

**مقاله‌ی پژوهشی****نقش میانجی خشم و کمال‌گرایی در ارتباط بین ویژگی‌های شخصیت و باورهای اختلال خوردن در بین دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهرستان بجنستان****خلاصه**

**مقدمه:** اختلالات خوردن یکی از عوامل نگران‌کننده سلامت عمومی است که از دهه ۱۹۷۰ نرخ آن به سرعت رو به افزایش است. این پژوهش به بررسی نقش میانجی خشم و کمال‌گرایی در ارتباط بین ویژگی‌های شخصیت و باورهای اختلال خوردن در بین دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهرستان بجنستان پرداخته است.

**روش کار:** در این پژوهش همبستگی نمونه‌ای با تعداد ۲۱۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهرستان بجنستان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های نگرش‌های خوردن و شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا و مقیاس خشم چندبعدی و مقیاس چندبعدی کمال‌گرایی فراست بود.

**یافته‌ها:** در مدل‌یابی باورهای اختلال خوردن، اثر مستقیم شخصیت بر خشم و کمال‌گرایی مثبت و معنی‌دار است. به علاوه، خشم به طور مثبت و معنی‌دار بر باورهای خوردن تاثیر دارد، در حالی که رابطه کمال‌گرایی و باورهای خوردن، معنی‌دار نیست ( $P > 0/05$ ). همچنین بین کنترل دهانی اختلال خوردن و انتقاد والدین کمال‌گرایی، رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بنا بر نتایج، ناهنجاری‌های شخصیتی می‌تواند به صورت مستقیم و غیر مستقیم و با واسطه هیجان خشم و نه کمال‌گرایی، باورهای ناهنجار خوردن را تبیین نماید.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال خوردن، خشم، کمال‌گرایی، ویژگی‌های شخصیتی

مریم رئیس‌زاده بجنستانی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی،  
گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد  
اسلامی، بیرجند، ایران

\*فاسم آهی

دکترای روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی،  
واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند،  
ایران

\*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد  
اسلامی، بیرجند، ایران

ahigh1356@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۵/۱۱/۲۵

تاریخ تایید: ۹۵/۱۲/۲۵

## مقدمه

اختلالات خوردن یکی از عوامل نگران کننده سلامت عمومی است که از دهه ۱۹۷۰ نرخ آن به سرعت رو به افزایش است (۱). اختلالات خوردن که به عنوان سندرم های روان شناختی مرتبط با چاقی هم شناخته می شوند، طیف وسیعی از رژیم گرفتن بیش از اندازه تا سندرم کامل اختلالات خوردن را در بر می گیرد (۲) اختلالات خوردن با میزان شیوع بالا شامل بی اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی، پرخوری، هرزه خواری، نشخوار و مصرف غذای اجتنابی/محدود کننده می شود (۳،۴)

در هر جامعه، استاندارد های ایده آل از بدن و چهره برای زنان و مردان وجود دارد و تضادها هنگامی ایجاد می شود که تصویر ذهنی از خود با تصویر ذهنی ایده آل مطابق نباشد. بسیاری از نظریه پردازان افزایش اختلالات خوردن در سال های اخیر را ناشی از تاکید بر لاغری و ارزنده سازی آن در جوامع غربی می دانند (۵).

مشاهدات صورت گرفته در محیط های بالینی و همچنین در تحقیقات تجربی نشان می دهد که بین اختلالات شخصیت و اختلالات خوردن یک رابطه نزدیکی وجود دارد و در این راستا مطالعه ویژگی های شخصیتی یکی از زمینه های تحقیقاتی است که کمک قابل توجهی به اتیولوژی و شناسایی مکانیسم های درگیر در شروع یا گسترش اختلالات خوردن دارند. سنسون، لویت و سنسون<sup>۱</sup> (۶) در مرور پژوهش های پیشین وجود اختلالات شخصیت را در میان افراد مبتلا به اختلال خوردن گزارش کردند. گزارش آنان نشان داد که زنان مبتلا به بی اشتهایی عصبی اغلب از گرایش های وسواس- اجباری با میزان های مختلف ۱۰ درصد تا ۴۶ درصد رنج می برند، در مقابل، بیماران با رفتارهای تکانشی تر، مانند پراشتهایی عصبی یا اختلال پرخوری به اختلال شخصیت مرزی گرایش دارند (۷). این وضعیت توسط پژوهشگران دیگر با میزان های مختلف از ۱۲ درصد در مطالعه انجام شده توسط هرزوک<sup>۲</sup> و همکاران

(۸) تا ۳۷ درصد در مطالعه انجام شده توسط ون هانزویک دی جوگک، ون فورت، لیسسی<sup>۳</sup> و همکاران (۹) و ۴۵/۲ درصد در مطالعه تورس، دل ریو، و بردا<sup>۴</sup> (۱۰) تایید شد. همچنین یافته های پژوهشی دو ویژگی عمده شخصیتی را مشخص کرده اند که به نظر می رسد با اختلالات خوردن رابطه دارند. این دو ویژگی عبارتند از اجتناب از آسیب بالا و خود جهت دهی پایین (۱۱). افراد با این ویژگی های شخصیتی تصور می شود توانایی های کمتری برای مقابله با حوادث استرس زا دارند (۱۲).

اکثر محققان بر وجود فاکتورهای متعدد تاکید داشته اند و معتقدند که اختلالات خوردن زمینه های بیولوژیکی، اجتماعی و روانشناختی دارند. در سال های اخیر مفهوم چند فاکتوری به عنوان معیاری استاندارد برای توصیف، تفسیر و درمان اختلال خوردن پذیرفته شده اند (۱۳). در این راستا و ضمن در نظر گرفتن مفهوم چند فاکتوری پیشنهادی محققان، محقق بر آن شد تا در چهارچوب یک مدل مفهومی نقش میانجی خشم و کمالگرایی را در ارتباط ویژگی های شخصیت با باورهای اختلال خوردن بررسی کند.

در بین مکانیزم های آسیب شناسی روانی مورد بررسی در اختلالات خوردن، خشم هسته اصلی است، از این جهت که بیماران مبتلا به اختلال خوردن، گرایش بیشتری به خشم دارند (۱۴). به نظر می رسد که خشم بر تشدید علائم خوردن مبتلایان تاثیر می گذارد و با رفتارهای خود آسیب رسان و ترک کردن درمان در این بیماران مرتبط است (۱۵). آرنو، کناردی و اگراس<sup>۵</sup> (۱۶) گزارش کردند که خشم و ناکامی وقوع دوره های پرخوری را تا ۴۲ درصد تسریع می کند، علاوه بر این کسانی که تمایل دارند در پاسخ به خشم یا افسردگی پرخوری کنند، بیشتر احتمال دارد که وزن قبل از شروع مداخله درمانی را دوباره کسب کنند. همچنین گزارش شده است که خشم مبتلایان به اختلال خوردن به طور قابل توجهی پس از درمان های موفق کاهش می یابد

<sup>3</sup>Van Hanswijck de Jonge, Van Furth, Lacey

<sup>4</sup>Torres, Del Rfo, Borda

<sup>5</sup>Arnou, Kenardy, Agras

<sup>1</sup>Sansone, Levitt, Sansone

(۱۸،۱۷). یافته‌های فاسینو، داگا، پیرو<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹) حاکی از آن بود که بیماران با پراشتهایی عصبی در مقایسه با گروه کنترل خشم بیشتری را نسبت به افراد یا اشیای محیطی گزارش می‌کنند. افراد با پراشتهایی عصبی تحمل پایینی نسبت به ناکامی و کنترل تکانه‌هایشان دارند که این می‌تواند منجر به خشم و کج خلقی این افراد شود. میوتو، پالینی، راستانو<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰) در مقایسه گروه‌های مبتلا به اختلال خوردن با گروه‌های عادی گزارش کردند که در مقایسه با گروه‌های عادی مبتلایان به بی‌اشتهایی روانی پرخاشگری فیزیکی و کلامی کمتر را گزارش می‌کنند، این در حالی است که افراد با پراشتهایی روانی در مقیاس‌های پرخاشگری فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت نمرات بالاتری را کسب می‌کنند.

مکانیزم میانجی دیگر مورد بررسی در ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و اختلال خوردن کمالگرایی است. کمالگرایی سازه‌ای است که به باور تعدادی از محققان در گسترش اختلالات خوردن نقش ایفا می‌کند. فیبارن، شافرن و کوپر<sup>۳</sup> (۲۱) گزارش کردند که در اختلال بی‌اشتهایی عصبی کمالگرایی یک فاکتور مهم است که باعث خوردن محدودکننده و حفظ وزن پایین می‌شود. همچنین لنین فیلد و همکاران (۲۲) گزارش کردند که کمالگرایی می‌تواند به عنوان یک ویژگی شخصیتی مستعدکننده اختلال خوردن در نظر گرفته شود. کاسین، کریستین، استفانی<sup>۴</sup> و همکاران (۲۳) نیز معتقدند که نظریه‌های مختلف، کمالگرایی را به عنوان یک عامل خطر برای نارضایتی بدنی پیشنهاد کرده‌اند، زیرا افراد با کمالگرایی بالا ملاک‌های ارزیابی بالاتری برای خودشان قرار می‌دهند. آنها ممکن است لاغری ایده‌آل غیر واقع‌بینانه که خطر نارضایتی بدنی را افزایش می‌دهد، داشته باشند.

شواهد مستقیمی که نقش میانجی خشم و کمالگرایی را در رابطه بین شخصیت و اختلال خوردن بررسی کرده باشند،

وجود ندارد، اما تحقیقاتی وجود دارد که به طور غیرمستقیم این روابط را بررسی کرده‌اند که در ادامه به بعضی از آنها اشاره شده است. مثلاً در رابطه بین شخصیت و اختلالات خوردن آبت-داگا، گرمگلیا، مارزولا<sup>۵</sup> و همکاران (۲۴) نشان دادند که صفت شخصیتی اجتناب از آسیب بالا شدت نشانگان اختلالات خوردن را پیش‌بینی می‌کند. بشارت (۲۵) در بررسی نقش اختلالات شخصیت در درمان بیماران مبتلا به اختلالات تغذیه دریافت که ۴۶/۵ درصد آزمودنی‌ها علاوه بر اختلال تغذیه از یک اختلال شخصیتی رنج می‌بردند. علاوه بر این خدابخش و کیانی (۲۶) نقش کمال‌گرایی و ابعاد آن را در پیش‌بینی رفتارهای خوردن بررسی کردند که نتایج آن نشان داد که بین کمال‌گرایی و ابعاد آن (خویش‌مدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار) با رفتارهای خوردن آشفته همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. رضایی، افلاک سیر، محمدی، یآوری و غیور (۲۷) در پژوهش خود نشان دادند که در بررسی نقش پیش‌بین کمال‌گرایی و شاخص توده بدنی بر اختلالات خوردن با واسطه گری نارضایتی بدنی، نارضایتی بدنی در رابطه بین کمال‌گرایی، شاخص توده بدنی و اختلالات خوردن نقش واسطه‌ای دارد. همچنین آمیانو، سیکاردی، آبت-داگا<sup>۶</sup> و همکاران (۲۸) نشان دادند که نشانگان پراشتهایی عصبی با خشم واکنشی مرتبط است و خشم و تظاهر خشم به طور کامل اثرات ویژگی شخصیتی مشارکت‌پذیری را بر پرخوری و تکانش‌پذیری بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی میانجی می‌کند. با توجه به نتایج متناقض در این حیطه در نظر گرفتن مکانیزم‌های احتمالی که می‌تواند اثر متغیرهای پیش‌بین بر باورهای مربوط به اختلال خوردن را تعدیل نمایند دور از انتظار نیست. در کل این پژوهش با هدف پر کردن این شکاف پژوهشی و به منظور پاسخ‌گویی به این سوال انجام می‌شود:

آیا خشم و کمالگرایی می‌تواند در ارتباط بین ویژگی‌های شخصیت با باورهای مربوط به اختلال خوردن نقش میانجی

<sup>1</sup>Fassino, Daga, Pier

<sup>2</sup>Miotto, Pollini, Restaneo

<sup>3</sup>Fairburn, Shafran, Cooper

<sup>4</sup>Cassin, Kristin, Stephanie

<sup>5</sup>Abbate-Daga, Gramaglia, Marzola

<sup>6</sup>Amianto, Siccardi, Abbate-Daga

را داشته باشند؟ پاسخ به این سوال احتمالا می‌تواند تناقضات موجود در ارتباط ابعاد شخصیتی با باورهای مربوط به اختلالات خوردن را روشن نماید.

### روش کار

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است که بر روی ۲۱۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهرستان بجستان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳، که بر مبنای فرمول کرجسی - مورگان و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده بودند، انجام شد.

### ابزار پژوهش

**الف- پرسشنامه نگرش‌های خوردن<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه توسط گارنر، اولمست، بوهر و همکاران (۱۹۷۹؛ به نقل از ۲۹) تهیه شده است. ۲۶ اitem دارد که نگرش‌ها و باورهای مربوط به خوردن را می‌سنجد. پاسخ‌ها بر روی یک مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت از همیشه تا هرگز رتبه‌بندی می‌شوند. این پرسشنامه رفتارهای کم‌خوری، اشتغال ذهنی با غذا، بی‌اشتهایی، پراشتهایی و نگرانی از چاق بودن را اندازه‌گیری می‌کند (ملونی، مک‌گایر و دانیلز، ۱۹۹۸؛ به نقل از ۳۹). دامنه نمرات پرسشنامه از صفر تا ۸۷ است. نمره بالای ۲۰ احتمال ابتلا به اختلال خوردن را نشان می‌دهد. پژوهش‌های مختلف روایی بالایی این پرسشنامه را نشان داده‌اند. گارنر و همکاران پایایی آزمون نگرش به خوردن را برای گروه غیر بالینی و بالینی ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در مطالعه دژکام و نوبخت ضریب پایایی ۰/۹۱ محاسبه شد و اعتبار محتوایی آزمون نیز تایید شد (۲۹).

**ب- پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا:** در این پژوهش، از شکل کوتاه ۷۱ سئوالی این پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه یک آزمون خود-سنجی با پاسخ‌های "بله"، "خیر" می‌باشد. پرسشنامه دارای سه مقیاس روایی و هشت مقیاس بالینی است. هشت مقیاس بالینی برای تشخیص اختلالات روانی از قبیل خود‌انگاری، افسردگی، هیستری، انحراف روانی اجتماعی، پارانوئید، ضعف روانی یا پسیکاستنی، اسکیزوفرنیک و مانیا در نظر گرفته شده‌اند.

اعتبار مقیاس‌های آزمون بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ می‌باشند. این پرسش‌نامه، توسط براهنی، بواله‌ری، زمانی و همکاران ترجمه و بر روی گروهی از جمعیت عمومی شهر تهران مورد هنجاریابی قرار گرفت. روش نمره‌گذاری آزمون با استفاده از صفحه‌های نمره‌گذاری دستی انجام شد. هر صفحه نمره‌گذاری بر روی ورقه پاسخ‌نامه که مخصوص نمره‌گذاری دستی طراحی شده است، قرار داده می‌شود. تعداد خانه‌های سیاه شده شمرده می‌شود و به عنوان نمره خام مقیاس مورد نظر در نظر گرفته می‌شود. در نیم رخ این آزمون که بر اساس نمره معیار  $t$  می‌باشد، بنابراین نمره  $t$  ۵۰ در هر مقیاس حاکی از آن است که نمره فرد برابر با نمره متوسط یا میانگین آزمودنی‌های ناهنجاری هم‌جنس با آزمودنی است. نمره‌های بالاتر از ۵۰ نشان‌دهنده نمره‌های بالاتر از متوسط نمونه هنجاری و نمره‌های پایین‌تر از ۵۰ نشان‌دهنده نمره‌های پایین‌تر از متوسط نمونه هنجاری است. نمرات  $T$  بالاتر از ۷۰ موید وجود اختلال روانی می‌باشد.

**ج- مقیاس خشم چند بعدی:** این مقیاس یک آزمون ۳۸ سئوالی است که توسط زیگل (۳۰) برای سنجش خشم ساخته شده است. سئوال‌های آزمون ۵ بعد خشم‌انگیز، موقعیت‌های خشم‌انگیز، نگرش خصمانه، خشم بیرونی و خشم دورنی را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملا نادرست) تا نمره ۵ (کاملا درست) می‌سنجد. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خشم چند بعدی در پژوهش‌های خارجی تایید شده است. در فرم فارسی این مقیاس (۳۱) آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌ها در مورد یک نمونه ۱۸۰ نفری از دانشجویان به ترتیب ۸۸ درصد، ۹۳ درصد، ۷۹ درصد، ۹۴ درصد و ۹۰ درصد محاسبه شد که بیان‌گر همسانی درونی خوب آزمون است. ضرایب هم‌بستگی بین نمره‌های ۷۶ نفر از نمونه مذکور در دو نوبت با فاصله ۲ هفته به ترتیب  $r = 0/65$ ، برای خشم-انگیز  $r = 0/82$ ، برای موقعیت‌های خشم‌انگیز  $r = 0/70$ ، برای نگرش خصمانه  $r = 0/86$ ، برای خشم بیرونی  $r = 0/84$

<sup>1</sup>Eating attitudes test (EAT)

$t$ ، برای خشم درونی  $t = 0/77$ ، محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی رضایت بخش مقیاس است.

د- مقیاس چند بعدی کمالگرایی فراست: این مقیاس توسط فراست، مارتین، لاهارت و همکاران (۳۲) برای سنجش کمالگرایی طراحی شده است. این مقیاس شامل ۳۵ سوال است و کمالگرایی را در شش بعد می‌سنجد که ابعاد آن شامل نگرانی در مورد اشتباهات، تردید نسبت به اعمال، انتظارات والدین، انتقاد والدین، استانداردهای فردی، و نظم و ترتیب است. این مقیاس بر روی یک پیوستار ۵ درجه ای لیکرت از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) نمره گذاری می‌شود. نمره بالاتر نشانگر کمالگرایی زیاد فرد در حیطه مورد نظر است. ضرایب زیر مقیاس‌های این مقیاس در جامعه ای از دانشجویان ایرانی به ترتیب برابر با  $0/83$ ،  $0/72$ ،  $0/63$ ،  $0/77$ ،  $0/81$ ، و همچنین اعتبار باز آزمایی این مقیاس برابر با  $0/86$  و همسانی درونی برابر با  $0/75$  بوده است (۳۳).

### نتایج

از مجموع ۲۱۰ پرسشنامه توزیع شده ۲۰۰ پرسشنامه تحلیل شد. میانگین سنی آزمودنی‌ها برابر با ۱۶/۶۶ سال بود. در بررسی مفروضه نرمال بودن شاخص شاپیرو-ویلک نشان داد که هیچ یک از متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن تخطی ندارند. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش نشان داد که رفتار پرخاشگرانه بیشترین همبستگی را با مانیا ( $p < 0/01$ ) و کمترین همبستگی را با هیستری ( $p > 0/05$ ) دارد. فکر پرخاشگرانه بیشترین همبستگی را با ضعف روانی ( $p < 0/01$ ) و کمترین همبستگی را با ضعف روانی ( $p > 0/05$ ) دارد. احساس پرخاشگرانه بیشترین همبستگی را با ضعف روانی ( $p < 0/01$ ) و کمترین همبستگی را با پارانوئا ( $p > 0/05$ ) دارد نگرانی در مورد اشتباه بیشترین همبستگی را با خودبیمارانگاری ( $p < 0/01$ ) و کمترین همبستگی را با هیستری ( $p < 0/01$ ) دارد. تردید در مورد اعمال بیشترین همبستگی را با ضعف روانی ( $p < 0/01$ ) و کمترین همبستگی را با هیستری ( $p > 0/05$ ) دارد. انتظارات والدین بیشترین همبستگی را با مانیا ( $p < 0/01$ ) و کمترین همبستگی

را با هیستری ( $p > 0/05$ ) دارد. انتقاد والدین بیشترین همبستگی را با انحراف اجتماعی ( $p < 0/01$ ) و کمترین همبستگی را با هیستری ( $p > 0/05$ ) دارد. انتظارات فردی بیشترین همبستگی (منفی) را با انحراف اجتماعی ( $p < 0/01$ ) و کمترین همبستگی (منفی) را با هیستری ( $p > 0/05$ ) دارد. نظم و ترتیب بیشترین همبستگی (منفی) را با افسردگی ( $p > 0/05$ ) و کمترین همبستگی (منفی) را با مانیا ( $p > 0/05$ ) دارد. عادت غذایی بیشترین همبستگی را با احساس پرخاشگرانه ( $p < 0/01$ ) و کمترین همبستگی را با رفتار پرخاشگرانه ( $p < 0/01$ ) دارد. جوع (تمایل به پرخوری) بیشترین همبستگی را با فکر پرخاشگرانه ( $p < 0/01$ ) و کمترین همبستگی را با رفتار پرخاشگرانه ( $p < 0/01$ ) دارد. کنترل دهانی بیشترین همبستگی را با احساس پرخاشگرانه ( $p < 0/01$ ) و کمترین همبستگی را با فکر پرخاشگرانه ( $p < 0/01$ ) دارد. همچنین عادت غذایی بیشترین همبستگی را با انتظارات فردی ( $p > 0/05$ ) و کمترین همبستگی را با رفتار نظم و ترتیب ( $p > 0/05$ ) دارد. جوع (تمایل به پرخوری) بیشترین همبستگی را با تردید در مورد اعمال ( $p < 0/01$ ) و کمترین همبستگی را با انتظارات والدین ( $p > 0/05$ ) دارد. کنترل دهانی بیشترین همبستگی را با انتقاد والدین ( $p > 0/05$ ) و کمترین همبستگی را با تردید در مورد اعمال ( $p > 0/05$ ) دارد.

اثر مستقیم شخصیت بر خشم مثبت و معنی‌دار است ( $\beta = 0/59$ ) (=). همچنین اثر مستقیم شخصیت بر کمالگرایی مثبت و معنی‌دار است ( $\beta = 0/82$ ).

به‌علاوه جدول نشان می‌دهد که خشم به‌طور مثبت و معنی‌دار بر باورهای خوردن تأثیر دارد ( $\beta = 0/53$ ). همچنین کمالگرایی به‌طور مثبت و غیر معنی‌دار باورهای خوردن را تحت تأثیر قرار می‌دهد ( $\beta = 0/13$ ). اثر غیرمستقیم ویژگی‌های شخصیت بر باورهای خوردن از طریق خشم و کمالگرایی برابر با ( $\beta = 0/43$ ) مثبت و معنی‌دار است.



خودبیمارانگاری، افسردگی، پارانوئا، ضعف روانی و اسکیزوفرنی رابطه مثبت و معنی دار و نیز کنترل دهانی با خودبیمارانگاری، افسردگی، پارانوئا، ضعف روانی، اسکیزوفرنی و مانیا رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. در همین زمینه مشاهدات صورت گرفته در محیط های بالینی و همچنین در تحقیقات تجربی نشان می دهد که بین اختلالات شخصیت و اختلالات خوردن یک رابطه نزدیکی وجود دارد. همچنین در تحقیقات انجام شده نتایج پژوهش حاضر با یافته های پژوهش وان فورت (۹) همسو می باشد.

### نتیجه گیری

در مجموع می توان گفت که بروز آسیب و ناهنجاری در شخصیت می تواند هم به صورت مستقیم هم به صورت غیر مستقیم و با واسطه قرار دادن هیجان خشم، در سه قالب افکار، احساس و رفتار پرخاشگرانه، باورهای نابهنجار خوردن در سه حیطه عادت غذایی، تمایل به پرخوری و کنترل دهانی را تبیین نماید، حال آنکه کمال گرایی نمی تواند بین آسیب های شخصیتی و باورهای خوردن نقش میانجی داشته باشد.

ماتریس همبستگی نیز نشان داد که سه بعد رفتار پرخاشگرانه، افکار پرخاشگرانه و احساس پرخاشگرانه، با هر سه باور اختلال خوردن یعنی عادت غذایی، تمایل به پرخوری و کنترل دهانی همبستگی معنادار دارد. میتو و همکاران (۳۸) نیز بیان می کنند که بیماران مبتلا به اختلال خوردن گرایش بیشتری به خشم دارند و لومبرانی و همکاران (۳۹) گزارش کردند که خشم مبتلایان به اختلال خوردن پس از درمان موفق کاهش می یابد. در همین راستا بیاگیو و گودوین<sup>۱</sup> (۴۰)، پیشنهاد می کنند که افراد دچار خشم سرکوب شده و درونی ممکن است رفتارهایی شدیداً خصومت آمیزی نسبت به خود بروز می دهند. این رفتارها می تواند شکل اجتناب از خوردن داشته باشد.

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که تمایل به پرخوری با بعد تردید در مورد اعمال و نیز با بعد نگرانی در مورد اشتباه کمالگرایی رابطه مثبت و معنی دار دارد و همچنین بین کنترل دهانی اختلال خوردن و انتقاد والدین کمالگرایی رابطه مثبت و معنی دار وجود داشت. بدین معنی که هرچه در افراد کمال گرا تردید در مورد اعمال و نگرانی در مورد اشتباه، افزایش پیدا می کند تمایل به پرخوری و کنترل دهانی در آنها نیز افزایش می یابد. این یافته با یافته پژوهش های پک و لایت سی (۳۳)، رضایی و همکاران (۲۷) و آریاپوران و شیرزادی (۴۰) هماهنگ می باشد. نظریه های مختلف، کمالگرایی را به عنوان یک عامل خطر برای نارضایتی بدنی پیشنهاد کرده اند، افراد با کمالگرایی بالا لاغری ایده آل غیر واقع بینانه که خطر نارضایتی بدنی را افزایش می دهد، دارند.

در این پژوهش در نهایت بین ویژگی های شخصیتی و باورهای خوردن رابطه معنی دار وجود دارد. بر اساس نتایج تحلیل معادلات ساختاری و نیز ماتریس همبستگی بین شخصیت و اختلالات ذکر شده با اختلالات خوردن در اکثر موارد، رابطه معنی دار وجود دارد. بدین صورت که عادت غذایی با اسکیزوفرنی و مانیا، تمایل به پرخوری با

<sup>1</sup>Biaggio and Goodwin

**References**

1. Hoek HW, Hoeken DR. Review of the prevalence and incidence of eating disorder. *Int J Eat Dis* 2003; 34: 383-96.
2. Ozier AD, Henry BW. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc* 2006; 106(12): 2073-82.
3. Chamay-Weber C, Narring F, Michaud PA. Partial eating disorders among adolescents: a review. *J Adolesc Health* 2005; 37(5): 416-26.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Dadsetan P. [Psychopathology transformation: from childhood to adulthood]. Tehran: Samt; 2010. (Persian)
6. Sansone RA, Levitt JJ, Sansone LA. The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eat Disord* 2005; 13: 7-21.
7. Fashino RO, Marten PA, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res* 1990; 14: 449-68.
8. Herzog DB, Keller MB, Lavory PW, Kenny GM, Sacks NR. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 147-52.
9. Van Fort de Jonge P, Van Furth EF, Lacey J, Waller G. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychol Med* 2003; 33: 1311-17.
10. Torres I, Del Río C, Borda M. MCMI-II borderline personality disorder in anorexia and bulimia nervosa. *Psicothema* 2008; 20: 138-43.
11. Ivarrsson T, Svalander P, Litlere O, Nevenon L. Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eat Behav* 2005; 7: 161-75.
12. Wichianson JR, Bughi SA, Unger JB. Perceived stress, coping and night- eating in college students. Institute for Health Promotion and Disease prevention Research, University of Southern California Keck school of Medicine, Los Angeles, CA, USA; 2008.
13. Courtney EA, Gamboz J, Johnson JG. Problematic eating behaviors in adolescents with low self-esteem and elevated depressive symptoms. *Eat Behav* 2008; 9(4): 408-14.
14. MacLaren VV, Best LA. Female students' disordered eating and the big five personality facets. *Eat Behav* 2009; 10: 192-5.
15. Mas MB, Avargues- Navarro NL, Jimenez AI. Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *Int J Clin Health Psychol* 2011; 11(2): 205-27.
16. Arnow B, Kenardy J, Agras B. Binge eating among the obese: a descriptive study. *J Behav Med* 1992; 15: 155-70.
17. Siegel JM. The multidimensional Anger Inventory. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51: 191-200.
18. MacLaren VV, Best LA. Female students' disordered eating and the big five personality facets. *Eat Behav* 2009; 10: 192-5.
19. Fassino S, Abbate Daga G, Delsedime N, Busso F, Pier OA, Rovera GG. Baseline personality characteristics of responders to 6-month psychotherapy in eating disorders: preliminary data. *Eat Weight Disord* 2005; 10: 40-50.
20. Miotto P, Pollini B, Restaneo A, Favaretto G, Preti A. Aggressiveness, anger, and hostility in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2008; 49: 364-73.
21. Fairburn GC, Shafran R, Cooper Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1999; 37: 1-13.
22. Lenin E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychol Bull* 2002; 128: 825-48.
23. Stefani G, Gramaglia C, Marzola E. Eating disorders and major depression: Role of anger and personality. *Depress Res Treat* 2011; 11(3): 1-9.

24. Marzola MC, Reichman ChA, Frankenburg FR, Bradford D, Fitzmaurice G. The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder. A 10 year follow-up study. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 226-32.
25. Besharat MA. [The role of personality disorders in patients with eating disorders]. *Journal of psychology and educational sciences* 2000; 30(2): 64-94. (Persian)
26. Khodabakhsh MR, Kiani F. [The role of perfectionism and its aspects in predicting eating disordered behaviors among students]. *Journal of health education and health promotion* 2015; 9: 69-77. (Persian)
27. Rezaei M, Aflak seir A, Mohammadi N, Yavari H, Ghayour M. [The role of the body mass index of between perfectionism and eating disorders through the mediation of body dissatisfaction among female students]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2015; 3: 223. (Persian)
28. Amianto F, Siccardi S, Abbate-Daga G, Marech L, Barosio M, Fassino S. Does anger mediate between personality and eating symptoms in bulimia nervosa? *Psychiatry Res* 2012; 200: 502-12.
29. Dezhkam, M, Nobakht M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord* 2000; 28(3): 265-71.
30. Zigel S, Amianto F, Levi M, Rovera GG. Combining the Rorschach test and the Temperament Character Inventory: a new perspective on personality assessment. *Psychopathology* 2003; 36: 84-91.
31. Besharat MA. [The reliability and validity of the Multidimensional Anger Scale]. *Research Report of University of Tehran*; 2007. (Persian)
32. Lahart DM, Grilo CM. Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behav Res Ther* 2007; 45: 139-49.
33. Peck LD, Lightsey OR. The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *J Couns Dev* 2008; 8: 184-92.
34. Ahmad Pour Ardjany M. [Exploring the relationship between personality traits and anger in people with driving offenses]. *Journal of social psychology, Conference and Cultural Damage Year*; 2015. (Persian)
35. Schultz D, Schultz S. [Theories of personality]. Yahya SM. (translator). Tehran: Virayesh; 2004. (Persian)
36. Molayi Z. [The relationship between positive and negative perfectionism and personality traits]. *Journal of psychological science* 2007; 6: 305-18. (Persian)
37. Mito SE. The relationship between personality traits, body image, and eating behaviors in college females. Honors Committee of Texas State University-San Marcos; 2006.
38. Bornstein RF. A meta-analysis of the dependency-eating disorders relationship: Strength, specificity, and temporal stability. *J Psychopathol Behav Assess* 2001; 23: 151-62.
39. Leombruni P, Amianto F, Delsedime N, Gramaglia C, Abbate-Daga G, Fassino S. Citalopram versus fluoxetine for the treatment of patients with bulimia nervosa: a single-blind randomized controlled trial. *Adv Ther* 2006; 23: 481-94.
40. Arianpour S, Shirazi M. [Perfectionism, body valuable and concerns with eating disorders in women with physical activity]. *Scientific journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2012; 17: 68-77. (Persian)