۱۹۷۸).

طبق مدل سوسیوتروپی - خودمختاری بک، آسیب‌پذیری نسبت به اختلال بی‌اشتهایی عصبی با تعارض سوسیوتروپی - خودمختاری همراه است (کاسین و ون‌رانسون، ۲۰۰۵). به‌عبارت دیگر، افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی تلاش می‌کنند، مستقل از دیگران باشند، اما همچنان برای کسب تأیید و عزت‌نفس خود نیازمند روابط میان‌فردی هستند (ناردوزی و جکسون^۳، ۲۰۰۰). زنانی که سطوح بالایی از سوسیوتروپی را دارند، تمایلی به ابراز هیجان‌های تهدیدکننده برای روابط میان‌فردی‌شان ندارند، اما سرکوب همین هیجانات آن‌ها را نسبت به نشانه‌شناسی اختلال خوردن آسیب‌پذیر می‌کند. آن‌ها برای کسب تأیید دیگران، نیازمند روابط میان‌فردی هستند و ایجاد مشکلات در این روابط از طریق تأثیر منفی که بر عزت‌نفس آن‌ها برجای می‌گذارد، دستیابی به حوزه‌های باارزش اجتماعی را افزایش می‌دهد. حال اگر در جامعه‌ای کنترل وزن و شکل بدن ارزش‌گذاری شود، فرد برای جبران عزت‌نفس از دست‌رفته و به امید کسب تأیید از سوی دیگران به آن سمت سوق داده می‌شود. در واقع عزت‌نفس، رابطه بین مشکلات میان‌فردی و بیش‌ارزنده‌سازی وزن و شکل بدن را میانجی‌گری می‌کند (لمپارد، بیرنه و مک‌لین^۴، ۲۰۱۱). این درحالی است که کرینگ، جانسون، دیویسون و نیل (۲۰۱۰) نیز معتقد هستند معیار سوم تشخیصی اختلال بی‌اشتهایی عصبی در DSM-IV-TR،

1. Garner & Garfinkel
2. Bruch
3. Narduzzi & Jackson
4. Lampard, Byrne & McLean

به معنی آن است که عزت‌نفس این افراد به لاغرماندن آن‌ها بستگی دارد. به عبارت دقیق‌تر عدم خودمختاری در این افراد، عزت‌نفس آن‌ها را کاهش می‌دهد و با نارضایتی از بدن و تمایل به لاغری ارتباط دارد (فردریک و گرو^۱، ۱۹۹۶). افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در تشخیص و بیان احساسات و درخواست کمک از دیگران نیز با مشکل مواجه هستند. از این‌رو است که گفته می‌شود، یادگیری چگونگی بیان نظرات، افکار و احساسات و آموزش قاطعیت می‌تواند به بهبودی این افراد کمک زیادی کند (شپرد^۲، ۲۰۰۹). به‌طور کلی، ادبیات پژوهش مملو از تحقیقاتی است که رابطه قوی بین سطوح پایین قاطعیت و آسیب‌شناسی روانی به اختلال‌های خوردن را شناسایی کرده‌اند (هارتمن، زیگ، بارت^۳، ۲۰۱۰؛ تروپ، آلان، ترژرو و کاتزمن^۴، ۲۰۰۳؛ ویلیامز، پاور، میلار، فریمن، یلویز، دائودز^۵ و همکاران، ۱۹۹۳؛ ویلیامز، چامو و میلار، ۱۹۹۰؛ وگن، هالمی و مگی^۷، ۱۹۸۷).

با توجه به یافته‌های پژوهش‌های پیشین و نقش مهم فرآیند جدایی-فردیت در سبب‌شناسی بی‌اشتهایی عصبی و تأثیر آن بر فرآیند تحول و شکل‌گیری تمایز یافتگی و قاطعیت و در نظر گرفتن این مسئله که طراحی مداخلات درمانی خاص برای احتساب ویژگی‌های شخصیتی همبود با بی‌اشتهایی عصبی در پژوهش‌های بالینی امری حائز اهمیت فراوان است، و از آنجا که براساس جستجوهای ما پژوهشی مبنی بر بررسی وابستگی، تمایز یافتگی و قاطعیت در بی‌اشتهایی عصبی یافت نشد، هدف از این پژوهش آن بود که صفت وابستگی، تمایز یافتگی و قاطعیت در افراد دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی و افراد بدون علائم بی‌اشتهایی مقایسه و پشتوانه علمی برای بررسی نقش این عوامل در بی‌اشتهایی عصبی فراهم شود. فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱. بین میزان وابستگی افراد دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی و افراد بدون علائم بی‌اشتهایی عصبی تفاوت وجود دارد.

-
1. Frederick & Grow
 2. Shepphird
 3. Hartmann, Zeeck & Barrett
 4. Troop, Allan, Treasure & Katzman
 5. Williams, Power, Millar, Freeman, Yellowlees & Dowds
 6. Chamove
 7. Wagner, Halmi & Maguire

مقایسه وابستگی، تمایزیافتگی و قاطعیت در افراد با و بدون علائم بی‌اشتهایی عصبی ۲۷

۲. بین میزان تمایزیافتگی افراد دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی و افراد بدون علائم بی‌اشتهایی عصبی تفاوت وجود دارد.

۳. بین میزان قاطعیت افراد دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی و افراد بدون علائم بی‌اشتهایی عصبی تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه آماری پژوهش عبارت بود از دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه‌های دولتی شهر تهران که در سال ۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری از جامعه به شیوه خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. ابتدا از میان دانشگاه‌های شهر تهران، ۳ دانشگاه و از هر دانشگاه، ۳ دانشکده به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس به دانشجویانی که به شرکت در پژوهش مایل بودند، پرسشنامه‌ها داده شد. از میان ۲۰۰ دانشجوی داوطلب، تعداد ۲۷ پرسشنامه ناقص تحویل داده شد و نمونه نهایی به‌دست آمده ۱۷۳ نفر بود. میانگین و انحراف استاندارد بی‌اشتهایی عصبی به ترتیب برابر با ۱۰/۱۰ و ۹/۱۸ محاسبه شد و با در نظر گرفتن یک انحراف استاندارد بالا و پایین میانگین بی‌اشتهایی عصبی به‌عنوان وجود و عدم وجود علائم بی‌اشتهایی عصبی و کسب نمره برش در پرسشنامه تشخیصی EAT و نیز احتساب معیار BMI، تعداد ۳۹ نفر در گروه دارای علائم بی‌اشتهایی و ۷۵ نفر در گروه بدون علائم بی‌اشتهایی قرار گرفتند.

ابزار ارزیابی عبارت بودند از:

فرم تجدیدنظرشده سیاهه شخصیت وابسته (DPI-R): سیاهه شخصیت وابسته را در سال ۲۰۰۷، هوبر با هدف ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی وابسته، شناسایی ابعاد برافراشته وابستگی در فرد و نیز تهیه گونه‌های فرعی شخصیت وابسته بر اساس معیارهای DSM-IV-TR ساخت. فرم تجدیدنظرشده ۵۵ سؤال و ۸ خرده‌مقیاس دارد. پاسخ‌های صحیح نمره ۱ و پاسخ‌های غلط نمره ۰ می‌گیرند (هوبر^۱، ۲۰۰۷). ابتدا سیاهه به فارسی ترجمه و در یک بررسی مقدماتی در میان نمونه ۴۱ نفری اجرا شد. تعداد ۷ سؤال به دلیل بالارفتن معیار آلفا پس از حذف و نیز همبستگی منفی با سایر سؤالات حذف شدند و تعداد ماده‌های سیاهه به ۴۸ تقلیل یافت. آلفای کرونباخ نمره کل معادل ۰/۹۰

1. Huber

۲۸ مطالعات روان‌شناختی / دوره ۱۱ / شماره ۴

و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۶۶، ۰/۵۷، ۰/۷۶، ۰/۵۶، ۰/۷۶، ۰/۵۳ و ۰/۷۷ محاسبه شد. همچنین ضریب روایی ملاکی این آزمون با سیاهه وابستگی میان‌فردی (IDI) معادل ۰/۵۲ در سطح معناداری ۰/۰۱ محاسبه شد (رحیم‌جمارونی، ۱۳۹۲).

آزمون نگرش به خوردن (EAT): این آزمون را گارنر و گارفینکل در سال ۱۹۷۹، ساخته‌اند که ۲۶ ماده و سه خرده‌مقیاس دارد و بر اساس تحلیل عامل نسخه ۴۰ سؤالی ساخته شده است (گارنر و گارفینکل، ۱۹۷۹). نمره برش ۲۰ و بالاتر احتمال وجود اختلال‌های خوردن را نشان می‌دهد، هر سؤال در یک مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت پاسخ داده می‌شود (السویابی، الشمری، بمگبوی، السبحان، الشهري، رمضان‌بانه^۲، ۱۹۹۶). آلفای کرونباخ کل آزمون معادل ۰/۸۴ و ۰/۹۳ گزارش شده است (بابایی، خدایپناهی، صدق‌پور، ۱۳۸۶؛ یون و فانک^۳، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کل و خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۵۴ و ۰/۶۰ محاسبه شد.

فرم تجدید نظر شده سیاهه تمایزیافتگی خود (DSI-R): سیاهه تمایزیافتگی را اسکورون و فریدلندر ساخته‌اند و اسکورون و اسمیت آن را مورد تجدیدنظر قرار داده‌اند (اسکورون و فریدلندر^۴، ۱۹۹۸؛ اسکورون و اسمیت^۵، ۲۰۰۳). سیاهه ۴۶ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس دارد که در یک طیف ۶ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (ثنایی، علاقبند، فلاحتی، هومن، ۱۳۸۷). آلفای کرونباخ محاسبه شده کل ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش شده است (اسکورون و اسمیت، ۲۰۰۳؛ برهمند، ۲۰۱۰). در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۵، ۰/۷۰، ۰/۷۱ و ۰/۷۶ محاسبه شد.

سیاهه ابراز وجود هرزبرگر، شان و کتز (ASRI): سیاهه خودگزارشی ابراز وجود یک آزمون ۲۵ ماده‌ای است که به صورت صحیح/ غلط پاسخ داده می‌شود. به پاسخ‌های صحیح سؤال‌های (۲۴ و ۲۲، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۱۳، ۹، ۴، ۳، ۱) نمره یک و به پاسخ‌های غلط نمره صفر تعلق می‌گیرد. بقیه

-
1. Interpersonal Dependency Inventory
 2. Al-Subaie, Al-Shammar, Bamgboye, Al-Sabhan, Al-Shehri, Ramadan Bannah
 3. Yoon & Funk
 4. Skowron & Friedlander
 5. Schmitt

مقایسه وابستگی، تمایز یافتگی و قاطعیت در افراد با و بدون علائم بی‌اشتهایی عصبی ۲۹

سؤال‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (معمدین، سهرابی، فتحی‌آذر و ملکی، ۱۳۸۷). ضریب پایایی سیاهه در پژوهش هرزبرگر، شان و کتز^۱ (۱۹۸۴) به روش بازآزمایی در فاصله ۵ هفته‌ای ۰/۸۱ و ضریب آلفای کرونباخ نمره کل در پژوهش برنا و سواری (۱۳۸۹) ۰/۷۶ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل در پژوهش حاضر ۰/۷۱ محاسبه شد.

یافته‌ها

بیش‌ترین دامنه سنی در هر دو گروه نمونه بین ۱۷ تا ۲۰ سال بود. میانگین سنی در گروه دارای علائم ۲۰/۲۸ و انحراف استاندارد ۲/۵۰ و در گروه بدون علائم به ترتیب برابر با ۱۹/۹۵ و ۱/۸۷ بود. بیش‌تر افراد در هر دو گروه نمونه (۸۹/۷٪ در گروه دارای علائم و ۸۶/۸٪ در گروه بدون علائم) مجرد بودند. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش را در گروه‌های با و بدون علائم بی‌اشتهایی نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد وابستگی، تمایز یافتگی، خرده‌مقیاس‌های تمایز یافتگی و قاطعیت در دو گروه نمونه

انحراف استاندارد	میانگین	شاخص‌های آماری	
		گروه‌ها	متغیرها
۹/۱۶	۱۴/۷۱	بدون علائم	وابستگی
۱۰/۴۵	۱۸/۹۷	دارای علائم	
۲۶/۰۰	۱۷۴/۵۰	بدون علائم	تمایز یافتگی
۲۷/۴۵	۱۶۱/۳۶	دارای علائم	
۸/۷۸	۴۰/۰۹	بدون علائم	واکنش‌پذیری عاطفی
۸/۵۷	۳۶/۱۳	دارای علائم	
۶/۹۸	۴۴/۴۰	بدون علائم	جایگاه من
۷/۷۰	۴۴/۵۶	دارای علائم	
۹/۸۱	۵۰/۵۸	بدون علائم	گریز عاطفی
۸/۵۱	۴۳/۶۴	دارای علائم	
۸/۹۰	۴۲/۳۲	بدون علائم	هم‌آمیختگی با دیگران
۱۰/۶۴	۳۷/۰۳	دارای علائم	
۳/۸۱	۱۴/۰۹	بدون علائم	قاطعیت
۴/۰۹	۱۴/۹۷	دارای علائم	

1. Herzberger, Chan & Katz

۳۰ مطالعات روان‌شناختی / دوره ۱۱ / شماره ۴

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، به دلیل برقرار نبودن مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون ناپارامتریک یومن‌ویتنی استفاده شد.

همان‌طور که در جدول ۲ دیده می‌شود، تمامی Zهای به دست آمده از آزمون یومن‌ویتنی به جز قاطعیت و خرده‌مقیاس جایگاه من تمایزیافتگی در سطح $P > 0.01$ معنادار است.

جدول ۲: نتایج آزمون یومن‌ویتنی برای مقایسه وابستگی، تمایزیافتگی، خرده‌مقیاس‌های تمایزیافتگی و قاطعیت در دو گروه نمونه

سطح معناداری	Z	ویلکاکسون	یومن‌ویتنی	مجموع رتبه	میانگین رتبه	تعداد	شاخص‌های آماری	
							گروه‌ها	متغیرها
۰/۰۰۶	-۱/۸۶	۴۰۰۱/۰	۱۱۵۱/۰	۴۰۰۱/۰	۵۳/۳۵	۷۵	بدون علائم	وابستگی
							دارای علائم	
۰/۰۰۱	-۲/۶۳	۱۷۸۷/۵۰	۱۰۰۷/۵۰	۴۶۵۳/۵	۶۲/۸۹	۷۴	بدون علائم	تمایزیافتگی
							دارای علائم	
۰/۰۳	-۲/۱۲	۱۷۹۳/۵۰	۱۰۱۳/۵۰	۴۰۹۲/۵	۵۹/۳۱	۶۹	بدون علائم	واکنش‌پذیری
							دارای علائم	عاطفی
۰/۸۹	-۰/۱۳	۲۱۲۴/۵۰	۱۳۴۴/۵۰	۳۸۷۰/۵	۵۵/۲۹	۷۰	بدون علائم	جایگاه من
							دارای علائم	
۰/۰۰۱	-۳/۳۸	۱۶۳۶/۵۰	۸۵۶/۵۰	۴۵۷۹/۵	۶۳/۶۰	۷۲	بدون علائم	گریز عاطفی
							دارای علائم	
۰/۰۰۱	-۲/۷۹	۱۶۷۴/۰	۸۹۴/۰	۴۱۰۴/۰	۶۰/۳۵	۶۸	بدون علائم	هم‌آمیختگی
							دارای علائم	با دیگران
۰/۲۶	-۱/۱۱	۴۰۳۵/۰	۱۲۶۰/۰	۴۰۳۵/۰	۵۴/۵۳	۷۴	بدون علائم	قاطعیت
							دارای علائم	

بنابراین، تفاوت دو گروه در وابستگی، تمایزیافتگی و خرده‌مقیاس‌های واکنش‌پذیری عاطفی، گریز عاطفی، هم‌آمیختگی با دیگران معنادار و تفاوت دو گروه در قاطعیت و خرده‌مقیاس جایگاه من تمایزیافتگی معنادار نیست. از این‌رو فرضیه اول و دوم تأیید و فرضیه سوم پژوهش رد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه وابستگی، تمایزیافتگی و قاطعیت در افراد دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی و افراد بدون علائم بی‌اشتهایی عصبی بود. نتایج پژوهش، نشان‌دهنده تأیید فرضیه اول و دوم و رد فرضیه سوم پژوهش است، به طوری که در گروه دارای علائم

مقایسه وابستگی، تمایز یافتگی و قاطعیت در افراد با و بدون علائم بی‌اشتهایی عصبی ۳۱

بی‌اشتهایی عصبی وابستگی بالاتر و نمرات تمایز یافتگی و خرده‌مقیاس‌های آن (واکنش‌پذیری عاطفی، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران) پایین‌تر بود و در خرده‌مقیاس جایگاه‌من تمایز یافتگی و قاطعیت، بین دو گروه تفاوتی دیده نشد.

در توضیح نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت، افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی سبک والدگری مستبدانه را تجربه می‌کنند (مومنی و امیری، ۱۳۸۶) و روابط صمیمانه بین اعضای خانواده آن‌ها محسوس نیست. از آنجا که مادران زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، به‌لحاظ اجتماعی افرادی منزوی هستند و روابط اجتماعی محدودی دارند، دختران آن‌ها تنها مجرم اسرار آن‌ها می‌شوند. این درگیری بیش‌ازحد به هم‌جوشی فرد روان بی‌اشتها با دیگران منجر می‌شود و این احتمال وجود دارد که در زندگی آینده او مشکلاتی در زمینه تفکیک خویشتن به‌وجود آورد. اما از طرفی دیگر، از آنجا که این افراد به‌دلیل معیارهای خانوادگی به کسب موفقیت سوق داده می‌شوند (بلایندر، چایتین و گلدشتاین^۱، ۱۹۸۸)، و مادران آن‌ها انتظارات بالایی برای آن‌ها در نظر می‌گیرند، دستیابی به موفقیت‌های ظاهری را تشویق کرده و کنترل بالایی را وضع می‌کنند (مینوچین، راسمن، باکر، ۱۹۷۸)، افراد مبتلا به بی‌اشتهایی برای ایجاد احساس فردیت سعی می‌کنند تا حدودی از هم‌آمیختگی با دیگران اجتناب ورزیده و در روابط بین‌فردی قاطعیت اعمال کنند تا از این طریق بتوانند احساس فردیت خود را زنده نگهدارند.

به‌عبارت دیگر، اعمال کنترل زیاد از سوی خانواده، وضع کردن انتظارات بالا، تشویق بسیار به کسب موفقیت‌های بیرونی و عدم تشویق به داشتن استقلال و خودمختاری، فرد را با یک دوسوگرایی در خصوص استقلال/ خودمختاری مواجه می‌کند و این تعارض همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد در مدل بک، مبین آسیب‌شناسی به بی‌اشتهایی عصبی است. این افراد از سویی به دلیل عدم تشویق خانواده به داشتن استقلال و ایجاد حس خودمختاری در روابط، به‌لحاظ شخصی خود را فردی ناتوان، بی‌کفایت و وابسته به اطرافیان خود می‌پندارند و از طرفی دیگر از سوی همین خانواده، به‌سمت موفقیت‌ها و کسب دستاوردها سوق داده می‌شوند. فرد برای حل این دوسوگرایی، به‌سمت کنترل وزن بدن هدایت می‌شود تا از این‌راه احساس قدرت، کنترل شخصی و قاطعیت خویش را به افراد مهم زندگی نشان‌دهد، جایگاه‌من را در روابط

1. Blinder, Chaitin & Goldstein

بین فردی خود اتخاذ کرده و از طرفی دیگر با تأییدی که از دیگران کسب می‌کند، عزت‌نفس و روابط میان‌فردی‌اش را سامان بخشیده و از این‌رو وابستگی خود به دیگران را نیز حفظ می‌کند. در واقع، به دلیل باارزش بودن معیار لاغری در جامعه، لاغری و کنترل وزن علاوه‌بر آنکه یک معیار زیبایی برای زنان به حساب می‌آید و فرد می‌تواند کنترل وزن را به‌عنوان یک دستاورد مهم به اطرافیان به خصوص والدینش نشان دهد، به افزایش اعتمادبه‌نفس آن‌ها نیز منجر می‌شود، روابط بین‌فردی‌شان را بهبود می‌بخشد و عزت‌نفس آن‌ها نیز را بالا می‌برد.

از دیگر سوی، فرد در دوران نوجوانی با نیاز به استقلال مواجه می‌شود و در تلاش برای تفکیک‌خویشتن از دیگران عمل می‌کند، حال اگر خانواده در تقابل با فرد در این مسیر قرار گیرد، احتمال ازدست‌دادن «خود» بالا می‌رود و فرآیند رسیدن به تمایز یافتگی مختل می‌شود. اشکال در هویت‌یابی به دلیل ایجاد اختلال در فرآیند شکل‌گیری «خود»، فرد را به وابستگی تسلیم می‌کند که در افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی دیده می‌شود. شکل‌گیری هویت در بهترین حالت خود، فرآیندی در جهت افزایش تمایز یافتگی است. فرد باید به هویت مشخصی دست یافته باشد تا بتواند بین عقلانیت و عواطف و خودمختاری و صمیمیت در روابط تمایز قائل شود (ویتزل^۱، ۲۰۰۶) و فرد مبتلا به بی‌اشتهایی به دلیل نیازی که به داشتن یک خود واقعی و مستقل دارد، در تعارض برای رسیدن به تمایز یافتگی است. این افراد راه رسیدن به استقلال، تفاهم در روابط و رفع تعارضات را در لاغری می‌بینند. به عبارت دیگر اختلال بی‌اشتهایی عصبی توسط استرس ناشی از رسیدن به دوران بلوغ و نیاز به استقلال در فرد راه‌اندازی می‌شود (اولدرشاو، همبروک، استال، چانتوریا^۲، ترژر، اسمیت، ۲۰۱۱).

به‌طور خلاصه باید گفت اشکال در فرآیند جدایی- فردیت و همسو با آن تعارض سوسیوتروپی- خودمختاری، فرد را نسبت به بی‌اشتهایی عصبی آسیب‌پذیر می‌کند. تلاش این افراد برای مستقل بودن از دیگران، اما در عین حال نیازمندی به اطرافیان برای کسب تأیید و عزت‌نفس، زمینه‌ساز مشکلات روانی برای آن‌ها شده و گویای وابستگی بیش‌تر، تمایز یافتگی کم‌تر و در عین حال تلاش‌های آن‌ها برای اعمال قاطعیت در روابط بین‌فردی است.

1. Weitzel

2. Oldershaw, Hambrook, Stahl & Tchanturia

مقایسه وابستگی، تمایزیافتگی و قاطعیت در افراد با و بدون علائم بی‌اشتهایی عصبی ۳۳

عمده‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، محدود بودن جامعه پژوهش به گروه دانشجویان و استفاده از ابزارهای خودگزارشی است که ضرورت احتیاط را در تفسیر و تعمیم نتایج ایجاب می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها، پژوهش در جوامع دیگر تکرار شود. همچنین پیشنهاد می‌شود مداخلاتی آموزشی محور با هدف آموزش تمایزیافتگی به منظور حل تعارض وابستگی - خودمختاری در مبتلایان به اختلال بی‌اشتهایی عصبی مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی دانشگاه‌ها و دانشجویانی که در این پژوهش ما را یاری کردند، کمال قدردانی و تشکر را داریم.

منابع

- بابایی، سمیه، خداپناهی، محمدکریم و صالح صدق‌پور، بهرام (۱۳۸۶). ارتباط بین باورها و نشانه‌های اختلال خوردن. فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسان ایرانی، ۴ (۱۳)، ۳-۱۲.
- برنا، محمدرضا و سواری، کریم (۱۳۸۹). ارتباط ساده و چندگانه عزت‌نفس، احساس تنهایی و ابراز وجود با کمرویی. یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۵ (۱۷)، ۵۳-۶۲.
- ثنایی، باقر، علاقبند، ستیلا، فلاحتی، شهره و هومن، عباس (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
- رحیم‌جمارونی، هانیه (۱۳۹۲). بررسی مقایسه‌ای تمایزیافتگی و قاطعیت در افراد دارای شخصیت وابسته و افراد مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه الزهراء (س)، تهران.
- معمدین، مختار، سهرابی، فریبا، فتحی‌آذر، اسکندر و ملکی، صادق (۱۳۸۷). مقایسه بهداشت روانی، رضایت زناشویی و ابراز وجود والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و عادی در استان آذربایجان غربی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی، ۳۶-۳۵، ۱۲۳-۱۵۲.
- مؤمنی، فرشته و امیری، شعله (۱۳۸۶). بررسی رابطه میان انواع سبکهای فرزندپروری والدین و بروز علائم بی‌اشتهایی روانی در دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۷ ساله شهر اصفهان. فصلنامه خانواده‌پژوهشی، ۳ (۱۲)، ۷۷۵-۷۸۹.
- Al-Subaie, A., Al-Shammari, S., Bamgboye, E., Al-Sabhan, KH., Al-Shehri, S., Ramadan Bannah, Z. (1996). Validity of the Arabic version of the eating attitude test. *International Journal of Eating Disorders*, 20 (3), 321-324.
- Blinder, B.J., Chaitin, B.F., Goldstein, R.S. (1988) *The Eating Disorders*. PMA Publishing: New York.
- Bornstein, R. F. (2007). Dependent personality disorder: Effective time-limited therapy. *Current Psychiatry*, 6(1), 37-45 .
- Brahmand, U. (2010). Self-differentiation in women with and without mental disorders. *Social and Behavioral Sciences*, 5, 559-562.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York: Basic Books.
- Cassin, S.E., von Ranson, K.M. (2005). Personality and eating disorders: A decade

in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895–916.

Chibuike, O.B., Chimezie, N.B., Ogbuinya, N.O., Omeje, Ch. (2013). Role of Locus of Control On Assertive Behavior of Adolescents. *Research on Humanities and Social Sciences*, 3(4), 137- 145.

Frederick, Ch.M., Grow. V.M. (1996). A Mediational Model of Autonomy, Self-esteem, And Eating Disordered Attitudes And Behaviors. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 217-228 .

Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9, 273- 279.

Hartmann, A., Zeeck, A., Barrett, M. S. (2010). Interpersonal problems in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 7, 619–627 .

Herzberger. S.D., Chan. E., Katz. J. (1984). The development of an Assertiveness Self-Report Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 48(3), 317-23.

Huber, N.M. (2007). *Dependent personality inventory (DPI): A scale to assess dependent personality subtypes based on DSM-IV-TR criteria*. Master's thesis, Cleveland State University, Ohio.

Keel, P.K., Forney, K.J. (2013). Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46,433-439.

Kring. A.M., Johnson. Sh.L., Davison. G.C., Neale. J.M. (2010). *Abnormal Psychology*. John Wiley & Sons, Inc: UK.

Lampard, A.M., Byrne, S.M., McLean, N. (2011). Does Self-Esteem Mediate the Relationship between Interpersonal Problems and Symptoms of Disordered Eating? *European Eating Disorders Review*, 19, 454-458.

Minuchin, S., Rosman, B.L. Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press .

Morgan, K. J. (2008). *The anorexic self vs. the authentic self: A systematic and integrative guide in the adult treatment of anorexia nervosa*. Master's thesis, University of Lethbridge, Alberta.

Morgan, T. A., Clark, L. A. (2010). Passive-submissive and active-emotional trait dependency: Evidence for a two-factor model. *Journal of Personality*, 78, 1325-1352 .

Narduzzi, K. J., Jackson, T. (2000). Personality differences between eating disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminant classification analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 699-710.

Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J., Schmidt, U.

- (2011). The socio-emotional processing stream in Anorexia Nervosa. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 970–988.
- Shepphird, S. F. (2009). *100 Questions & Answers about Anorexia Nervosa*. Burlington, Massachusetts: Jones and Bartlett publishers.
- Skowron, E.A., Friedlander, M.L. (1998). The Differentiations of Self Inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 235-246.
- Skowron, E. A., Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 209-222 .
- Strauss, J., Ryan, R.M. (1987). Autonomy Disturbances in Subtypes of Anorexia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 254-258 .
- Troop, N. A., Allan, S., Treasure, J. L., Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behavior in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 237–249 .
- Wagner, S., Halmi, K. A., Maguire, T. V. (1987). The sense of personal ineffectiveness in patients with eating disorders: One construct or several? *The International Journal of Eating Disorders*, 2, 495-505.
- Weitzel, F. E. (2006). *Understanding anorexic women who moved toward healing through the process of self-differentiation: A multiple case study*. Doctoral dissertation, Colorado School of Professional Psychology .
- Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Douchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R., & Ball, S. A. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 641-649.
- Williams, G.J., Chamove, A.S., Millar, H.R. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology*, 29 (3), 327-335 .
- Williams, G.J., Power, K.G., Millar, H.R., Freeman, C.P., Yellowlees, A., Dowds, T., Walker, M., Campsie, L., MacPherson, F., Jackson, M.A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorder*, 14(1), 27-32.
- Yoon, E., Funk, R. (2008). *The psychometric properties of eating attitude test –26*. *Society for Social Work and Research*?. Retrieved from the World Wide Web: <http://sswr.confex.com/sswr/2008/techprogram/P8319.HTM>.