

بررسی رابطه میان انواع سبک‌های فرزندپروری والدین و بروز علائم  
بی‌اشتهایی روانی در دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۷ ساله شهر اصفهان

The Relationship Between Parents' Child Rearing Styles  
and Incidence of Anorexia Nervosa Among 14-17 Years Old  
Female Adolescents in Isfahan

F. Momeni✉

فرشته مؤمنی✉

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

Sh. Amiri, Ph.D.

دکتر شعله امیری

استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

Abstract

The aim of the study was to investigate the relationship between child rearing styles and incidence of anorexia nervosa in female adolescents between the age of 14-17 in Esfahan city. The sample of this study was consisting 53 female adolescents and their parents which were selected through purposeful sampling. The adolescents filled Minnesota Eating Behavior Survey (MEBS) and their parents filled child rearing questionnaire of Baum Rind.

چکیده:

هدف از انجام پژوهش شناسایی رابطه میان انواع سبک‌های فرزندپروری و بروز علائم بی‌اشتهایی روانی در دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۷ ساله شهر اصفهان بود. نمونه این پژوهش شامل ۵۳ نفر از دختران نوجوان و والدین آنها بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفدار انتخاب شدند. ابزارهای به‌کار رفته شامل پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری باوم‌ریند و پرسشنامه سنجش رفتار تغذیه‌ای مینه‌سوتا بوده است. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

✉Corresponding author: Dept. University of Rehabilitation & Welfare Sciences  
Tel: +9821-22180045  
Fax: +9821-22180045  
Email: momenipsy@gmail.com

✉ نویسنده مسئول: تهران - بلوار دانشجو - خیابان کودکیار -  
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی - گروه روان‌شناسی بالینی  
تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۴۵ - دورنما: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۴۵  
پست الکترونیک: email: momenipsy@gmail.com

The results firstly showed that there is a significant positive relationship between democratic style of parents and anorexia nervosa among female adolescents. Second, there is a significant negative relationship between authoritarian style of parents and anorexia nervosa between female adolescents. Third, no significant relationship between permissive style of parents and anorexia nervosa was not found in female adolescents. So, we conclude that there is a relationship between child rearing styles and incidence of anorexia nervosa and its subscales in female adolescents.

**KeyWords:** Child Rearing Styles, Anorexia Nervosa, Adolescence.

نتایج تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که بین سبک فرزندپروری قاطع و اطمینان‌بخش والدین با بروز علائم بی‌اشتهایی روانی در دختران نوجوان رابطه منفی معنادار و بین سبک فرزندپروری مستبدانه والدین با بروز علائم بی‌اشتهایی روانی در این آزمودنی‌ها رابطه مثبت معنادار وجود داشت. همچنین رابطه معناداری بین سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه با بروز علائم بی‌اشتهایی روانی مشاهده نشد. بنابراین می‌توان گفت که سبک فرزندپروری والدین نقش مهمی در بروز یا عدم بروز علائم اختلال بی‌اشتهایی روانی و سایر زیرمقیاس‌های آن داشته است. همچنین به نظر می‌رسد که دو سبک قاطع و اطمینان‌بخش و مستبدانه در قیاس با سبک سهل‌گیرانه نقش مهم‌تری در پیش‌بینی بروز یا عدم بروز علائم این اختلال دارند. نتایج بدست آمده بر مبنای نظریه‌ها مورد تبیین قرار گرفته است.

**کلیدواژه‌ها:** سبک‌های فرزندپروری، بی‌اشتهایی روانی، نوجوانی

#### مقدمه

خانواده چیزی بیشتر از مجموعه افرادی است که در یک فضای مادی و روانی خاص به‌سر می‌برند. خانواده یک نظام اجتماعی و طبیعی است که ویژگی‌های خاص خود را دارد. این نظام اجتماعی مجموعه‌ای از اصول و قواعد را ابداع و برای اعضاء خود نقش‌های متنوعی تعیین می‌کند. علاوه بر این، خانواده از یک ساختار نظام‌دار قدرت برخوردار است. در طی تعامل اعضاء آن، صورت‌های پیچیده‌ای از پیام‌رسانی‌های آشکار و نهان به‌وجود آمده و روش‌های مذاکره و مسئله‌گشایی مفصلی را در اختیار اعضا قرار می‌دهد که به آن‌ها اجازه می‌دهد تا تکالیف مختلفی را با موفقیت به انجام برسانند. رابطه اعضای این خرده فرهنگ<sup>۱</sup> رابطه‌ای عمیق و چند لایه است که عمدتاً براساس تاریخچه ادراک‌ها و فرض‌های مشترک و درونی شده راجع به جهان و اهداف مشترک اعضاء خانواده بنا نهاده شده است (گلدنبرگ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵).

اعضای خانواده در حین رشد به هویت اختصاصی و یکتای خویش دست می‌یابند اما باز هم به گروه خانوادگی دلبستگی دارند و لذا هویت یا تصویر خاص خود را حفظ خواهند کرد. این اعضا در انزوا

زندگی نمی‌کنند بلکه به یکدیگر وابسته‌اند آن هم نه فقط به خاطر پول، غذا یا سرپناه بلکه نیاز به عشق، محبت، همکاری، جامعه‌پذیری<sup>۳</sup> و سایر نیازهای غیرملموس. این افراد برای دستیابی به کارکرد مطلوب باید خود را با نیازها و خواست‌های سایر اعضا و همچنین انتظارات متغیر شبکه خویشاوندی بزرگتر و در نهایت کل جامعه منطبق سازند (رایس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳).

خانواده‌ای که از کارکرد سالم برخوردار است، جدای از پایداری خود در قالب یک نظام، موجب شکوفایی<sup>۵</sup> توان بالقوه یکایک اعضا خود می‌گردد، یعنی اجازه می‌دهد که با اطمینان و اعتماد در پی کاوشگری و خودیابی برآیند. کانستنتین<sup>۶</sup> (۱۹۸۶) میان نظام خانوادگی توانا<sup>۷</sup> و ناتوان<sup>۸</sup> تمایز قائل می‌شود. گروه اول می‌توانند بین نیازهای آن نظام در قالب یک واحد خانوادگی و علائق شخصی تمامی اعضا خود تعادل برقرار نمایند و در الگوی دوم، کم‌کاری اعضا یا غلبه کردن بر سایر اعضا گروه باعث از میان رفتن منافع عده‌ای از آنان می‌شود.

تأثیر خانواده بر فرآیند تحول چنان بارز است که با وجود اختلافات موجود در بین صاحب‌نظران روان‌شناسی در زمینه اهمیت خانواده و اثرات آن بر تحول باز هم نقطه نظرات مشترکی دیده می‌شود. اکثر روان‌شناسان صرف‌نظر از مکتبی که به آن عقیده دارند، کنش‌های متقابل میان والدین و فرزندان را اساس تحول عاطفی تلقی می‌کنند (بالبی، ۱۹۶۹؛ فروید، ۱۹۶۴).

این کنش متقابل در تمام مراحل عمر فرد خود را نشان می‌دهد. از جمله مراحل بسیار مهمی که کنش خانوادگی در آن نمود یافته و متجلی می‌شود، دوره نوجوانی است. دوره نوجوانی دوره‌ای است که فرد با مسائل جدیدی روبه‌رو می‌شود. نوجوان از لحاظ روانی و جسمانی دچار دگرگونی‌هایی می‌شود که گاهی ممکن است باعث بروز اختلالاتی در او گردد. با ورود به سن بلوغ نوجوان احساس می‌کند که دوست دارد مستقلانه زندگی کند. نوجوان در جاده‌ای که مسیر آن از خانواده تا سرنوشت آینده او است تنها می‌باشد. او از این مسیر گریزی ندارد و اغلب با تأکید بر ارزش‌های رایج بین دوستان خود نسبت به دوری از ارزش‌های خانوادگی تمایل نشان می‌دهد (فونتئل<sup>۹</sup>؛ به‌نقل از حاجی‌زاده، ۱۳۸۴).

علاوه بر دگرگونی‌های روانی، نوجوان اینک از نظر جسمی نیز تا حدی دگرگون می‌شود. علاوه بر تغییراتی که در ظاهر بدن صورت می‌گیرد، به علت اشتیهای بیشتر از گذشته، کم‌کم توده‌ها و بافت‌های چربی اضافه پدیدار می‌شود که ممکن است نوجوان و به‌خصوص نوجوان دختر را تا حدی نگران سازد. در این میان بسیاری از دختران سعی می‌کنند که از رژیم‌های لاغری و کاهش وزن استفاده کنند و گاهی در این راه افراط نموده به‌طوری که علاوه بر کاهش مقادیر زیادی از وزن بدن، فرد هم‌چنان فکر می‌کند که چاق است و رژیم خود را دنبال می‌کند (دیویس، ۱۹۹۸).

پیامد رژیم افراطی نوجوان ممکن است بروز بی‌اشتهایی روانی<sup>۱۰</sup> در او باشد. در این اختلال شخص از حفظ حداقل وزن طبیعی بدن خویش امتناع می‌کند و شدیداً از بالا رفتن وزن خود هراس دارد و به

میزان قابل توجهی در مورد بدن خود و شکل آن دچار سوءتعبیر می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۰۰). افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی حتی پس از آن که شدیداً سبک وزن شده‌اند فکر می‌کنند که چاق هستند و اغلب آن‌ها رژیم‌های خودخواسته بسیار سختی می‌گیرند و برای کاهش وزن بیشتر شدیداً ورزش می‌کنند (برک<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳). سوءتغذیه در این افراد باعث پدیدگی رنگ پوست، شکنندگی و رنگ باختن ناخن‌ها، پدیدار شدن موهای تیره نرم در سراسر بدن و حساسیت شدید نسبت به سرما می‌شود. اگر بی‌اشتهایی روانی ادامه پیدا کند می‌تواند باعث کوچک شدن عضله قلب، نارسایی کلیه، از دست دادن تراکم استخوان و آسیب مغزی گردد (نوماکر<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۷). در مورد علل آسیب‌شناختی این اختلال پژوهش‌های متعددی صورت گرفته و از دیدگاه‌های متفاوتی به سبب‌شناسی این اختلال پرداخته شده است. از جمله این رویکردها نگرش‌های مربوط به خانواده است. در دهه ۱۹۷۰ سیلویینی پالازولی<sup>۱۳</sup> و مینوچین<sup>۱۴</sup> هر دو به‌طور مستقل مدل‌های سیستمی را برای علیت بی‌اشتهایی روانی ارائه دادند. مینوچین ۵ ویژگی حاکم در خانواده فرد بی‌اشتها را به این صورت معرفی می‌کند: مقید بودن<sup>۱۵</sup>، مراقبت بیش از حد<sup>۱۶</sup>، خشکی رفتار<sup>۱۷</sup>، تعارضات حل نشده<sup>۱۸</sup> و گرفتاری زیاد فرزند بی‌اشتها در تعارضات والدینی (مینوچین، روزمن و باکر، ۱۹۹۱).

بررسی تعامل خانوادگی والدین و دختران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی مشکلاتی را در رابطه با خود مختاری نوجوانان در رابطه با والدین آشکار می‌سازد. این والدین اغلب انتظارات زیادی برای پیشرفت و پذیرش اجتماعی دارند و بیش از حد حمایت‌کننده و کنترل‌گر هستند. گرچه دختر آن‌ها سعی می‌کند که این انتظارات را برآورده سازد ولی در درون خود به خاطر آن که او را فردی نمی‌داند که از حقوق شخصی برخوردار است، به شدت عصبانی است. دختری که مبتلا به بی‌اشتهایی روانی است به جای آن که بی‌پرده سرپیچی کند به‌طور غیرمستقیم سعی دارد به والدین خود بفهماند که اینک او فردی مجزا از آن‌هاست و در عین حال او همیشه عادت کرده که والدینش برای او تصمیم‌گیری نمایند (هالمی<sup>۱۹</sup>، ۱۹۸۷؛ به نقل از مالونی و کرانز<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۱).

رستام و گلبرگ (۱۹۹۱) اولین مطالعه کنترل شده در زمینه خانوادگی را در گروه بی‌اشتهایی روانی انجام داده‌اند. به منظور مطالعه ویژگی‌های خانواده، همه اعضای خانواده افراد بی‌اشتها در گوتنبرگ سوئد با یک گروه کنترل هم‌تا از خانواده‌های عادی مقایسه شدند و نتایج نشان داد که در گروه بی‌اشتهای روانی مشکلات عمده خانواده و دیگر آشنایان درجه اول به‌طور معنی‌داری با گرایش به سمت افسردگی در مادران همراه بود (کلام<sup>۲۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۰).

هسا<sup>۲۲</sup> (۱۹۹۰)، مطالعات انجام شده در مورد الگوهای کنش خانواده را خلاصه نمود. او اظهار داشت همه یافته‌ها حاکی از آن است که خانواده افراد دارای اختلالات تغذیه کنش متقابل مغشوش‌تری نسبت به خانواده‌های طبیعی دارند اما مدرکی برای نشان دادن این‌که چنین اغتشاشاتی علت اختلال تغذیه است در دسترس نیست (دادستان، ۱۳۸۳). علاوه بر این، پاره‌ای از محققان کوشش

نموده‌اند تا ریخت روان‌شناختی خاص والدین و هم‌چنین ویژگی‌های تعاملی را در خانواده افراد مبتلا به بی‌اشتهای روانی تعیین کنند. مادران به‌عنوان افرادی مضطرب، خود بیمارپندار و جاه‌طلب توصیف شده‌اند که از فرزندان خویش برای ارزنده‌سازی خود سود می‌جویند (سارس<sup>۲۳</sup>، ۱۹۸۰؛ به‌نقل از دادستان، ۱۳۸۲). توجه آن‌ها به ظاهر جسمانی نوجوانان جنبه افراطی دارد. معمولاً بیش از حد از فرزندان خود حمایت می‌کنند و نیازهای او را به درستی درک نمی‌کنند و گرایش به نوعی در هم آشفستگی بین آن‌ها و فرزندانشان وجود دارد (سیلویین‌پالازولی، ۱۹۷۴؛ به‌نقل از دادستان، ۱۳۸۲). پدران بیشتر گرم و سهل‌گیرند و در تصمیم‌گیری‌های خانوادگی کمتر دخالت می‌کنند و پاره‌ای از آن‌ها رفتاری مادرانه دارند (کستم برگ<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۱۹۷۲؛ به‌نقل از دادستان، ۱۳۸۲).

مطالعات صورت گرفته همگی دال بر کنش‌های مغشوش خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به بی‌اشتهایی روانی است. از جمله عوامل خانوادگی که طرز رفتار فردی و اجتماعی و سایر خصوصیات رفتاری و شخصیتی فرد را تعیین می‌کند سبک‌های فرزندپروری<sup>۲۵</sup> والدین می‌باشد. سبک‌های فرزندپروری روش‌هایی هستند که والدین در برخورد با فرزندان خود اعمال می‌کنند و در شکل‌گیری و رشد آنان در دوران کودکی و خصائص شخصیتی و رفتاری آن‌ها تأثیر فراوان و عمیقی دارد (شعاری‌نژاد، ۱۳۶۴). به‌طور کلی می‌توان به ۳ سبک فرزندپروری اشاره نمود: سبک قاطع و اطمینان‌بخش، سبک مستبدانه، سبک سهل‌گیرانه.

- سبک قاطع و اطمینان بخش<sup>۲۶</sup>: این‌گونه والدین هم برای رفتار خودمختارانه و هم برای رفتار منضبط اعتبار قائلند. آن‌ها روابط کلامی را تشویق می‌کنند و هنگامی که از اقتدار خود به‌عنوان والدین استفاده می‌کنند و فرزند را از چیزی منع می‌کنند یا از او انتظاری دارند برایش دلیل می‌آورند. در این‌گونه خانواده‌ها فرزند به‌تدریج به نوعی بلوغ شناختی و اجتماعی نزدیک می‌شود و چیزی نمی‌گذرد که بایستی برای زندگی خود قبول مسئولیت کند (شریعتمداری، ۱۳۷۴).

- سبک مستبدانه<sup>۲۷</sup>: والدین مستبد برخلاف والدین قاطع، تحریک‌پذیر، انعطاف‌ناپذیر، زورگو و خشن و نسبت به نیازهای فرزند خود بی‌توجه هستند. آن‌ها لزومی نمی‌بینند که برای دستوراتی که می‌خواهند دلیلی ارائه دهند و به نظر آن‌ها اطاعت بی‌چون و چرا یک فضیلت است. فرزندان که والدین مستبد دارند کمتر به خود متکی هستند و نمی‌توانند به تنهایی کاری انجام دهند یا از خود عقیده‌ای داشته باشند. آن‌ها به اطراف خود کنترل چندانی ندارند و پاداش‌های ناچیزی دریافت می‌کنند (الدر<sup>۲۸</sup>، ۱۹۸۰؛ به‌نقل از ماسن و همکاران، ترجمه یاسایی، ۱۳۷۲).

- سبک سهل‌گیرانه<sup>۲۹</sup>: والدینی که سهل‌گیر، بی‌اعتنا یا به حد افراطی مساوات‌طلبند نیز نمی‌توانند آن‌گونه که نوجوانان نیاز دارند حامی آن‌ها باشند. بعضی از آن‌ها اجازه می‌دهند که فرزند هر کاری که می‌خواهند انجام دهد شاید به این دلیل که به او کاری ندارند یا این که اهمیتی نمی‌دهند. برخی دیگر از مسئولیت خویش برداشت نادرستی دارند. در این‌گونه خانواده‌ها آشفستگی، صفت بارز آن را

تشکیل می‌دهد. سطح ارزش افراد خانواده پایین و روابط اعضای خانواده آشفتنه و غیرانسانی است (ماسن و همکاران، ترجمه یاسایی، ۱۳۷۲).

با توجه به افزایش شیوع اختلال بی‌اشتهایی روانی در سال‌های اخیر به‌خصوص در میان دختران نوجوان و با در نظر گرفتن آن‌که خانواده به‌عنوان مهم‌ترین نهاد اجتماعی نقش بسیار مهمی در پدیدآیی اختلالات روانی دارد لذا لازم است با دقت نظر بیشتری بر خانواده و الگوی پویایی آن و سبک‌های فرزندپروری که نشان‌دهنده این پویایی است به عنوان یکی از عوامل اصلی شکل‌گیری بی‌اشتهایی روانی توجه کنیم.

براساس ادبیات پژوهشی ذکرشده هدف پژوهش تعیین رابطه میان انواع سبک‌های فرزندپروری والدین با بروز بی‌اشتهایی روانی در نوجوانان دختر بود.

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر ۱۴ تا ۱۷ ساله شهر اصفهان و والدین آن‌ها می‌باشد. از این جامعه ۵۳ نفر از دختران نوجوان ۱۴ تا ۱۷ ساله که به منظور دریافت رژیم غذایی به متخصصان تغذیه مراجعه کرده و باورها، نگرش‌ها و رفتارهای معیوبی در زمینه خوردن (نظیر استفاده از مسهل‌ها و ملین‌ها، اشتغال ذهنی در رابطه با وزن و شکل بدن و...) داشتند انتخاب و از آن‌ها خواسته شد پرسشنامه سنجش رفتار تغذیه‌ای مینه‌سوتا (MEBS) را تکمیل نمایند. همچنین والدین این گروه از آزمودنی‌ها نیز پرسشنامه سبک‌های فرزندپروری والدین را تکمیل کردند. تمامی آزمودنی‌ها نمره بالاتر از ۱۹ (نقطه برش) داشته و علائمی از اختلال بی‌اشتهایی روانی نداشته‌اند. بنابراین داده‌های حاصل از پرسشنامه همه آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری:** این پرسشنامه که در سال ۱۹۷۲ توسط دیانا باومریند طراحی شد شامل ۳۰ عبارت است که ۱۰ عبارت آن به شیوه مستبدانه و ۱۰ عبارت دیگر به شیوه قاطع و اطمینان‌بخش و ۱۰ عبارت دیگر به شیوه سهل‌گیرانه مربوط می‌شود. با جمع نمرات عبارات مربوط به هر شیوه یک نمره بین ۰ تا ۴۰ برای هر سطح شیوه‌های فرزندپروری بدست می‌آید به عبارت دیگر هر والد در این پرسشنامه دارای سه نمره مجزا می‌باشد. در پژوهشی که توسط اسفندیاری (۱۳۷۴) انجام شد پایایی آزمون بر روی نمونه‌ای از مادران جمعیت مورد مطالعه به شیوه بازآزمایی و با فاصله زمانی یک هفته به ترتیب برای شیوه سهل‌گیرانه ۰/۶۹، شیوه مستبدانه ۰/۷۷ و شیوه قاطع و اطمینان‌بخش ۰/۷۳ گزارش شد. همچنین روایی محتوایی آزمون نیز توسط ۱۰ نفر از صاحب‌نظران روان‌شناسی و روان‌پزشکی مورد تأیید قرار گرفت (اسفندیاری، ۱۳۷۴؛ به نقل از رئیسی، ۱۳۸۳).

پرسشنامه سنجش رفتار تغذیه‌ای مینه‌سوتا (MEBS): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ توسط ون‌رانسون و همکاران ساخته شده است و برای غربالگری و سنجش وجود یا عدم وجود علائم بی‌اشتهایی روانی به کار می‌رود. این پرسشنامه شامل ۳۰ عبارت در مورد اختلال بی‌اشتهایی روانی و علائم آن می‌باشد و ۴ زیرمقیاس دارد: نارضایتی از وضعیت بدن، رفتارهای جبرانی نظیر استفراغ عمدی و استفاده از مسهل‌ها و ملین‌ها به منظور کاهش وزن، پرخوری، اشتغال ذهنی در رابطه با وضعیت بدن. الگوی پاسخ‌گویی به سؤالات از مقیاس بلی - خیر تبعیت می‌کند به این صورت که از آزمودنی خواسته می‌شود پاسخی را انتخاب کند که مطابقت بیشتری با وضعیت او دارد. به پاسخ‌های مثبت امتیاز ۱ و به پاسخ‌های منفی امتیاز صفر تعلق می‌گیرد. در پژوهشی که همزمان با انجام پژوهش فوق توسط مؤمنی صورت گرفت و پایایی آزمون بر روی نمونه ۵۰ نفری از بیماران به شیوه بازآزمایی و با فاصله زمانی ۱۰ روز صورت گرفت ضریب پایایی کل آزمون ۰/۹۳ محاسبه شد. هم‌چنین ضریب پایایی همسان درونی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۰ بدست آمد.

### یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها را در متغیر سبک‌های فرزندپروری در والدین و بی‌اشتهایی روانی را در دختران آنها نشان می‌دهد.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی مربوط به خرده مقیاس‌های پرسشنامه

#### سبک‌های فرزندپروری والدین

انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص‌ها سبک‌ها
۶/۶۵	۳۲/۰۹	۵۳	سبک قاطع و اطمینان‌بخش
۷/۴۴	۱۷/۲۲	۵۳	سبک مستبدانه
۶/۳۳	۱۸/۲۴	۵۳	سبک سهل‌گیرانه

براساس یافته‌های مندرج در جدول ۱ در میان سبک‌های فرزندپروری به ترتیب بالاترین میانگین مربوط به سبک قاطع و اطمینان‌بخش (۳۲/۰۹) و پایین‌ترین میانگین نمره مربوط به سبک مستبدانه (۱۷/۲۲) است. با توجه به آن که در مقیاس سبک‌های فرزندپروری هر والد ۳ نمره کسب می‌کند (در هر کدام از سه شیوه، نمره جداگانه می‌گیرد) می‌توان گفت که اکثریت والدین نمرات

بالایی در سبک قاطع و اطمینان داشته‌اند. میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها در نمره کل و خرده مقیاس‌های مقیاس MEBS در نمونه نوجوانان در جدول ۲ درج گردیده است.

جدول ۲: یافته‌های توصیفی مربوط به نمره کل و هر یک از خرده مقیاس‌های مقیاس MEBS در نمونه نوجوانان

انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص‌ها بی‌اشتهایی
۲/۰۲	۳/۹۵	۵۳	نارضایتی از وضعیت بدن
۱/۰۹	۰/۷۵	۵۳	رفتارهای جبرانی
۱/۷۸	۳/۰۳	۵۳	پر خوری
۱/۶۴	۶/۷۵	۵۳	اشتغال ذهنی در رابطه با وزن بدن
۵/۰۹	۱۵/۵۶	۵۳	نمره کل MEBS

همان‌گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد بالاترین میانگین‌ها به ترتیب مربوط به اشتغال ذهنی در رابطه با وزن بدن و پس از آن نارضایتی از وضعیت بدن می‌باشد و پایین‌ترین میانگین مربوط به رفتارهای جبرانی است. جدول ۳ نتایج حاصل از آزمون فرضیه را که با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفته است را نشان می‌دهد.

جدول ۳: ضرائب همبستگی و سطح معناداری متغیر سبک‌های فرزندپروری با بی‌اشتهایی روانی و سایر زیرمقیاس‌های آن

سبک سهل‌گیرانه	سبک مستبدانه	سبک قاطع و اطمینان‌بخش	سبک‌ها بی‌اشتهایی روانی
۰/۱۴	۰/۱۶	۰/۲۶۷*	نارضایتی از وضعیت بدن
۰/۲۹	۰/۲۳	۰/۰۵۳	سطح معناداری
۵۳	۵۳	۵۳	تعداد
-۰/۱۶	۰/۳۷*	-۰/۳۶**	رفتارهای جبرانی
۰/۲۵	۰/۰۰۶	۰/۰۸	سطح معناداری
۵۳	۵۳	۵۳	تعداد
۰/۰۱۷	۰/۲۵**	-۰/۳۳**	پر خوری
۰/۹	۰/۰۶۲	۰/۰۱۵	سطح معناداری
۵۳	۵۳	۵۳	تعداد

ادامه جدول ۳

۰/۱۴ ۰/۲۹ ۵۳	۰/۲۹* ۰/۰۳۴ ۵۳	-۰/۲۵۲* ۰/۰۶۹ ۵۳	اشتغال ذهنی در رابطه با وزن بدن سطح معناداری تعداد
-۰/۰۱۷ ۰/۹۴ ۵۳	۰/۳۹** ۰/۰۰۳ ۵۳	۰/۴۳** ۰/۰۰۱ ۵۳	نمره کل MEBS سطح معناداری تعداد

\*P<0.05 \*\*P<0.01

براساس یافته‌های موجود در جدول شماره ۳ ضریب همبستگی بین نمرات حاصل از سبک فرزندپروری قاطع و اطمینان بخش و مقیاس MEBS (نمره کل) برابر ۰/۴۳ و معنادار است. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. ضریب همبستگی بین نمرات حاصل از سبک فرزندپروری مستبدانه و مقیاس MEBS (نمره کل) برابر ۰/۳۹ و معنادار است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود. ولی ضریب همبستگی بین نمرات حاصل از سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه و مقیاس MEBS (نمره کل) برابر ۰/۰۱۷ و معنادار نیست. بنابراین فرضیه سوم پژوهش تأیید نمی‌شود. هم‌چنین بر طبق جدول فوق بین سبک فرزندپروری قاطع و اطمینان‌بخش و رفتارهای جبرانی و پرخوری رابطه معنادار و منفی بدست آمده است و بین سبک مستبدانه و رفتارهای جبرانی و اشتغال ذهنی در رابطه با وزن بدن نیز رابطه معنادار و مثبت می‌باشد. برای تعیین رابطه و سهم نسبی هر یک از سبک‌های فرزندپروری از روش آماری تحلیل رگرسیون استفاده شده است. در جدول ۴ متغیر سبک‌های فرزندپروری و نمره کل بی‌اشتهایی روانی وارد معادله شدند که نتایج آن ارائه شده است:

جدول ۴: ارزیابی سهم سبک‌های فرزندپروری در تبیین واریانس بی‌اشتهایی روانی

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	
۰/۰۰۱	۶/۴۰۱	۱۲۶/۹۹	۳۸۰/۳۹۶	۳	رگرسیون
		۱۹/۸۰۹	۹۷۰/۶۲۳	۴۹	باقی‌مانده

اطلاعات مربوط به ضریب تعیین، خطای استاندارد برآورد و ضرائب رگرسیون تحلیل فوق در جدول ۵ آمده است:

جدول ۵: اطلاعات مربوط به ضرائب رگرسیون و ضریب تعیین

خطای استاندارد برآورد	ضریب تعیین	سطح معناداری	نسبت $t$	ضریب $\beta$	ضریب $B$	ضرائب / سبک‌ها
۰/۱۰۹	۰/۲۸۲	۰/۰۱	-۲/۶۶	۰/۳۸۱	-۲/۹۲	سبک قاطع و اطمینان‌بخش
۰/۰۹۷		۰/۰۷	۲/۱۷	۳۰۹/۰	۰/۲۱۲	سبک مستبدانه
۰/۱۰۹		۰/۰۳۵	۱/۸۵	۰/۲۵۲	۰/۲۰۲	سبک سهل‌گیرانه

با توجه به ضریب بتای حاصل از این تحلیل می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیر سبک‌های فرزندپروری (متغیر پیش‌بین) و ملاک (بی‌اشتهایی روانی) رابطه وجود داشته است علاوه بر این رگرسیون محاسبه شده ( $R$  برابر ۰/۲۸۲) و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است یعنی انواع سبک‌های فرزندپروری سبک قاطع و اطمینان‌بخش، مستبدانه و سهل‌گیرانه با هم ۲۸٪ از واریانس نمره کل بی‌اشتهایی روانی را تبیین می‌کنند.

### بحث

براساس نتایج حاصل از این پژوهش میان سبک فرزندپروری قاطع و اطمینان‌بخش و نمرات مقیاس MEBS رابطه معنادار وجود دارد. به این معنی که دخترانی که سبک فرزندپروری غالب والدین‌شان سبک قاطع و اطمینان‌بخش است نمرات کمتری در مقیاس سنجش بی‌اشتهایی روانی کسب می‌کنند و در نتیجه از نظر رفتارهای مربوط به خوردن از سلامتی بیشتری برخوردارند و کمتر احتمال دارد که به پرخوری و رفتارهای جبرانی به منظور کاهش وزن روی بیاورند. در تبیین نتایج فوق می‌توان این‌گونه بیان کرد که والدینی که سبک قاطع و اطمینان‌بخش دارند هم برای رفتارهای خودمختارانه و هم برای رفتار منضبط اعتبار قائلند. آن‌ها روابط کلامی را تشویق کرده و هنگامی که فرزند را از چیزی منع می‌کنند یا از او انتظاری دارند دلائل لازم را ارائه می‌نمایند. چنین تلاش‌هایی برای ثابت نمودن حقانیت اقتدار والدین اهمیت خاصی دارد زیرا کودکان و نوجوانان به تدریج به بلوغ شناختی و اجتماعی نزدیک می‌شوند و چیزی نمی‌گذرد که باید برای زندگی خویش قبول مسئولیت نمایند. اقتداری که براساس یک نوع دل‌نگرانی منطقی برای رفاه نوجوانان معمولاً از طرف او پذیرفته می‌شود، حال آن‌که اقتدار غیرمنطقی که براساس میل بزرگسالان به تسلط بر کودکان و نوجوانان می‌باشد احساس طردشدگی به آن‌ها داده و خشم آن‌ها را برمی‌انگیزد و گاهی هم به افسردگی می‌انجامد (والین و هالسون، ۱۹۹۹). در واقع این والدین احساس عزت نفس و عاطفه مثبت در فرزند خود ایجاد می‌کنند که این باعث جلوگیری از بروز رفتارهای نابهنجار و اختلالات رفتاری و روانی در فرزندان می‌شود زیرا این فرزندان همواره به شیوه متعادل رفتار می‌کنند و مجبور نیستند برای جلب پذیرش و موافقت والدین دست به رفتارهای غیرمعمول بزنند. این‌گونه فرزندان از سلامت روانی

بالا تری برخوردار بوده و کمتر احتمال دارد که مبتلا به اختلالات شخصیتی، خلقی، اضطرابی و خوردن گردند. طبق پژوهش‌های پیشین عاطفه منفی و نشانه‌های افسردگی و فشارهای اجتماعی در بروز نشانه‌های اختلالات خوردن نقش مهمی دارند (دومینگ، جانسون و کچ، ۲۰۰۰).

رفتار این‌گونه والدین باعث کاهش عاطفه منفی در فرزند می‌شود و سبب می‌شود که او در مقابل فشارهای اجتماعی (مثلاً تبلیغات رادیو، تلویزیون و...) در مورد لاغری و کاهش وزن تا حدی انعطاف‌پذیر باشد. هم‌چنین مشاهده شد که بین سبک فرزندپروری مستبدانه والدین و بروز علائم بی‌اشتهایی روانی در فرزندان دختر آن‌ها رابطه مثبت وجود دارد، به این معنا که دخترانی که والدین‌شان از سبک مستبدانه پیروی می‌کنند نمرات بیشتری در مقیاس MEBS کسب می‌کنند و لذا بیشتر احتمال دارد که رفتارهای نابهنجار در زمینه خوردن داشته باشند. آن‌ها بیشتر دست به رفتارهای جبرانی زده و در ارتباط با وزن بدن خود بیشتر اشتغال ذهنی دارند بنابراین نسبت به سایر نوجوانان علائم نابهنجار بیشتری دارند (ترنر و همکاران، ۲۰۰۵). در تبیین نتایج فوق می‌توان بیان داشت والدینی که سبک مستبدانه دارند بر اعمال قدرت و انضباط اجباری تأکید می‌کنند. این والدین کمتر با فرزند خود گرم و با محبت رفتار می‌کنند و بر کنترل کامل فرزند تأکید دارند به عبارتی یک نفر حاکم بر اعمال و رفتار دیگران است و وظیفه سایرین را مشخص می‌کند. این والدین تحریک‌پذیر، انعطاف‌ناپذیر، زورگو و خشن و نسبت به نیازهای فرزند خود بی‌توجه‌اند و لزومی نمی‌بینند که برای دستوراتی که می‌خواهند دلیلی ارائه دهند. به نظر آن‌ها اطاعت بی‌چون و چرا یک فضیلت است. فرزندان که والدین مستبد دارند کمتر به خود متکی هستند و نمی‌توانند به تنهایی کاری انجام دهند یا از خود عقیده‌ای داشته باشند بنابراین به نظر می‌رسد این‌گونه والدین حمایت افراطی از فرزندان خود می‌کنند. در واقع، والدینی که سبک مستبدانه دارند به دلیل آن‌که توانایی‌های فرزند خود را کمتر از حد خود ارزیابی می‌کنند، تمایل به حمایت افراطی از فرزندان خود دارند و این حمایت خود را در قالب کنترل افراطی نشان می‌دهند (لئونگ و همکاران، ۲۰۰۰). در مطالعات پیشین که توسط سایت و ریچارد (۱۹۸۴) با هدف مشخص کردن رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و رفتارهای نابهنجار خوردن بر روی دختران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی و والدین آن‌ها صورت گرفته بود، حمایت افراطی والدین به‌عنوان یکی از عوامل اصلی در بروز بی‌اشتهایی روانی و اشتغال ذهنی در مورد کم کردن وزن در نظر گرفته شده بود.

علاوه بر این از خصوصیات دیگر این‌گونه والدین طرد فرزند در هنگام بروز رفتاری مخالف میل آن‌هاست زیرا انعطاف‌ناپذیری و خشونت آن‌ها باعث می‌شود که هرگونه تخطی از دستوراتشان را به منزله از دست رفتن کنترل و اقتدار خویش قلمداد نموده فرزند را به خاطر آن تنبیه نمایند (سایت و ریچارد، ۱۹۸۴). در مطالعه‌ای که توسط کاسترو و همکاران (۲۰۰۰)، دوینگ و همکاران (۲۰۰۰) و استوارت و همکاران (۱۹۹۰) انجام شده بود، طرد والدین به‌عنوان یکی از عوامل مهم و پیش‌بینی‌کننده تمایل

به لاغری و نارضایتی از وضعیت بدن و پرخوری گه‌گاهی معرفی شده بود. علاوه بر این در الگوی توصیفی مینوچین از خانواده افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی به حمایت بیش از حد والدین و طرد آن‌ها اشاره شده بود. بنابراین نتایج پژوهش فوق در تأیید یافته‌های قبلی می‌باشد. می‌توان گفت این‌گونه رفتار والدین باعث می‌شود که نوجوان به منظور کسب تأیید بیشتر والدین و پاسخ به نیاز کمال‌گرایی آن‌ها دست به رفتارهای نابهنجار بزند تا از این طریق و با تغییر شکل بدن خود و کاهش وزن بسیار رضایت آن‌ها را بدست آورد. شاید هم توسل به این‌گونه رفتارها، اعلام خشم نوجوان به رفتارها و عقاید والدین باشد. نوجوان می‌خواهد انزجار خویش را اعلام کند و چون نمی‌تواند آن را به‌صورت برونی ظاهر سازد و محیط بیرونی خویش را کنترل نماید ناچاراً سعی می‌کند تا درون خویش را کنترل کند. نوجوانی که همواره به خاطر رفتارهایش از سوی والدین طرد شده است اینک می‌خواهد به آن‌ها نشان دهد که او بزرگسال است.

همان‌گونه که از نتایج پژوهش برمی‌آید بین سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه و بی‌اشتهایی روانی در دختران نوجوان رابطه‌ای وجود ندارد. در تبیین نتیجه فوق می‌توان گفت از آن‌جا که این‌گونه والدین بی‌اعتنا و به حد افراطی مساوات‌طلب بوده و اجازه می‌دهند که فرزندشان هر کاری که تمایل دارد را انجام دهد بنابراین اکثر این فرزندان اختلالات رفتاری بیرونی نظیر رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه و رفتارهای ضداجتماعی را از خود نشان می‌دهند. هم‌چنین بیشتر احتمال دارد که دچار سوء‌مصرف الکل و مواد مخدر شوند (دوینگ و همکاران، ۲۰۰۰). به عبارتی، چون والدین هیچ‌گونه کنترل بیرونی بر آن‌ها ندارند آن‌ها در محیط اجتماعی خود را رها و آزاد می‌بینند و بیشتر رفتارهای نابهنجار آن‌ها در رابطه با اجتماع بوده و کمتر جنبه درونی به خود می‌گیرد. آن‌ها کمتر احتمال دارد مبتلا به اختلالات خلقی، اضطرابی، اختلالات خوردن و به‌طور کلی اختلالات درونی گردند و لذا می‌توان گفت این نوع سبک فرزندپروری رابطه‌ای با بروز علائم این اختلال که بیشتر درونی است ندارد. بنابراین شاید بتوان این نتیجه را این‌گونه تبیین کرد که آزادی افراطی و بی‌حد و اندازه به فرزندان بیشتر برای جامعه خطرناک است تا برای خود فرد (به‌نقل از همان منبع).

در تبیین سبب‌شناسی این اختلال می‌توان گفت تنها علت بروز آن، عوامل مربوط به کنش‌های خانوادگی و سبک‌های فرزندپروری نیست بلکه عوامل فرهنگی و اجتماعی نیز نقش بسیار مهمی دارد. بسیاری از نظریه‌پردازان افزایش اختلالات تغذیه در سال‌های اخیر را ناشی از تأکید بر لاغری و ارزش نهادن آن در جامعه می‌دانند. استانداردهای جاذبه زنان در خلال تاریخ تغییر کرده است. علاوه بر این، بازخوردهای مختلف گروه‌های فرهنگی و اقتصادی و اقلیت‌ها نسبت به لاغری تفاوت‌های فرهنگی چشمگیری در قلمرو اختلال‌های تغذیه را تبیین می‌کند (موریس و همکاران، ۲۰۰۵). هم‌چنین تبلیغات در مورد زیان‌های چاقی و افزایش انواع داروهای لاغری و اعلام خطر پزشکان درباره عوارض افزایش وزن گاهی باعث می‌شود که افراد نسبت به این مسئله بیش از اندازه حساس شده و در مقابل

آن واکنش‌های نابهنجاری نشان دهند و بنابراین احتمال گسترش اختلالات تغذیه افزایش یافته است (مک‌کیب و ریکاردلی، ۲۰۰۳).

از جمله محدودیت‌های پژوهش کم بودن حجم نمونه به علت کم بودن افرادی بود که در مقیاس (MEBS) نمره بالاتر از ۱۷ کسب نموده و مبتلا به بی‌اشتهایی روانی تشخیص داده شده‌اند. همچنین نبودن امکان مصاحبه و گفتگوی بیشتر با والدین و نوجوانان و عدم اطلاع از خصوصیات شخصیتی آن‌ها است که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده بیشتر به این‌گونه موارد پرداخته شود.

#### یادداشت‌ها

- |                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1. Microculture       | 16. Overprotection              |
| 2. Goldenberg         | 17. Rigidity                    |
| 3. Socialization      | 18. Lack of conflict resolution |
| 4. Rice               | 19. Halmi                       |
| 5. Self-discovery     | 20. Malony&Kranz                |
| 6. Constantin         | 21. Calam                       |
| 7. Enaldded           | 22. Hesa                        |
| 8. Disabled           | 23. Sours                       |
| 9. Fontenelle         | 24. Kestemberg                  |
| 10. Anorexia nervosa  | 25. Rearing children styles     |
| 11. Berk              | 26. Democratic style            |
| 12. Neumarker         | 27. Autoritian style            |
| 13. Silvini-palazzoli | 28. Older                       |
| 14. Minuchin          | 29. Permissive style            |
| 15. Enmeshment        |                                 |

#### منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ترجمه م. ر. نیکخو و همکاران، چاپ اول). تهران: انتشارات سخن (انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۴).
- دادستان، پ. (۱۳۸۳). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی (جلد دوم). تهران: انتشارات سمت.
- رئیس، ا. (۱۳۸۳). بررسی رابطه شیوه‌های فرزندپروری والدین با سلامت روانی در دانش‌آموزان دختر پایه اول مقطع دبیرستان شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان.
- شریعتمداری، ع. (۱۳۶۹). روان‌شناسی تربیتی. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- فونتنل، دن. (۱۳۸۴). کلیدهای رفتار با نوجوانان (ترجمه حاجی‌زاده). تهران: انتشارات امیرکبیر. (انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۶).
- ماسن، پی. اچ، کیگان، جی. هوستون، آ. سی. (۱۳۸۲). رشد و شخصیت کودک (ترجمه م. یاسایی). تهران: چاپ مرکز. (انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۷).

مومنی، ف. (۱۳۸۵). هنجاریابی و بررسی پایایی پرسشنامه سنجش رفتار تغذیه‌ای مینه‌سوتا و بررسی رابطه میان شیوه‌های فرزندپروری و بی‌اشتهایی روانی در دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر اصفهان در سال تحصیلی ۸۴-۸۵. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان.

نلسون، آر. وی. و ایزرائل، آ. سی. (۱۳۸۲). اختلال‌های رفتاری کودکان (ترجمه ت. منشی طوسی). مشهد: موسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی. (انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۰).

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Calam, G., Waller, P., & Slade, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorder*, 9, 479-485.
- Castro, Y. Toro, & Cruz, M. (2000). Quality of rearing parents as predictor of short term outcome in adolescents anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 36, 61-67.
- Constantine, L. L. (1986). *Family paradigms: The practice of Theory in family therapy*, New York: Willey.
- Davis, D. L., Goltlibe, M. B., & Stampnitzky, J. R. (1998). Reduced ratio of male to female births in several industrial countries. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1018-1023.
- Dowing, W. B. Johnson, & Koch, C. (2000). Perception of parental acceptance in women with binge eating disorder. *Journal of Psychology*, 134, 23-36.
- Freud, S. (1964). *An outline of Psychoanalysis* (Standard editor of the work of Sigmund Freud). London: Hongarth press.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (1995). Family Therapy . In R. J., Corsini & Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies* (pp.375-406). Itasca, IL: F.E. Peacock publication.
- Halmi, K. A. (1987). Anorexia nervosa and bulimia. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 265-287). New York: paragmenta.
- Leung, G., & waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexia and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 205-213.
- Malony, M., & Kranz, R. (1991). *Straight talk about eating disorders*. New York: Facts and Files
- Mc cabe, M., & Ricciardelli, L. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *Journal of Social Psychology*, 143, 5-26.
- Muris, O., & Meesters, W. (2005). Biological, psychological and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 6, 11-22.
- Minuchin, S., Roseman, B. L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families and anorexia nervosa in content*. British: Cambridge.
- Neumarker, K. (1997). Morality and sudden death in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 21, 205-215
- Palmer, R., Oppenheimer, & Marshal, P. D. (1989). Eating disorder patients remember their parents: A study using parental bounding instrument. *International Journal of Eating Disorder*, 7, 101-106.

- Phares, A., & Steinberg, R. (2004). Gender differences in peer and parental influences: Body image disturbance, self-worth and psychological functioning in adolescents. *Journal of Youth and Adolescents*, 33, 421-429.
- Rice, E. P. (1993). *Intimate relationships, marriage and families*. Mountain, CA: Mayfield.
- Sights, & Richards, H. C. (1984). Parents of bulimic women. *International Journal of Eating Disorder*, 3, 3-13.
- Stober, & Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 654-659.
- Stuart, M. T., Laraia, J. C., Ballenger, & Lydird, R. B. (1990). Family experience of men with bulimia and depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4, 43-52.
- Turner H. M., rose, K., & Cooper, M. (2005). Parental bounding and eating disorder symptoms in adolescence: The mediating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6, 113-118.
- Wallin, U. Hansson, K. (1999). Anorexia nervosa in teenagers: Patterns of family function. *Nordic Journal of Ppsychiatry*, 53, 29-35.