



Personality disorder in parents and anorexia nervosa in children: a serial pattern of intergenerational transmission mechanisms

Milad Bazzi¹, Masoud Sadeghi², Mohammad Ali Sepahvandi³

1. Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

E-mail: Miladbazzi1370@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

E-mail: Sadeghi.m@lu.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

E-mail: sepahvandi.m@lu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 12 April 2025

Received in revised form: 26

May 2025

Accepted: 14 July 2025

Published online: 21 April

2026

Keywords:

anorexia nervosa

personality disorder

perfectionism

body image disturbances

ABSTRACT

Background: Anorexia nervosa has the highest prevalence rate in adolescent girls and the highest mortality rate among mental disorders, in which the role of developmental contexts such as parental personality disorder is highlighted. Although research has pointed to the role of parental personality disorder in the occurrence of this disorder in female adolescents, there are still many research gaps about the mediators of this relationship, and so far the role of perfectionism and body image disorder has been less addressed.

Aims: The aim of this study was to investigate the relationship between a serial pattern of personality disorder in parents and anorexia nervosa in female adolescents mediated by perfectionism and body image disorder.

Methods: The research method is applied in terms of purpose and in terms of descriptive method of correlation type, which was done using structural equation modeling. The statistical population of this study consisted of all high school girls in Zahedan city in the academic year 2024-2025. The sample of this study was 340 female students in Zahedan who were selected by convenience sampling. To collect the data, the Eating Disorder Diagnostic Scale (Stice et al., 2000), the Personality Style and Disorder Inventory (Kohl & Kazan, 2009), the Frost Multidimensional Perfectionism Scale (Frost et al., 2009) and the body image disturbances (Welch et al., 2012) were used. The data were analyzed using SPSS.27 and AMOS.24 software using Pearson correlation coefficient and structural equation modeling.

Results: The results of structural equation modeling indicated a desirable fit with the data. Parental personality disorder has an effect on anorexia nervosa in adolescent girls both directly and indirectly through perfectionism in the first order and body image disorder in the second order ($P < 0.05$). Also, perfectionism has a direct and indirect effect on anorexia nervosa in adolescent girls through body image disorders ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of such studies can help researchers and therapists to design educational and therapeutic packages that focus on the whole family system instead of focusing on the patient.

Citation: Bazzi, M., Sadeghi, M., Sepahvand, M. A. (2026). Personality disorder in parents and anorexia nervosa in children: a serial pattern of intergenerational transmission mechanisms. *Journal of Psychological Science*, 25(158), 1-19. [10.61186/jps.25.158.4](https://doi.org/10.61186/jps.25.158.4)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 158, 2026

© The Author(s). DOI: [10.61186/jps.25.158.4](https://doi.org/10.61186/jps.25.158.4)



✉ **Corresponding Author:** Masoud Sadeghi Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. E-mail: Sadeghi.m@lu.ac.ir Tel: (+98) 9128440251

Extended Abstract

Introduction

Eating habits and behaviors can be affected by psychological states. If eating habits deviate too far from normal eating behaviors, they can take the form of an eating disorder, one of the most common of which is anorexia nervosa (Dobrescu et al, 2020). Its diagnostic criteria in DSM-5 include the restriction of energy consumption considering the requirements in a way that leads to weight loss. Although an individual's weight is very low, there is an intense fear of gaining weight or becoming obese (Van Den Eede, 2016). Its highest incidence is in adolescence, with its prevalence rate estimated to be 3 to 10 times higher in girls than in boys (Silen & Keski-Rahkonen, 2022). In anorexia nervosa, due to weight loss and a consequent significant decrease in body mass index, the patient faces numerous physical risks. Anorexia nervosa has long had one of the highest mortality rates of all psychiatric disorders, with more than 5% of patients dying (Auger et al., 2021).

In 2006, we reviewed the extensive available literature regarding the prevalence of various personality disorders in individuals with the classic types of eating disorders: anorexia nervosa, restricting type; anorexia nervosa, binge-eating purging type; and bulimia nervosa (Sansone, & Sansone, 2011) . Through combining data from multiple studies, we found that the most common personality disorder in anorexia nervosa, restricting type, was obsessive compulsive personality disorder, with a prevalence rate of 22 percent. For anorexia nervosa, binge-eating purging type, the most common personality disorder was borderline personality disorder, with a prevalence rate of about 25 percent. Finally, the most common personality disorder in bulimia nervosa was borderline personality disorder, with a prevalence rate of about 28 percent. Note that these rates for personality pathology are considerably higher than the overall rate of personality disorders encountered in the general population, which is estimated to be 5 to 10 percent (Martinussen et al., 2017).

One of the most important factors that affect the psychological characteristics of the child, including

his or her eating issues, is the personality characteristics of the parents (Achtergarde, 2015). Pourdehghan et al. (2024) concluded that antisocial, borderline, dramatic, schizoid, and obsessive-compulsive personality disorders in parents are associated with eating disorders in children. In addition, research has emphasized the relationship between perfectionism and anorexia nervosa (Howard et al., 2023). In the transdiagnostic theory of eating disorders, Fairburn et al. (2003) stated that perfectionism is one of the four main underlying mechanisms in the etiology of anorexia nervosa. On the other hand, the role of parents in children's perfectionism is prominent. Golache (2018) showed that personality disorders in parents can predict perfectionism in children. One of the most important variables involved in anorexia nervosa, which is also considered one of its diagnostic symptoms, is body image disturbance. Body image disturbance is viewed as a triggering, perpetuating, and relapsing factor for anorexia nervosa (Phillipou et al, 2018). Parental personality disorders can affect body image in adolescents. Research has shown that personality disorders in parents can be associated with eating disorders and body image in adolescents (Brunton et al., 2005). Considering the above-mentioned issues, the degree of damage, and the impact of anorexia nervosa on the physical and mental health of the individual and the functioning of the family, identifying the underlying mechanisms involved is of great importance in order to prevent this disorder and help appropriately resolve the problems of these individuals. Therefore, this study aimed to examine the relationship between personality disorders in parents (as a fundamental variable in anorexia nervosa) and anorexia nervosa (as an exogenous variable) with the mediation of perfectionism and body image disturbances.

Method

The present study, in terms of its applied purpose, was a descriptive correlational method that was analyzed using structural equation modeling. The statistical population of this study consisted of all female students in the first and second grades of high school in Zahedan city in the academic year 2024-2025. The research sample was 340 female students from

Zahedan city who were selected using convenience sampling. Thus, after obtaining the necessary permits and observing ethical standards, three girls' schools in Zahedan were selected as available. In addition to explaining the research objectives to the administrators and coordinating with the Zahedan Education Department, the link to the research questionnaires was provided to the students, at the beginning of which the necessary explanations were provided regarding the instructions and guidance for answering the questions.

The research instruments included the Eating Disorder Scale (Stice et al., 2000), the Personality Style and Disorder Inventory (Kuhl & Kazen, 2009),

the Frost Multidimensional Perfectionism Questionnaire (Frost et al., 2009), and the Body Shape Questionnaire (Welch et al., 2012). The data were analyzed using Pearson correlation and structural equation modeling methods through SPSS (version 27) and AMOS (version 24) software.

Results

The demographic indicators of the present study respectively showed the mean and standard deviation for age (15.62, 1.65), height (155.12, 12.40), weight (44.63, 14.33), and body mass index (21.34, 1.56). In addition, 95 participants (27.9%) were fathers and 245 participants (72.1%) were mothers.

Table 1. Direct path coefficients of research variables

	β	B	SE	CR	P
Personality disorders ---> Perfectionism	0.502	1.315	0.267	4.922	0.001
Perfectionism ---> Body Image	0.242	0.509	0.160	3.179	0.001
Personality disorders ---> Body Image	0.500	2.757	0.497	5.552	0.001
Body Image ---> Anorexia nervosa	0.240	0.188	0.055	0.431	0.001
Personality disorders ---> Anorexia nervosa	0.301	1.301	0.399	0.257	0.001
Perfectionism ---> Anorexia nervosa	0.128	0.212	1.261	1.683	0.09

As can be seen in Table 4, based on the initial model, the direct effect of personality disorders on perfectionism ($\beta=0.502$, $P>0.001$), perfectionism on body image ($\beta=0.242$, $P>0.001$), personality disorders on body image ($\beta=0.500$, $P>0.001$), body

image on anorexia nervosa ($\beta=0.240$, $P>0.001$), personality disorders on anorexia nervosa ($\beta=0.301$, $P>0.001$) and perfectionism on anorexia nervosa ($P=0.12>0.001$) It is positive and meaningful.

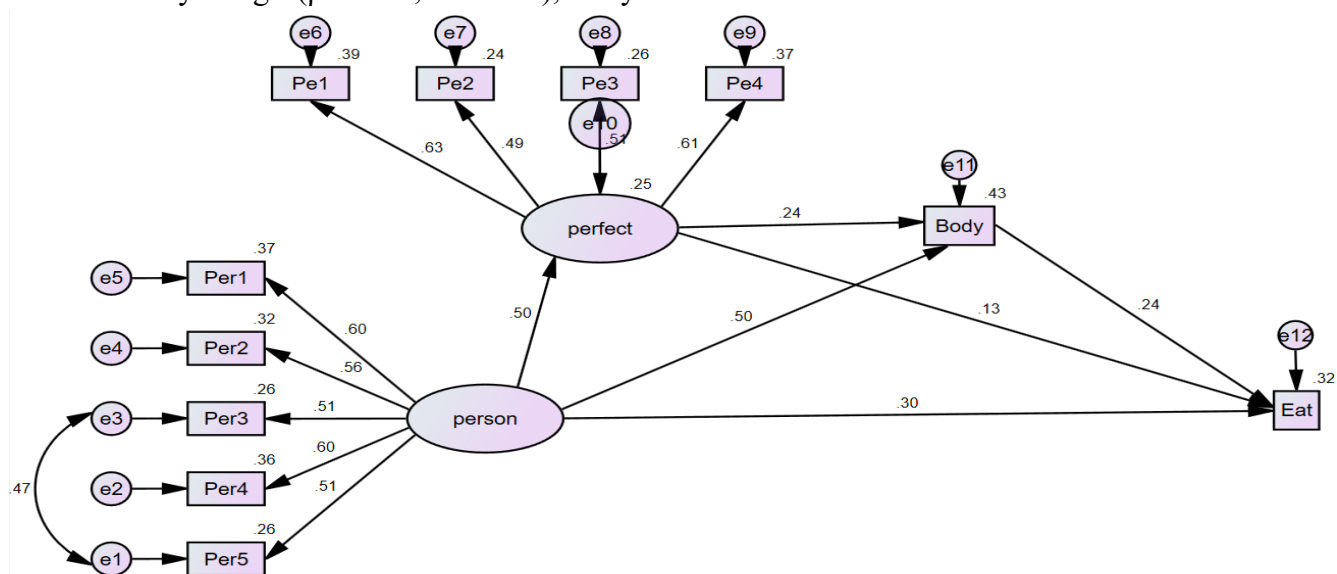


Figure 1. Mediating and serial effects of perfectionism and body image in the relationship between personality disorders and anorexia nervosa

Note: In this study, Per1 (Borderline personality disorder), Per2 (Antisocial personality disorder), Per3 (Histrionic personality disorder), Per4 (Narcissistic personality disorder), and Per5 (obsessive-compulsive personality disorder), and Pe1 (Concern over mistakes), Pe2 (Doubting of actions), Pe3 (Parental expectations) and Pe4 (Parental criticism)

Conclusion

The present study investigated the mediating roles of perfectionism and body image disturbances in the relationship between parents' personality disorders and anorexia nervosa in adolescent girls. The results showed that personality disorder in parents had an indirect effect on anorexia nervosa in adolescent girls through the mediation of perfectionism and body image disturbance. Moreover, personality disorder in parents had a significant positive effect on anorexia nervosa in adolescent girls. The results of this study were consistent with the findings of Pourdehghan et al. (2022), Bould et al. (2015), and Phillipou et al. (2018). In explaining these findings, it can be stated that turmoil and problems in interpersonal relationships are considered a central feature of personality disorders. Therefore, interpersonal interaction in the parent-child relationship, the quality of child care, and parenting style are affected by the parent's psychopathology (Laulik et al., 2013). Parents of these adolescents have high perfectionism and are not satisfied with their children's performances. Children of these parents also have lower self-satisfaction. They tend to present a flawless image of themselves to others considering performance, competence, and physical appearance (Castro et al., 2004). Hewitt et al. (1995) found a significant correlation between perfectionism and the desire to present a perfect image of themselves in adolescent girls with eating disorders. One of the limitations of the study is the generalizability of the results because the study group was adolescent girls; although the prevalence of this disorder is higher in adolescent girls, anorexia nervosa is limited to neither girls nor adolescents.

As can be seen in Figure 1, the personality disorder variable explained 25% of the variance in perfectionism as the first mediating variable. In the next step, personality disorders and perfectionism explained 43% of the variance in body image, and finally, personality disorders, perfectionism, and body image explained 32% of the variance in anorexia nervosa.

Anorexia nervosa is a disorder that involves cultural and social issues, and this may affect the generalizability of the findings. In this study, in addition to adolescents, parents had to be assessed. Since access to both parents was not possible in some cases, and data were collected from one parent, it was not possible to compare personality disorders in fathers and mothers. Considering these limitations, it is suggested that anorexia nervosa should receive more attention in all aspects, especially socio-cultural ones, in Iran. Moreover, other age groups and disorders should be studied longitudinally. Other researchers can also replicate this study and examine adolescent boys. Furthermore, it is suggested that personality issues in parents be compared to prevent the disorder. Moreover, considering the role of parents in the emergence and persistence of the disorder, it is suggested that the roles of systemic treatments and family therapy in improving the symptoms of this disorder be further investigated.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is based on the first author's dissertation in psychology at the Faculty of Psychology, Lorestan University. To maintain compliance with ethical principles, an attempt was made to collect data after obtaining the consent of the participants. The participants were also assured of the confidentiality in maintaining personal information and the anonymous presentation of the results.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to acknowledge the supervisor and advisor of this study. In addition, I thank the parents and adolescents who participated in conducting this study.



اختلال شخصیت در والدین و بی‌اشتهایی عصبی در فرزندان: یک الگوی سریالی از ساز و کار انتقال بین نسلی میلاد بزی^۱، مسعود صادقی^۲، محمدعلی سپهوندی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

مشخصات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۰

انتشار بر خط: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱

کلیدواژه‌ها:

بی‌اشتهایی عصبی،

اختلال شخصیت،

کمال‌گرایی،

اختلال در تصویر بدنی.

زمینه: بی‌اشتهایی عصبی بالاترین نرخ شیوع را در دختران نوجوان و بیشترین میزان مرگ و میر را در بین اختلالات روانی دارد که نقش زمینه‌های تحولی از جمله اختلال شخصیت والدین در بروز آن برجسته است. هرچند پژوهش‌ها به نقش اختلال شخصیت والدین در بروز این اختلال در نوجوانان دختر اشاره کرده‌اند، اما در مورد میانجی‌های این ارتباط هنوز خلاءهای پژوهشی بسیاری وجود دارد و تا کنون کم‌تر به نقش کمال‌گرایی و اختلال در تصویر بدنی پرداخته شده است.

هدف: این پژوهش با هدف بررسی ارتباط یک الگوی سریالی از اختلال شخصیت در والدین با بی‌اشتهایی عصبی در نوجوانان دختر با میانجی‌گری کمال‌گرایی و اختلال در تصویر بدنی انجام شد.

روش: روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش توصیفی از نوع همبستگی که با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه دختران مقطع متوسطه‌ی شهرستان زاهدان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تشکیل دادند. نمونه این پژوهش ۳۴۰ نفر از دانش‌آموزان دختر شهر زاهدان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از مقیاس اختلال خوردن (استیک و همکاران، ۲۰۰۰)، پرسشنامه سبک و اختلال شخصیت (کوئل و کازن، ۲۰۰۹)، پرسشنامه کمال‌گرایی چند بعدی فراست (فراست و همکاران، ۲۰۰۹) و پرسشنامه شکل بدن (ولچ و همکاران، ۲۰۱۲) استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS. 7 و AMOS. 24 با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از مدل‌یابی معادلات ساختاری حاکی از برازش مطلوب با داده‌ها بود. اختلال شخصیت والدین هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق کمال‌گرایی در مرتبه اول و اختلال در تصویر بدنی در مرتبه دوم بر بی‌اشتهایی عصبی دختران نوجوان اثر دارد ($P \leq 0/05$). همچنین کمال‌گرایی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق اختلال در تصویر بدنی بر بی‌اشتهایی عصبی دختران نوجوان اثر دارد ($P \leq 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعاتی از این دست می‌توانند با روشن سازی نقش اختلال شخصیت والدین در بروز اختلالات روان‌شناختی در فرزندان به پژوهشگران و درمانگران در جهت طراحی بسته‌های آموزشی و درمانی برونند که به جای تمرکز بر بیمار بر کل سیستم خانواده متمرکز باشد، کمک کننده باشد.

استناد: بزی، میلاد؛ مسعود، مسعود و سپهوندی، محمدعلی (۱۴۰۵). اختلال شخصیت در والدین و بی‌اشتهایی عصبی در فرزندان: یک الگوی سریالی از ساز و کار انتقال بین نسلی. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱، ۱۵۸-۱۹.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱، ۱۵۸، ۱۴۰۵. DOI: [10.61186/jps.25.158.4](https://doi.org/10.61186/jps.25.158.4)



✉ نویسنده مسئول: مسعود صادقی. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

رایانامه: Sadeghi.m@lu.ac.ir تلفن: ۰۹۱۲۸۴۴۰۲۵۱

مقدمه

عادات و رفتارهای غذایی می‌تواند از حالات روانشناختی افراد اثر بپذیرد. اگر این رفتارها و عادات غذایی فاصله‌ی زیادی از رفتارهای طبیعی خوردن پیدا کند می‌تواند شکل اختلال خوردن^۱ به خود بگیرد که رایج‌ترین آن‌ها بی‌اشتهایی عصبی^۲، پر اشتهایی عصبی^۳ و پرخوری^۴ می‌باشند (دبرسکو همکاران، ۲۰۲۰). در این بین، بی‌اشتهایی عصبی به علت پیامدهای ناگواری که می‌تواند در پی داشته باشد، همیشه مورد توجه پژوهشگران بوده است. معیارهای تشخیصی آن در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V-TR) شامل محدودیت مصرف انرژی نسبت به نیازمندی‌ها طوری که به کمبود وزن منجر می‌شود؛ با اینکه وزن فرد بسیار پایین است ترس شدید از افزایش وزن یا چاق شدن دارد؛ اختلال در ارزیابی تصویر بدنی دارد، طوری که متوجه پایین بودن وزن خود نمی‌شود و آن را انکار می‌کند (ون دن اد، ۲۰۱۶). بیشترین میزان بروز آن در سنین ۸ تا ۱۷ سال است که در دختران ۳ تا ۱۰ برابر بیشتر از پسران برآورد می‌شود (سلین و راکونن، ۲۰۲۲).

در بی‌اشتهایی عصبی به علت از دست دادن وزن و به تبع آن کاهش قابل ملاحظه‌ی شاخص توده‌ی بدنی، بیمار با خطرات جسمانی متعددی روبرو می‌شود (هاسون و همکاران، ۲۰۱۲). از طرفی چون این اختلال عموماً در سنین نوجوانی آغاز می‌شود می‌تواند در فرایند رشد اختلال ایجاد کند (نیل، پاپس، نیکولز، لین و وینر، ۲۰۲۰). در این بیماران کم‌خونی، کاهش تعداد گلوبول‌های سفید، کلسیم، منیزیم، فسفر و همچنین به هم ریختن سطوح سدیم-پتاسیم می‌تواند عوارض جدی برای بیمار در پی داشته باشد (پورسی و همکاران، ۲۰۲۰). بی‌اشتهایی عصبی مدتهاست که دارای یکی از بالاترین نرخ‌های مرگ و میر در بین تمامی اختلالات روانپزشکی بوده است، به طوری که بیش از ۵ درصد از این بیماران جان خود را از دست می‌دهند. نرخ مرگ و میر در این اختلال ۵ تا ۱۰ برابر بیشتر از جمعیت عادی برآورد می‌شود که یکی از علل اصلی آن خودکشی بوده است (اوگر و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین سایر عواملی همچون نگرش‌های اجتماعی نسبت به ظاهر بدن، تأثیرات خانوادگی، روابط والد-

فرزند، ژنتیک و عوامل عصبی-شیمیایی و رشدی در کنار اختلالات روانشناختی والدین ممکن است در ایجاد و تداوم بی‌اشتهایی عصبی نقش داشته باشند. از سوی دیگر تجربه سابقه شخصی یا خانوادگی اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی به ویژه افسردگی و اختلال وسواس فکری اجباری نیز از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر هستند (برکت و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج مطالعات نشان می‌دهد عواملی مانند اختلال شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، اسکیزوئید، نمایشی و وسواسی مادر به ترتیب نسب شانس ۳۲/۰۶، ۴/۶۶، ۴/۳۲، ۳/۱۵ و ۱/۷۱ درصد از اختلال روانشناختی را در فرزندان پیش‌بینی می‌کند (پوردهقان و همکاران، ۲۰۲۴). وجود اختلالات شخصیتی در والدین، پیچیدگی‌هایی را ایجاد می‌کند که می‌تواند مسیر رشدی را به طور قابل توجهی تغییر دهد. اختلالات شخصیتی، که با الگوهای ناسازگار پایدار رفتار، شناخت و تجربه درونی مشخص می‌شوند، می‌توانند محیط خانواده را مختل کرده و بر شیوه‌های فرزندپروری نیز تأثیر بگذارند (بات و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از مهم‌ترین عواملی که بر ویژگی‌های روانشناختی کودک از جمله مسائل مربوط به خورد و خوراک وی اثرگذار است، ویژگی‌های شخصیتی والدین است (فورسبرگ و همکاران، ۲۰۱۷). اختلالات شخصیت در والدین، خصوصاً اختلالات «خوشه‌ی B» با بدرفتاری والدین با کودک ارتباط بسیار نیرومندی دارد؛ که این موضوع می‌تواند زمینه ساز اختلالات دیگر در کودکان این والدین گردد (سانبرگ و همکاران، ۲۰۲۳). پوردهقان و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، مرزی، نمایشی، اسکیزوئید و وسواسی جبری در والدین با اختلال خوردن در فرزندان مرتبط است. سپالودا و همکاران (۲۰۲۲) به این نتیجه رسیدند که ویژگی‌های شخصیتی والدین زمینه‌ساز اختلال بی‌اشتهایی عصبی در فرزندان است. برکت و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی با هدف عوامل خطر برای اختلالات خوردن که در آن ۲۸۴ مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها به نه دسته اصلی تقسیم شدند: (۱) ژنتیک، (۲) میکروبیوتای دستگاه گوارش و واکنش‌های خودایمنی، (۳) مواجهه با بیماری‌ها در دوران کودکی و اوایل نوجوانی، (۴) ویژگی‌های شخصیتی و بیماری‌های روانی همراه، (۵) جنسیت، (۶) وضعیت

3. bulimia nervosa

4. binge eating disorder

1. eating disorder

2. anorexia nervosa

اجتماعی-اقتصادی، (۷) اقلیت قومی، (۸) تصویر بدن و نفوذ اجتماعی و (۹) ورزش‌های حرفه‌ای پیش‌بینی‌کننده‌های اختلال خوردن بودند.

در کنار شخصیت و مسائل مربوط به والدین عوامل دیگری نیز می‌تواند در شکل‌گیری بی‌اشتهایی عصبی دخیل باشد. پژوهش‌ها بر رابطه‌ی بین کمال‌گرایی^۱ و بی‌اشتهایی عصبی تأکید دارند (هاوارد و همکاران، ۲۰۲۳). کمال‌گرایی گرایشی چند بعدی از شخصیت است که با ویژگی‌هایی همچون خودانتقادی افراطی، تلاش برای بی‌عیب و کامل بودن و تنظیم استانداردهای بالا برای خود شناخته می‌شود. لونگو و همکاران (۲۰۲۴) کمال‌گرایی و ویژگی‌های شخصیتی را در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها ۱۹۳ بیمار بستری با این تشخیص را به دو گروه با کمال‌گرایی پایین و بالا تقسیم کردند. بیماران با کمال‌گرایی بالا آسیب روانی بیشتری هم به صورت کلی و هم در رابطه با بی‌اشتهایی عصبی نشان دادند. در نظریه فراتشخیصی اختلالات خوردن، فیبرن و همکاران (۲۰۰۳) اظهار می‌دارند که کمال‌گرایی یکی از چهار مکانیسم اصلی زیربنایی در سبب‌شناسی بی‌اشتهایی عصبی است. همچنین در مدل شناختی-بین فردی بی‌اشتهایی عصبی، کمال‌گرایی به عنوان یکی از چهار عامل نگهدارنده اختلال فرض شده است (چمید و تریزر، ۲۰۰۶). در سبب‌شناسی کمال‌گرایی عوامل متعددی مطرح شده‌اند که در این بین نقش والدین را پژوهش‌ها پررنگ نشان می‌دهند. کوک (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان داد که آسیب‌شناسی شخصیتی در والدین می‌تواند کمال‌گرایی را در فرزندان پیش‌بینی کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند والدین این دختران از دستاوردهای آنان رضایت کمی داشته و دائماً آن‌ها را برای تلاش بیشتر تشویق می‌کنند. از همین رو در حالت پیش‌مرضی این بیماری کمال‌گرایی از ویژگی‌های بارز آنان است (وید و تیگمان، ۲۰۱۳). در یک بررسی سیستماتیک و فراتحلیل استکیول و همکاران (۲۰۲۳) با هدف ارتباط بین اختلالات خوردن و کمال‌گرایی در بزرگسالان نتایج نشان داد که اندازه اثر تجمعی برای ارتباط بین نگرانی‌های کمال‌گرایانه و علائم اختلال خوردن، $I^2=0/33$ و برای ارتباط بین تلاش‌های کمال‌گرایانه و علائم اختلال خوردن، $I^2=0/20$ بود. در زیر گروه‌های بالینی اندازه اثر به ترتیب برای مؤلفه‌های مذکور $I^2=0/40$ ، و $I^2=35$ بود.

1. perfectionism

در همین راستا پژوهش‌ها کمال‌گرایی را به عنوان یکی از تأثیرگذارترین عوامل مربوط به اختلال در تصویر بدنی^۲ در نظر می‌گیرند (هیک و همکاران، ۲۰۲۲؛ سوفیا و ساویترینا، ۲۰۲۲). تصویر بدن به عنوان یک ساختار چند وجهی تعریف شده است که شامل شناخت‌ها و احساسات و ادراک کلی مرتبط با بدن می‌شود. دو جنبه از اختلال در تصویر بدنی به عنوان بخشی از ملاک‌های تشخیصی بی‌اشتهایی عصبی در نظر گرفته می‌شود. اولین جنبه، اختلال در نحوه‌ی تجربه‌ی شکل یا وزن بدن و جنبه‌ی دوم، تأثیر نامناسب شکل و وزن بدن بر خود ارزیابی است (ون دن اد، ۲۰۱۶). اختلال در تصویر بدنی به عنوان یک عامل ایجادکننده، تداوم دهنده و عود کننده برای بی‌اشتهایی عصبی در نظر گرفته می‌شود (فیلیپ و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین اختلال در تصویر بدنی به عنوان پیش‌درآمد بی‌اشتهایی عصبی و تعیین‌کننده‌ی میزان مزمن بودن و عودهای بیشتر شناخته می‌شود (تورس و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به مطالب بیان شده و در نظر گرفتن وسعت آسیب و اثری که بی‌اشتهایی عصبی بر سلامت جسمی و روانی فرد و کارکرد خانواده می‌گذارد، شناسایی مکانیزم‌های زیربنایی درگیر در آن به منظور پیشگیری از شکل‌گیری این اختلال و کمک به رفع مناسب مشکلات این افراد از اهمیت شایانی برخوردار است. از سوی دیگر شناسایی عوامل خطر اختلال خوردن در قالب یک مدل سیستمی از خانواده مبتنی بر انتقال اختلال از والدین و نمود آن به صورت وجه دیگر در فرزندان در نوع خود به دلیل ماهیت چندعاملی بودن اختلال بدیع و نو است، لذا طیف وسیعی از متغیرهای پیچیده مرتبط با شروع، توسعه و سیر اختلالات خوردن را می‌توان در قالب یک الگوی پژوهشی مشخص و متناسب با آن مداخلات روانشناختی را متناسب با تعدیل متغیرهای میانجی در جهت کاهش علائم و نشانگان خوردن تدوین کرد. لذا انجام این مطالعه از این منظر که منجر به شناسایی یک روند سریالی از متغیرهای پیش‌بینی برای اختلال خوردن می‌شود در نوع خود بدیع و نو است که ضرورت پژوهشی آن را برجسته می‌کند و از این منظر که با تمرکز بر اختلال شخصیت والدین و متغیرهای شخصی از جمله کمال‌گرایی و تصویر بدنی می‌تواند نقش مهمی در تعدیل سازه‌ها متناسب با مداخلات روانشناختی داشته باشد که این امر ضرورت کاربردی آن را برجسته می‌سازد.

2. body image disturbances

بنابراین اختلال در تصویر بدنی از سه جنبه باز خورد خانواده، رسانه‌های اجتماعی و خودپنداره خود فرد در خصوص ظاهر فیزیکی در کنار تعریف استانداردهای بالا می‌تواند آسیب‌پذیری فرد را برای یک اختلال افزایش دهد به همین منظور عوامل مربوط به خانواده همیشه در سبب‌شناسی این اختلال مورد توجه پژوهشگران بوده، اما در کشور ما کمتر به آن توجه شده است که در این بین اختلال شخصیت والدین از اهمیت خاصی برخوردار است. با اینکه پیشینه‌ی پژوهش در مورد نقش والدین و اختلالات شخصیت در آن‌ها با بی‌اشتهایی عصبی در فرزندان نشان غنی است، اما این پژوهش‌ها عموماً به صورت همبستگی و تک متغیره انجام شده و تا کنون مدل جامعی که آن‌ها را در کنار هم و با لحاظ کردن متغیرهای میانجی سنجیده باشد انجام نگرفته است. به همین جهت این پژوهش در صدد آن است که اختلال شخصیت در والدین را به عنوان متغیر اساسی در شکل‌گیری بی‌اشتهایی عصبی به عنوان متغیر برون‌زاد و ارتباط این متغیر را با بی‌اشتهایی عصبی به واسطه‌ی کمال‌گرایی و اختلال در تصویر بدنی مورد سنجش قرار دهد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر روش توصیفی از نوع همبستگی که با استفاده از مدلسازی معادلات ساختاری تحلیل شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول و دوم شهرستان زاهدان در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۳۴۰ نفر از دانش‌آموزان دختر شهرستان زاهدان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین صورت که پس از کسب مجوزهای لازم و با رعایت موازین اخلاقی به صورت در دسترس سه مدرسه دخترانه شهرستان زاهدان انتخاب شد در ادامه ضمن بیان اهداف پژوهش برای مدیران و هماهنگی لازم با حراست آموزش و پرورش شهرستان زاهدان لینک پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت که در ابتدای آن در خصوص دستورالعمل و راهنمایی پاسخگویی به سؤالات توضیحات لازم ارائه شده بود. ملاک‌های ورود به پژوهش برای دانش‌آموزان شامل: ۱- شاخص توده‌ی بدنی کمتر از ۲۲/۵، ۲- دامنه‌ی سنی بین ۱۳ تا ۱۸ سال ۳- تکمیل پرسشنامه آنالاین رضایت آگاهانه‌ی نوجوان و والدین برای ورود به پژوهش، ۴- زندگی با

1. Eating Disorder Diagnostic Scale

پدر و مادر، ۵- فرزندخوانده نبودن نوجوان و تمایل برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تکمیل پرسشنامه‌ها توسط نوجوان یا والدین، شاخص توده بدنی بالاتر از ۲۸ بر اساس گزارش دانش‌آموزان که به صورت سالانه بر اساس برنامه طرح کوچ (کنترل وزن و چاقی) انجام می‌شود. برای تعیین حجم نمونه از فرمول سایر (۲۰۲۵) برای مطالعات مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شده با توجه به این فرمول با اندازه اثر ۰/۱، سطح توان آماری ۰/۸۰، تعداد متغیرهای پنهان ۲، تعداد متغیرهای مشاهده‌پذیر ۱۱ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ حداقل حجم نمونه ۱۳۸ و حداکثر آن ۹۴۷ می‌باشد که در این مطالعه دو برابر حداقل حجم نمونه یعنی ۳۴۰ داده جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و همچنین مدلیابی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه‌ی ۲۵ و AMOS نسخه‌ی ۲۴ صورت گرفت.

ب) ابزار

مقیاس اختلال خوردن^۱ (EDDS): مقیاس تشخیص اختلال خوردن، نشانه‌های اختلال خوردن را می‌سنجد. این ابزار توسط استیک و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شد. مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن (EDDS) یک پرسش‌نامه ۲۲ آیتمی می‌باشد که بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری را بر اساس ملاک‌های انجمن روانپزشکی آمریکا، (۲۰۰۰) اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس شامل ترکیبی از نمرات لیکرتی، نمرات دو بخشی، نمرات فراوانی و سؤالات باز پاسخ مثل قد و وزن می‌باشد. اولین آیتم ۴ سوالی مقیاس‌های نگرشی بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی در سه ماه گذشته مثل ترس از چاقی و بیش‌ارزیابی وزن بر روی یک مقیاس هفت نقطه‌ای می‌باشد که از صفر (اصلاً) تا ۶ (به مقدار زیاد) درجه‌بندی شده است. چهار آیتم بعدی فراوانی مصرف مقدار زیادی غذا با تمرکز بر تعداد روزها در هر هفته در طول ۶ ماه گذشته (اختلال پرخوری) و تعداد روزهای هر هفته در طول ۳ ماه گذشته (پرخوری عصبی) را اندازه‌گیری می‌کند، نتایج این ۴ آیتم فراوانی رفتارهایی را که به عنوان اجزای پرخوری در طول ۳ ماه گذشته استفاده می‌شوند را ارزیابی می‌کند که شامل استفراغ کردن، استفاده از ملین‌ها و مسهل‌ها، روزه گرفتن و تمرینات شدید می‌باشد. نهایتاً از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا قد و وزنشان را یادداشت کنند

و به دو سوال درباره دوره های قاعدگی از دست رفته و مصرف قرص های ضدبارداری پاسخ دهند. مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن شامل یک مقیاس تشخیصی و یک مقیاس نشانه های ترکیبی می باشد، مقیاس تشخیصی برای بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری استفاده می شود. برای بررسی پایایی این ابزار استیک و همکاران (۲۰۰۰) از روش آزمون-بازآزمون و آلفای کرونباخ استفاده کردند. برای بی‌اشتهایی عصبی ضریب کاپا را ۰/۹۵، برای پراشتهایی عصبی ۰/۷۱ و برای پرخوری ۰/۷۵ به دست آوردند. آلفای کرونباخ را برای کل ابزار نیز ۰/۹۱ گزارش کردند. روایی ملاک این ابزار با مصاحبه ای اختلال خوردن سنجیده شد، که دقت آن برای هر سه زیرمقیاس بالای ۰/۹۳ به دست آمده است. در ایران نیز خیبر و همکاران (۱۳۹۳) این ابزار را هنجاریابی کرده اند. ضرایب همسانی درونی و همبستگی دونیمه سازی اسپیرمن براون و گاتمن به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ به دست آمده است. نتایج میزان توافق این ابزار با تشخیص متخصص بالینی، تحلیل عاملی تأییدی و همبستگی هر گویه با نمره ی کل نیز مطلوب گزارش شده است. در این پژوهش زیر مقیاس بی‌اشتهایی عصبی مورد استفاده قرار گرفته است و آلفای کرونباخ آن در این پژوهش ۰/۸۹ به دست آمده است.

پرسشنامه سبک و اختلال شخصیت (PSDI): این پرسشنامه برای سنجش سبک و اختلال شخصیت توسط کوئل و کازن (۲۰۰۹) برای سنجش ابعاد اختلالات شخصیت طراحی شد که تا حدود زیادی با معادل های اختلالات شخصیتی DSM-5 و سازمان بهداشت جهانی همبستگی دارد. این پرسشنامه ۵۶ سوال دارد که ۱۴ اختلال شخصیت را می سنجد. این اختلالات شامل اختلال شخصیت مرزی، ضداجتماعی، خودشیفته، نمایشی، پارانوئید، اسکیزوئید، اسکیزوتایپال، اجتنابی، وابسته، و سواسی، خوشبین، منفعل-پر خاشگر، افسرده و ایثارگر می شود. این پرسشنامه در طیف لیکرت ۴ درجه ای (۰= اصلاً و ۳= کاملاً) طراحی شده است که تقریباً هر چهار سوال یک اختلال شخصیت را می سنجد. کوئل و کازن ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ برآورد کرده اند. همچنین همبستگی متوسط تا قوی برای این پرسشنامه با پرسشنامه های شخصیت دیگر چون پنج عاملی نئو و ۱۶ عاملی شخصیت تأیید شده است (پیترو و همکاران، ۲۰۱۷). در ایران شریفی و همکاران (۱۳۹۹) این

پرسشنامه را هنجاریابی کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ را از ۰/۶۰ بالاتر و نتایج پایایی ترکیبی آزمون را نیز ۰/۸۹ گزارش کرده اند. نسبت روایی محتوا را بیش از ۶۴ درصد و شاخص روایی محتوا را بیش از ۸۹ درصد ارزیابی کرده اند که نشان از روایی خوب این ابزار دارد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی بار عاملی گویه ها را بیشتر از ۰/۳ برآورد کرده که نشان از روایی سازه ی قابل قبول است. لازم به ذکر است در این پژوهش خرده مقیاس های اختلال شخصیت مرزی، ضد اجتماعی، نمایشی، خودشیفته و وسواسی جبری مورد استفاده قرار گرفته است که آلفای کرونباخ آن ها در این پژوهش به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۹۰، ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۷۴ به دست آمده است. در این مطالعه با توجه به پیشینه تحقیق در خصوص قوی ترین اختلالات شخصیت پیش بینی کننده اختلال خوردن شرکت کنندگان فقط به سؤالات این خرده مقیاس ها (شخصیت مرزی، ضد اجتماعی، نمایشی، خودشیفته و وسواسی جبری) پاسخ دادند. پرسشنامه کمال گرایی چند بعدی فراست^۲ (FMPS): این پرسشنامه که توسط فراست و همکاران (۱۹۹۰) برای سنجش کمال گرایی ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۶ مؤلفه و ۳۵ سؤال است. ابعاد ناسازگار و منفی پرسشنامه که شامل ۴ مؤلفه با عناوین نگرانی درباره اشتباه ها (۹ گویه)، شک درباره ی اعمال (۴ گویه)، انتظارات والدینی (۵ گویه)، انتقادگری والدینی (۴ گویه) می باشد و ابعاد سازگار و مثبت پرسشنامه شامل استانداردهای شخص (۷ گویه) و سازماندهی (۶ گویه) می باشد. همه سؤالات در یک طیف لیکرتی ۵ درجه ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) نمره گذاری می شود. ضریب آلفای کرونباخ را فراست و همکاران (۱۹۹۰) برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و برای مؤلفه ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۰، ۰/۷۴، ۰/۵۰، ۰/۵۲ و ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین روایی همگرایی این مقیاس با پرسشنامه ی تری شورت ۰/۶۴ به دست آمده که نشان از روایی قابل قبول آن دارد. در نسخه ی هنجاریابی شده ی ایرانی این پرسشنامه، اخوان عبیری و همکاران (۱۳۹۸) ضریب همسانی درونی برای کل پرسشنامه را ۰/۸۶ و برای زیر مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۴۷، ۰/۵۷ و ۰/۸۳ گزارش نموده اند. ضریب بازآزمایی برای کل پرسشنامه بعد از یک هفته ۰/۹۰ به دست آمده است. قابل ذکر است در این پژوهش چهار مؤلفه منفی پرسشنامه (نگرانی درباره اشتباه، شک

2. Frost Multidimensional Perfectionism Scale

1. Personality Style and Disorder Inventory

داده‌های جمع‌آوری شده به کمک نرم افزار SPSS-27، آموست^۵ (AMOS.24) و با استفاده از روش‌های تحلیل رگرسیون چندگانه و مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای آزمون مدل ساختاری تأثیر اختلال شخصیت بر کمال‌گرایی، تصویر بدنی و بی‌اشتهایی عصبی از روش دو مرحله‌ای پیشنهاد شده توسط اندرسون و کرینگ (۱۹۸۸) استفاده شد. در این مدل ابتدا اعتبار و پایایی پرسشنامه پژوهش با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی قرار گرفت. سپس مدل ساختاری پیشنهادی پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی شد. این روش یک فرآیند شناخته شده در مدل‌یابی معادلات ساختاری است که عنوان می‌کند قبل از تحلیل هر مدل، ابتدا باید پژوهشگر از اعتبار و پایایی ابزارها و روابط بین متغیرهای مشاهده شده با متغیر مکنون با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی اطمینان حاصل کرده و سپس روابط ساختاری را در مدل بررسی کرد. برای تحلیل این مدل، با توجه به مدل مفهومی پژوهش که بر اساس ادبیات پژوهشی موجود در حیطه اختلالات شخصیت به عنوان متغیرهای مکنون برونزاد و بی‌اشتهایی عصبی به عنوان متغیر مکنون درونزاد و کمال‌گرایی و تصویر بدنی را به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شدند و مدل با استفاده از روش تخمین حداکثر درست‌نمایی در نرم‌افزار آموست ۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها

شاخص‌های جمعیت شناختی مطالعه حاضر نشان داد که از بین نمونه‌ی مورد مطالعه میانگین و انحراف معیار برای سن به ترتیب (۱۵/۶۲، ۱/۶۵)؛ قد (۱۵۵/۱۲، ۱۲/۴۰)، وزن (۴۴/۶۳، ۱۴/۳۳)، شاخص توده بدنی (۲۱/۳۴، ۱/۵۶) بود؛ همچنین ۹۵ نفر (۲۷/۹٪) از پاسخ دهنده‌ها پدر و ۲۴ نفر (۷۲/۱٪) مادر بودند. در ادامه شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی
مرزی	۶/۲۰	۲/۴۴	۰/۰۴	-۰/۴۴
ضدا اجتماعی	۴/۹۶	۲/۲۷	-۰/۰۳	-۰/۷۴

درباره‌ی اعمال، انتظارات والدینی و انتقادگری والدینی) مورد استفاده قرار گرفته است که آلفای کرونباخ آن‌ها در این پژوهش به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۸۸ و برای کل ابزار ۰/۸۲ به دست آمد. لازم به توضیح است در این پژوهش شرکت کنندگان به سؤالات ابعاد منفی کمال‌گرایی پاسخ دادند.

پرسشنامه شکل بدن (BSQ8C)^۱: پرسش‌نامه BSQ-8C نسخه کوتاه پرسش‌نامه شکل بدن و همچنین شامل هشت سؤال استخراج شده از نسخه کامل ایوانس و دولان در سال ۱۹۹۳ است. این پرسش‌نامه خودگزارشی شدت نارضایتی از شکل بدن طی چهار هفته اخیر را ارزیابی می‌کند. آزمودنی‌ها پاسخ خود را در قالب طیف لیکرت شش گزینه‌ای از هیچ‌گاه تا همیشه انتخاب می‌کنند. دلیل استفاده از نسخه BSQ-8C حساسیت زیاد این پرسش‌نامه به تغییر در دوره‌های درمانی است. در سال ۲۰۱۲ ولش و همکاران دو بررسی برای تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه BSQ-8C انجام دادند. مطالعه اول روی ۱۸۲ دانشجوی لیسانس و مطالعه دوم نیز روی ۷۴۷ زن ۱۸ تا ۳۰ ساله سوئدی از جمعیت عمومی برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه، انجام شد. نتایج نشان داد که این پرسش‌نامه پایایی بازآزمایی، همسانی درونی و روایی همگرای بالایی دارد (ولش و همکاران، ۲۰۱۲). در پژوهش ولش و همکاران (۲۰۱۲) پایایی بازآزمایی برای تمام هشت ماده‌ی پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۵ بود که نشان از پایایی قابل قبول آن داشت. روایی همگرای آن نیز با زیرمقیاس نگرانی از شکل بدن پرسشنامه‌ی اختلال خوردن فیربرن و کوپر (۱۹۹۳) بررسی شد که نتیجه‌ی روایی همگرای بین آن‌ها ۰/۹۰ به دست آمده بود. در ایران ویسی و همکاران (۱۳۹۶) این ابزار را هنجاریابی کرده‌اند. آلفای کرونباخ و ضریب دونیمه‌سازی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۴ و روایی همزمان با BDMCQ^۲، BSQ-34^۳ و YBOCS-BDD^۴ به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۹۱ و ۰/۵۸ گزارش شده است. آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۰ به دست آمد.

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
نمایشی	۵/۹۹	۲/۵۱	-۰/۰۱	-۰/۶۴
خودشیفته	۶/۵۳	۲/۵۷	-۰/۰۱	-۰/۴۸
وسواسی-جبری	۴/۶۲	۲/۴۰	۰/۱۹	-۰/۷۹
اختلالات شخصیت	۲۸/۳۲	۸/۴۶	۰/۴۶۲	۰/۱۲۴
انتقاد گری والدین	۱۲/۵۰	۱/۸۸	۰/۹۴۵	۰/۰۳۸
شک در مورد کارها	۱۱/۰۴	۳/۰۸	۰/۲۵	-۰/۵۹
انتظارات والدینی	۱۴/۰۲	۳/۶۴	۰/۰۹	-۰/۸۲
نگرانی درباره اشتباه	۲۳/۰۲	۲/۵۹	۰/۸۸۹	۰/۰۰۱
کمال گرایی منفی	۶۳/۵۵	۱۰/۲۰	-۰/۳۰۰	-۰/۲۵۶
اختلال در تصویر بدنی	۲۷/۶۳	۶/۷۴	-۰/۱۰	-۱/۰۷
بی‌اشتهایی عصبی	۱۲/۴۷	۵/۲۹	۰/۱۵	-۰/۸۰

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) اختلالات شخصیت ۲۸/۳۲ (۸/۴۶)، کمال گرایی منفی ۶۳/۵۵ (و ۱۰/۲۰)، اختلال در تصویر بدنی ۲۷/۶۳ (و ۶/۷۴) و بی‌اشتهایی عصبی ۱۲/۴۷ (و ۵/۲۹) می‌باشد. فرض نرمال بودن داده‌ها بر اساس دیدگاه کلاین (۲۰۲۳) با استفاده از آماره چولگی^۱ و کشیدگی^۲ بررسی شد (جدول ۱). نتایج حاصل از نمودار جعبه‌ای^۳ نشان داد که از بین ۳۴۵ داده جمع‌آوری شده،

۳۴۰ وارد تحلیل شدند. روابط خطی بین متغیرها با استفاده از نمودار پراکندگی^۴ تأیید. برای بررسی هم‌خطی چندگانه از آماره تحمل^۵ و عامل افزایش واریانس^۶ (VIF) برای هیچ‌کدام از متغیرها به ترتیب از ۰/۱ کوچک‌تر و از ۱۰ بزرگ‌تر نبود. نتایج حاصل از آزمون دوربین واتسون^۷ (DW) در دامنه بین ± 2 تا ± 2 بود بنابراین مفروضه استقلال داده‌ها به‌درستی رعایت شده است.

جدول ۲. ماتریس ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
شخصیت مرزی	۱									
شخصیت ضد اجتماعی	۰/۳۰ ^{۰۰}	۱								
شخصیت نمایشی	۰/۳۳ ^{۰۰}	۰/۳۵ ^{۰۰}	۱							
شخصیت خودشیفته	۰/۳۶ ^{۰۰}	۰/۳۱ ^{۰۰}	۰/۲۹ ^{۰۰}	۱						
شخصیت وسواسی	۰/۲۶ ^{۰۰}	۰/۳۰ ^{۰۰}	۰/۶۰ ^{۰۰}	۰/۳۵ ^{۰۰}	۱					
نگرانی درباره کارها	۰/۲۱ ^{۰۰}	۰/۱۶ ^{۰۰}	۰/۱۵ ^{۰۰}	۰/۱۵ ^{۰۰}	۰/۱۹ ^{۰۰}	۱				
شک	۰/۱۹ ^{۰۰}	۰/۱۶ ^{۰۰}	۰/۱۷ ^{۰۰}	۰/۱۹ ^{۰۰}	۰/۲۰ ^{۰۰}	۰/۲۱ ^{۰۰}	۱			
انتظارات والدینی	۰/۱۸ ^{۰۰}	۰/۱۸ ^{۰۰}	۰/۱۸ ^{۰۰}	۰/۲۴ ^{۰۰}	۰/۱۶ ^{۰۰}	۰/۳۵ ^{۰۰}	۰/۲۸ ^{۰۰}	۱		
انتقاد گری والدین	۰/۱۳ ^{۰۰}	۰/۱۵ ^{۰۰}	۰/۱۳ ^{۰۰}	۰/۱۵ ^{۰۰}	۰/۲۲ ^{۰۰}	۰/۴۴ ^{۰۰}	۰/۳۳ ^{۰۰}	۰/۲۱ ^{۰۰}	۱	
تصویر بدنی	۰/۳۹ ^{۰۰}	۰/۳۹ ^{۰۰}	۰/۲۴ ^{۰۰}	۰/۳۷ ^{۰۰}	۰/۲۷ ^{۰۰}	۰/۲۷ ^{۰۰}	۰/۲۹ ^{۰۰}	۰/۳۰ ^{۰۰}	۰/۲۷ ^{۰۰}	۱
بی‌اشتهایی	۰/۳۵ ^{۰۰}	۰/۲۳ ^{۰۰}	۰/۲۹ ^{۰۰}	۰/۳۰ ^{۰۰}	۰/۲۴ ^{۰۰}	۰/۲۴ ^{۰۰}	۰/۲۵ ^{۰۰}	۰/۲۲ ^{۰۰}	۰/۲۴ ^{۰۰}	۰/۴۹ ^{۰۰}

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین اختلالات شخصیت و کمال‌گرایی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$). در نهایت بین اختلالات شخصیت و

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین اختلالات شخصیت و کمال‌گرایی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$). همچنین بین

- 1 . Skewness
- 2 . kurtosis
- 3 . Boxplot
- 4 . scatter plot

- 5 . tolerance
- 6 . variance inflation factor (VIF)
- 7 . Durbin-Watson

بی‌اشتهایی عصبی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$). بین کمال‌گرایی با تصویر بدنی و بی‌اشتهایی عصبی نیز رابطه مثبت و

معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$). در نهایت بین تصویر بدنی و بی‌اشتهایی عصبی نیز رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$).

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی

موقعیت	χ^2	df	CMIN/DF	P	RMSEA (IC 95%)	CFI	NFI	TLI	GFI	IFI	AGFI
مدل کلی	۷۷/۰۲۸	۳۹	۱/۹۷۵	$P < 0/001$	[۰/۰۵۴، ۰/۰۰۱]	۰/۹۵۳	۰/۹۱۱	۰/۹۳۴	۰/۹۶۲	۰/۹۵۴	۰/۹۳۶

در این پژوهش با توجه به مطلوب بودن شاخص‌های برازش مطلق، شاخص‌های برازش تطبیقی و شاخص‌های برازش مقتصد دست به اصلاح مدل زدیم در نهایت مدل پیشنهادی از برازش مطلوب با داده‌ها برخوردار بود. همان‌طور که مشاهده می‌شود در مدل تأییدی نهایی مقدار χ^2 دو^۱ معنی‌دار شده است، اما از آنجا که در نمونه‌های بزرگ این شاخص به‌طور معمول معنی‌دار است و نمی‌توان آن را به عنوان ملاکی مطمئن در جهت بررسی برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها در نظر گرفت. همچنین، سایر شاخص‌های برازندگی، مانند نسبت مجذور خی به درجه آزادی (df)

$\chi^2/$ با مقدار ۱/۹۷۵، شاخص برازندگی افزایشی^۲ (IFI) با مقدار ۰/۹۵۴، شاخص برازندگی تطبیقی^۳ (CFI) با مقدار ۰/۹۵۳، شاخص نیکوی برازش^۴ (GFI) با مقدار ۰/۹۶۲، شاخص برازش هنجار شده یا شاخص توکر-لویس^۵ ($NNFI=934$)، شاخص نیکوی برازش تعدیل یافته^۶ ($AGFI=0/936$)، شاخص برازندگی هنجار شده^۷ ($NFI=911$) و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب^۸ (RMSEA) با مقدار ۰/۰۵ حاکی از برازش مطلوب الگوی تأییدی نهایی با داده‌ها است.

جدول ۴. ضرایب مسیرهای مستقیم متغیرهای پژوهش

متغیر	β	B	SE	CR	P
اختلالات شخصیت --- کمال‌گرایی	۰/۵۰۲	۱/۳۱۵	۰/۲۶۷	۴/۹۲۲	$P < 0/009$
کمال‌گرایی --- تصویر بدنی	۰/۲۴۲	۰/۵۰۹	۰/۱۶۰	۳/۱۷۹	$P < 0/001$
اختلالات شخصیت --- تصویر بدنی	۰/۵۰۰	۲/۷۵۷	۰/۴۹۷	۵/۵۵۲	$P < 0/001$
تصویر بدنی --- بی‌اشتهایی عصبی	۰/۲۴۰	۰/۱۸۸	۰/۰۵۵	۰/۴۳۱	$P < 0/001$
اختلالات شخصیت --- بی‌اشتهایی عصبی	۰/۳۰۱	۱/۳۰۱	۰/۳۹۹	۰/۲۵۷	$P < 0/001$
کمال‌گرایی --- بی‌اشتهایی عصبی	۰/۱۲۸	۰/۲۱۲	۱/۲۶۱	۱/۶۸۳	$P < 0/009$

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بر اساس مدل اولیه اثر مستقیم اختلالات شخصیت بر کمال‌گرایی ($\beta=0/502, P<0/001$)، کمال‌گرایی بر تصویر بدنی ($\beta=0/242, P<0/001$)، اختلالات شخصیت بر تصویر بدنی ($\beta=0/500, P<0/001$)، تصویر بدنی بر بی‌اشتهایی عصبی ($\beta=0/240, P<0/001$)، اختلالات شخصیت بر بی‌اشتهایی عصبی ($\beta=0/301, P<0/001$) و کمال‌گرایی بر بی‌اشتهایی عصبی ($\beta=0/128, P<0/009$) معنی‌دار است.

($\beta=0/240, P<0/001$)، اختلالات شخصیت بر بی‌اشتهایی عصبی ($\beta=0/301, P<0/001$) و کمال‌گرایی بر بی‌اشتهایی عصبی ($\beta=0/128, P<0/009$) معنی‌دار است.

5. tucker - lewis index

6. adjusted goodness of fit index

7. normal of fit index

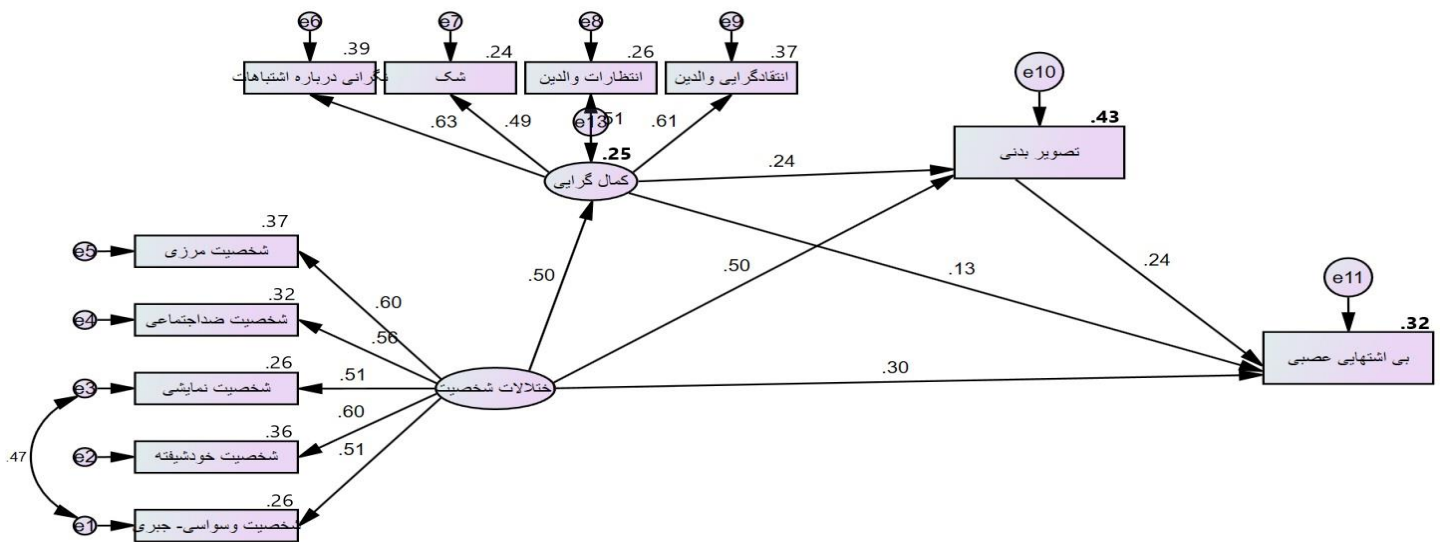
8. root mean square error of approximation

1. Chi- Square

2. incremental of fit index

3. comparative of fit index

4. goodness of fit index



شکل ۱. اثر میانجی و سریالی کمال گرایی و تصویر بدنی در ارتباط بین اختلالات شخصیت و بی‌اشتهایی عصبی

همانطور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود متغیر اختلالات شخصیت ۲۵ درصد از واریانس کمال گرایی به عنوان متغیر میانجی اول را تبیین کرد. در گام بعدی اختلالات شخصیت و کمال گرایی ۴۳ درصد از واریانس تصویر بدنی را تبیین کردند و در نهایت اختلالات شخصیت، کمال گرایی، تصویر بدنی ۳۲ درصد از واریانس بی‌اشتهایی عصبی را تبیین کردند.

جدول ۵. نتایج بوت استرپ اثرات غیرمستقیم و کل اختلالات شخصیت با بی‌اشتهایی عصبی با توجه به نقش میانجی کمال گرایی و تصویر بدنی

متغیر	اثر غیرمستقیم	سوگیری	حد پایین	حد بالا	SE	P
اختلالات شخصیت --- کمال گرایی --- تصویر بدنی	۰/۱۲۱	۰/۰۰۲	۰/۰۵۵	۰/۱۹۷	۰/۰۴۵	$P \leq ۰/۰۰۴$
اختلالات شخصیت --- تصویر بدنی --- بی‌اشتهایی عصبی	۰/۲۱۳	۰/۰۰۱	۰/۱۱۳	۰/۳۱۴	۰/۰۶۲	$P \leq ۰/۰۰۱$
کمال گرایی --- تصویر بدنی --- بی‌اشتهایی عصبی	۰/۰۵۸	۰/۰۰۲	۰/۰۱۷	۰/۱۰۹	۰/۰۵۲	$P \leq ۰/۰۱۰$
متغیر	اثرات کل	سوگیری	حد پایین	حد بالا	SE	P
اختلالات شخصیت --- کمال گرایی	۰/۵۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۶	۰/۶۳۷	۰/۰۸۵	$P \leq ۰/۰۰۱$
اختلالات شخصیت --- تصویر بدنی	۰/۶۲۲	۰/۰۰۴	۰/۵۳۴	۰/۶۹۹	۰/۰۵۰	$P \leq ۰/۰۰۱$
اختلالات شخصیت --- بی‌اشتهایی عصبی	۰/۵۱۴	۰/۰۰۲	۰/۴۲۶	۰/۵۹۷	۰/۰۵۱	$P \leq ۰/۰۰۱$
کمال گرایی --- تصویر بدنی	۰/۲۴۲	۰/۰۰۳	۰/۱۱۶	۰/۳۶۳	۰/۰۷۵	$P \leq ۰/۰۰۳$
کمال گرایی --- بی‌اشتهایی عصبی	۰/۱۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۴۶	۰/۳۲۵	۰/۰۸۵	$P \leq ۰/۰۳۰$
تصور بدنی --- بی‌اشتهایی عصبی	۰/۲۴۰	۰/۰۰۳	۰/۱۰۰	۰/۳۶۵	۰/۰۸۱	$P \leq ۰/۰۰۷$

شخصیت به صورت غیرمستقیم و معنی دار در مرتبه دوم از طریق تصویر بدنی بر بی‌اشتهایی عصبی تأثیر دارد ($P \leq ۰/۰۵$). در نهایت کمال گرایی به صورت غیرمستقیم و معنی دار از طریق تصویر بدنی بر بی‌اشتهایی عصبی تأثیر دارد ($P \leq ۰/۰۵$).

همان طور که جدول ۳ مشاهده می‌شود اثرات غیرمستقیم و اثرات کل با نمونه گیری ۲۰۰۰ بوت استرپینگ به همراه حد پایین، حد بالا خطای استاندارد و سطح معنی داری آورده شده است. با توجه به این یافته، اختلالات شخصیت به صورت غیرمستقیم و معنی دار در مرتبه اول از طریق کمال گرایی بر بی‌اشتهایی عصبی تأثیر دارد ($P \leq ۰/۰۵$). اختلالات

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اختلال شخصیت در والدین و بی‌اشتهایی عصبی در فرزندان: یک الگوی سریالی از ساز و کار انتقال بین نسلی انجام شد. نتایج مدلسازی معادلات ساختاری نشان داد که اختلالات شخصیت والدین به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق کمال‌گرایی و تصویر بدنی بر بی‌اشتهایی عصبی اثر مثبت و معنی‌داری دارد. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال پوردهقان و همکاران (۲۰۲۲) و سپالویدا و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین یافته‌ی به دست آمده می‌توان گفت که والدین الگوی رفتار و واکنش کودکان نسبت به دنیای اطراف خود هستند. در شرایط ایده‌آل، والدین همه ظرفیت‌هایی را که فرزندان‌شان برای رشد موفقیت آمیز در همه جنبه‌ها (از نظر ذهنی/عاطفی، جسمی و اجتماعی) نیاز دارند در اختیارشان قرار می‌دهند (سپولودا و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به اینکه این افراد ظرفیت تنظیم هیجانات خویش را ندارند، وقتی پدر یا مادر می‌شوند به جای انتقال الگوهای سالم تنظیم هیجان، راهبردهای غیر اثربخش خود را به فرزندان خویش منتقل می‌کنند. در نوجوانی که سطح اضطراب (نسبت به دیگر دوره‌های تحولی) بالاست و نوجوان نیاز به راهبردهایی برای تنظیم هیجانات خویش دارد، این راهبردها را از والدین فرا نگرفته است و ناتوانی در تنظیم هیجان در نوجوانی می‌تواند با بروز علائم اختلال خوردن ارتباط داشته باشد (گیوآ و همکاران، ۲۰۰۶). نوجوانان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی از راهبردهای ناسازگارانه‌ای چون اجتناب، سرکوب، بازداری، واپس‌روی، کنار آمدن با تمرکز بر احساسات، نشخوار فکری و رفتارهای خود تخریب‌گرانه برای تنظیم هیجان استفاده می‌کنند (کور ستوفین و همکاران، ۲۰۰۷). هاینوس و فرازتی (۲۰۱۱) مدلی را برای تبیین بی‌اشتهایی عصبی معرفی کردند مبنی بر اینکه این افراد از لحاظ هیجانی آسیب پذیرند و هنگام برانگیختگی هیجانی قادر نیستند هیجانات خویش را به کلمه تبدیل کنند. پس برای کاهش شدت هیجانات آن‌ها را در رفتار خود نشان می‌دهند که با علائم اختلال بی‌اشتهایی عصبی مشخص می‌شود و این کار سبب کاهش هیجانات منفی در کوتاه مدت و کاهش وزن در بلند مدت می‌شود.

نتایج مدلسازی معادلات ساختاری نشان داد که کمال‌گرایی به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق تصویر بدنی بر بی‌اشتهایی عصبی اثر مثبت و معنی‌داری دارد. این نتایج با مطالعات کوک

(۲۰۱۲) و استیکپول و همکاران (۲۰۲۳) همخوانی دارد. در تبیین دیگر می‌توان چون افراد کمال‌گرا استانداردهای اخلاقی بالایی چون مسئولیت‌پذیری افراطی و احساس مسئولیت بیش از حدی را در خصوص خود، دیگران و جامعه تجربه می‌کنند نه تنها در خود بلکه در محیط اطراف، دوستان و افراد جامعه به دنبال بهترین‌ها هستند ولی وقتی نمی‌توانند به این ایده‌آل خودمحورانه، جامعه‌محورانه و دیگر محورانه برسند خود را سرزنش می‌کنند و نمیتوانند هیجان‌های خود را ابراز کنند که علت این امر می‌تواند مسئولیت‌پذیری افراطی و تمایل به احساس گناه باشد که نشخوارهای فکری افسرده‌وار آنها را در خصوص تصویر بدنی افزایش می‌دهد (پیتو و همکاران، ۲۰۱۷). افزایش این نشخوار فکری به صورت اجتناب از خوردن غذا و بی‌اشتهایی عصبی در جهت کاهش نشخوارهای فکری مرتبط به استانداردها، عدم تحقق آنها و جبران آن به صورت یک بدکارکردی کنشی در سطح بدنی و متعاقب آن بی‌اشتهایی عصبی در جهت عنوان یک راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد نمود پیدا می‌کند. در واقع این افراد در سطح باورها افکاری که نسبت به خودپنداره جسمانی دارند و نگرش‌ها عقاید و یازخوردهای که رسانه‌ها و همسالان در خصوص تصویری بدنی به آن‌ها می‌دهند چون با استانداردهای مورد نظرشان همخوانی ندارد دچار یک آشفتگی شده که به دلیل نداشتن عاملیت و توان کنترل رویدادها و مدیریت هیجانی برای بهبود این تصویر بدنی دست به رژیم‌های غذایی می‌زنند که منجر به بی‌اشتهایی عصبی می‌شود (گوتلی، ۲۰۱۴). همچنین شروع تفکر کمال‌گرایانه زمانی تهدید برانگیز تجربه می‌شود که باورهای فراشناختی درباره معنای تفکرات راه اندازی شوند. زمانی که این باورها فعال شوند، این ارزیابی را فرا می‌خوانند که تفکرات خطرناکند، بنابراین منجر به احساس ترس/اضطراب و گناه/ناراحتی می‌شوند. همچنین این احساس‌ها به عنوان نشانه‌ی بیشتر برای واقعی بودن خطر مرتبط با افکار مزاحم (نشخوار فکری) است. در نتیجه، فرایندهای فراشناختی، راهبردهای خاصی را برای مقابله با تهدید ادراک شده فعال می‌سازند. این راهبردها شامل سرکوبی تفکر، خنثی سازی، واریسی و استدلال

نشخوارگرانه است که به افزایش تکرار تفکر یا از طریق گسترش دامنه نشانه‌های مرتبط با تفکر، یا از طریق اشتغال با حالت‌های روانی از جمله اختلالات خوردن، منجر می‌گردند در حقیقت تجربه‌های کنترل و سرکوبی با اختلالات هیجانی با اختلالات خوردن رابطه دارند (فروریچ و همکاران، ۲۰۱۶).

نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که ضریب مستقیم اختلال شخصیت در والدین از طریق کمال‌گرایی در مرتبه اول و در مرتبه دوم از طریق تصویر بدنی بر بی‌اشتهایی عصبی مثبت و معنی دار بود. این نتایج با یافته‌های پوردهقان و همکاران (۲۰۲۴)، سپالویدا و همکاران (۲۰۲۲) وید و تیگمان (۲۰۱۳)، فیلیپ و همکاران (۲۰۱۸)، کوک (۲۰۱۲)، تورس و همکاران (۲۰۲۴)، فورسبرگ و همکاران (۲۰۱۷) و هیک و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که آشفتگی و مشکلات در روابط بین فردی به عنوان یک ویژگی محوری در اختلالات شخصیت محسوب می‌شود. از همین رو تعامل بین فردی در رابطه‌ی والد و کودک می‌تواند تحت تأثیر آسیب‌شناسی روانی والد مبتلا به اختلال شخصیت قرار گیرد (لالیک و همکاران، ۲۰۱۳). والدین مبتلا به اختلال شخصیت، مدل کاری درونی^۱ که از سبک دلبستگی ناایمن شان ناشی می‌شود را از طریق سبک‌های ارتباطی و فرزندپروری نا کارآمد به فرزندان خود منتقل می‌کنند. مدل کاری درونی به بازنمایی‌ها یا برداشت‌های ذهنی که در مورد خود، دیگری (مراقب) و شکل و شیوه‌ی ارتباطی که بین آن‌ها وجود دارد اطلاق می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که وقتی بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت پدر و مادر می‌شوند، کیفیت مراقبت و فرزندپروری از مدل کاری درونی سبک دلبستگی ناایمن آن‌ها ناشی می‌شود (جورج و سالومون، ۱۹۹۶). مدل کاری درونی افراد با اختلال شخصیت به این صورت است که این افراد دیدگاه منفی به خود و دیگران دارند و نسبت به اطلاعات جدید و شرایط محیطی بسته و انعطاف ناپذیرند و به جای اینکه تلاش کنند با محیط منطبق شوند، سعی می‌کنند محیط را بر اساس بازنمایی‌های خود تغییر دهند. به عنوان مثال افراد با سبک شخصیتی وسواسی-اجباری اغلب به عنوان افرادی کمال‌گرا شناخته می‌شوند. آن‌ها همان‌طور که از خود انتظار دارند بهترین باشند از دیگران نیز انتظار کامل

بودن دارند و در این جهت به آن‌ها فشار می‌آورند (لیدون و شری، ۲۰۰۱). در همین راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پدران و مادران نوجوانان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در مقایسه با پدران و مادران نوجوانان دختر فاقد این اختلال به طرز معناداری کمال‌گراتر بودند. آن‌ها رضایت کم‌تری از عملکرد خود و به تبع آن رضایت کم‌تری از عملکرد فرزندان خود داشتند. با توجه به فرایند شکل‌گیری مدل کاری درونی، این موضوع سبب می‌شود که فرزندان این والدین رضایت کم‌تری از خود داشته باشند. آن‌ها تمایل دارند مقابل دیگران تصویری بدون نقص در رابطه با عملکرد، شایستگی و ظاهر فیزیکی از خود ارائه دهند (کاسترو و همکاران، ۲۰۰۴). هویت و همکاران (۱۹۹۵) همبستگی معناداری را بین کمال‌گرایی و تمایل به ارائه‌ی تصویری بی‌نقص از خود، در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال خوردن پیدا کردند. رسولی و لواسانی (۲۰۱۱) کمال‌گرایی را به عنوان پیش‌بینی کننده‌ی مهم اختلال در تصویر بدنی معرفی کردند. یعنی هر اندازه فرد کمال‌گرایی بالاتری داشته باشد از وضعیت بدنی خود نارضایتی بیشتری دارد. در همین راستا نظریه‌ی سه عاملی باردون-کون و همکاران (۲۰۰۸) بر تعامل بین کمال‌گرایی بالا، نارضایتی بالا از بدن و عزت نفس پایین در ایجاد اختلالات خوردن تأکید دارد. وید و تیگمان (۲۰۱۳) ارتباط ابعاد کمال‌گرایی فراست را با نارضایتی از بدن مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها دریافتند که انتظارات والدینی زیاد، انتقاد والدین و در نظر گرفتن استانداردهای شخصی سطح بالا با نارضایتی بالاتر از بدن همراه است. از پژوهش‌های ذکر شده می‌توان اینطور نتیجه گرفت که اختلال شخصیت در والدین بر نحوه‌ی ارتباط آن‌ها با فرزندان اثر می‌گذارد و سبب می‌شود مدل کاری درونی این نوجوانان اینطور باشد که خود را به اندازه‌ی کافی خوب نمی‌دانند و این خوب نبودن شامل وزن و اندامشان نیز می‌شود؛ پس برای بهتر شدن تلاش می‌کنند. این نارضایتی از خود و تلاش برای بهتر شدن در موارد افراطی می‌تواند منجر به اختلال در تصویر بدنی و در نهایت بی‌اشتهایی عصبی گردد.

در مجموع نتایج به دست آمده نشان داد کمال‌گرایی و اختلال در تصویر بدنی رابطه‌ی بین اختلال شخصیت در والدین و بی‌اشتهایی عصبی در نوجوانان را میانجی‌گری می‌کند. علاوه بر این اختلال شخصیت در والدین بر بی‌اشتهایی عصبی در فرزندان نوجوان دختر اثر مثبت معناداری دارد.

توجه به نقش والدین و انتقال بین نسلی آسیب می‌تواند برای پیشگیری از بروز این اختلال و درمان آن حائز اهمیت باشد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به تعمیم‌پذیری نتایج اشاره کرد چرا که گروه مورد مطالعه دختران نوجوان بوده‌اند؛ هرچند شیوع این اختلال در دختران نوجوان بیشتر است، اما بی‌اشتهایی عصبی نه محدود به دختران است و نه نوجوانان. از سوی دیگر روش نمونه‌گیری در این پژوهش هدفمند بوده است که روشی غیر تصادفی است، لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید محتاط بود. با توجه به اینکه جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش صرفاً با خودگزارشی و به وسیله پرسشنامه صورت گرفت، ممکن است سوگیری فردی و ادراکی دقت نتایج را تحت تاثیر قرار داده باشد. در این پژوهش علاوه بر نوجوانان، والدین نیز باید مورد سنجش قرار می‌گرفتند، چون دسترسی به هر دو والد در برخی از موارد مقدور نبود، داده‌ها از یک والد جمع‌آوری شده است؛ به همین دلیل امکان مقایسه‌ی اختلالات شخصیت در پدران و مادران امکان‌پذیر نبود. با توجه به اینکه بی‌اشتهایی عصبی اختلالیست که مسائل فرهنگی و اجتماعی نیز در آن دخیل است و در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته، از سویی ممکن است این موضوع تعمیم‌پذیری پژوهش را تحت تاثیر قرار دهد و از سوی دیگر محقق با بررسی پیشینه‌ی بی‌اشتهایی عصبی دریافت که این اختلال علی‌رغم شیوع روزافزون کم‌تر مورد توجه پژوهشگران در ایران بوده است. بر اساس این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌گردد بی‌اشتهایی عصبی از همه‌ی ابعاد خصوصاً اجتماعی فرهنگی در ایران بیشتر مورد توجه پژوهشگران باشد. همچنین سایر رده‌های سنی و سیر اختلال به صورت طولی و در

جنسیت مذکر هم مورد مداخله‌ی پژوهشگران قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد مسائل شخصیتی در پدر و مادر مورد مقایسه قرار گیرد تا با شناخت بیشتر زمینه‌های بروز اختلال از بروز آن پیشگیری کرد. با توجه به نقش والدین در بروز و تداوم اختلال، پیشنهاد می‌گردد درمان‌های سیستمی و خانواده درمانی در بهبود علائم این اختلال مورد بررسی بیشتری قرار گیرند. همچنین با برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت اصلاح کمال‌گرایی و مداخله در بدشکلی بدنی برای دانش‌آموزان توصیه می‌شود. همچنین جهت اطمینان از تعمیم این الگو به سایر جمعیت‌ها و با توجه به شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در نوجوانان مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی انجام پژوهش‌های بیشتر در این حوزه متناسب با سطح تحول و تجربه اولین مشکلات در تصویر بدنی در نوجوانان بر جمعیت‌های بالینی ضروری به نظر می‌رسد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی، در دانشکده روانشناسی دانشگاه لرستان است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از استاد راهنما و مشاور این تحقیق و والدین و نوجوانانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

Reference

اخوان اخوان عیبری، فاطمه، شعیری محمدرضا، غلامی، فشارکی، محمد. (۱۳۹۸). بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس کمال گرایی چندبعدی فراست. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۶ (۱)، ۸۷-۱۰۶.

<http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.6.1.87>

خبیر، لیلا، محمدی، نوراله و رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۳). اعتباریابی مقیاس تشخیص اختلال خوردن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)* (۱۲ پیاپی ۷۵)، ۱۰۰-۱۰۷.

<https://www.magiran.com/p1266485>

شریفی، گشاو، عبداللهی، عباس و حسینیان، سیمین. (۱۳۹۹). ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه سبک و اختلال شخصیت (PSDI-S) در دانشجویان ایرانی. *رویش روان شناسی*، ۹ (۱۲)، ۴۳-۵۴.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.12.12.7>

ویسی، فاطمه، احمدی، سید مجتبی؛ صادقی، خیراله و رضایی، منصور. (۱۳۹۶). مشخصات روان سنجی پرسشنامه شکل بدن ۸ C در زنان مبتلا به اختلال خوردن. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۳ (۴)، ۴۸۰-۴۹۳.

<http://dx.doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.4.480>

Achtergarde, S., Postert, C., Wessing, I., Romer, G., & Müller, J. M. (2015). Parenting and child mental health: Influences of parent personality, child temperament, and their interaction. *The Family Journal*, 23(2), 167-179. <https://doi.org/10.1177/1066480714564316>

Akhavan Abiri F, Shairi M R, Gholami Fesharaki M. The investigation of psychometric properties of Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS). *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2019; 6 (1): 87-106 [persian] <http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.6.1.87>

Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>

Auger, N., Potter, B. J., Ukah, U. V., Low, N., Israël, M., Steiger, H., ... & Paradis, G. (2021). Anorexia nervosa and the long-term risk of mortality in women. *World Psychiatry*, 20(3), 448. <https://doi.org/10.1002/wps.20904>

Bardone-Cone, A. M., Joiner Jr, T. E., Crosby, R. D., Crow, S. J., Klein, M. H., Le Grange, D., ... & Wonderlich, S. A. (2008). Examining a psychosocial interactive model of binge eating and vomiting in women with bulimia nervosa and subthreshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 887-894. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.003>

Bould, H., Koupil, I., Dalman, C., DeStavola, B., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 383-391. <https://doi.org/10.1002/eat.22325>

Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., & Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of adolescent health*, 35(5), 392-398. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.11.094>

Cook, L. C. (2012). The influence of parent factors on child perfectionism: A cross-sectional study. *UNLV Theses, Dissertations, Professional Papers, and Capstone*. <http://dx.doi.org/10.34917/4332532>

Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating behaviors*, 8(1), 91-97. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.02.003>

Cutuli D. (2014). Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: an overview on their modulatory effects and neural correlates. *Frontiers in systems neuroscience*, 8, 175. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2014.00175>

Dobrescu, S. R., Dinkler, L., Gillberg, C., Råstam, M., Gillberg, C., & Wentz, E. (2020). Anorexia nervosa: 30-year outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 97-104. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.113>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)

Forsberg, S., Darcy, A., Bryson, S. W., Arnow, K. D., Datta, N., Le Grange, D., & Lock, J. (2017). Psychological symptoms among parents of adolescents with anorexia nervosa: a descriptive examination of their presence and role in

- treatment outcome. *Journal of Family Therapy*, 39(4), 514-536.
- Froneich, F. V., Vartanian, L. R., Grisham, J. R., & Touyz, S. W. (2016). Dimensions of control and their relation to disordered eating behaviours and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of eating disorders*, 4, 14. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0104-4>
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 17(3), 198-216. <https://doi.org/10.1002>
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmien, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency?. *Depression and anxiety*, 23(6), 331-339. <https://doi.org/10.1002/da.20163>
- Gluch, V. (2018). Factors Influencing the Development of Perfectionism. *Western Undergraduate Psychology Journal*, 6(1). <https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/wupj/issue/view/195>
- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of eating disorders*, 18(4), 317-326. <https://doi.org/10.1002/1098-108X>
- Hicks, R. E., Kenny, B., Stevenson, S., & Vanstone, D. M. (2022). Risk factors in body image dissatisfaction: Gender, maladaptive perfectionism, and psychological wellbeing. *Heliyon*, 8(6). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09745>
- Howard, T. L., Williams, M. O., Woodward, D., & Fox, J. R. (2023). The relationship between shame, perfectionism and Anorexia Nervosa: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(1), 40-55. <https://doi.org/10.1111/papt.12425>
- Hudson, L. D., Nicholls, D. E., Lynn, R. M., & Viner, R. M. (2012). Medical instability and growth of children and adolescents with early onset eating disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 97(9), 779-784. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2011-301055>
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Franko, D. L., Jackson, S. C., & Herzog, D. B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2263-2268. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2263>
- Kline, R. B. (2012). Assumptions in structural equation modeling. *Handbook of structural equation modeling*, 111, 125. [ISBN 9781462544646](https://doi.org/10.1007/9781462544646)
- Kuhl, J. & Kazén, M. (2009). *Persönlichkeits-Stil- und -Störungs-Inventar (PSSI)*. Manual. Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1007/s00221-012-3379-y>
- Laulik, S., Chou, S., Browne, K. D., & Allam, J. (2013). The link between personality disorder and parenting behaviors: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 644-655. <https://doi.org/10.1016>
- Leila Khabir, Nourollah Mohamadi, Changiz Rahimi, (2014). The Validation of Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS), *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 18(2), 100-107. [persian]. <https://www.magiran.com/p1266485>
- Longo, P., Bevione, F., Amodeo, L., Martini, M., Panero, M., & Abbate-Daga, G. (2024). Perfectionism in anorexia nervosa: Associations with clinical picture and personality traits. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), e2931. <https://doi.org/10.1002/cpp.2931>
- Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffer, A. L., Martinsen, E. W., & Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and weight disorders : EWD*, 22(2), 201-209. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x>
- Neale, J., Pais, S. M., Nicholls, D., Chapman, S., & Hudson, L. D. (2020). What are the effects of restrictive eating disorders on growth and puberty and are effects permanent? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 66(2), 144-156. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.032>
- Paton, C., Crawford, M. J., Bhatti, S. F., Patel, M. X., & Barnes, T. R. (2015). The use of psychotropic

- medication in patients with emotionally unstable personality disorder under the care of UK mental health services. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(4), 16358. <https://doi.org/10.4088>
- Phillipou, A., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2018). Anorexia nervosa: Eating disorder or body image disorder?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(1), 13-14. <https://doi.org/10.1177/0004867417722640>.
- Pourdehghan, P., Mohammadi, M. R., Mostafavi, S. A., Khaleghi, A., & Ahmadi, N. (2024). The Relationship of Parental Personality Disorders with Offspring Eating Disorders at Childhood and Adolescence Age. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(2), 361-371. <https://doi.org/10.1007>
- Pursey, K. M., Hart, M., Jenkins, L., McEvoy, M., & Smart, C. E. (2020). Screening and identification of disordered eating in people with type 1 diabetes: a systematic review. *Journal of Diabetes and its Complications*, 34(4), 107522. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2020.107522>
- Rasooli, S. S., & Lavasani, M. G. (2011). Relationship between personality and perfectionism with body image. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 15, 1015-1019. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.03.231>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(3), 14-18. [pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3074200/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3074200/)
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British journal of clinical psychology*, 45(3), 343-366. <https://doi.org/10.1348/014466505X53902>
- Senberg, A., Schmucker, M., Oster, A., & Zumbach, J. (2023). Parental personality disorder and child maltreatment: a systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 140, 106148. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106148>
- Sepulveda, A. R., Rodríguez-Mondrgón, L., Moreno, A., Anastasiadou, D., & Graell, M. (2022). Contributions on personality traits between parent-adolescent interaction in anorexia nervosa at onset: control-case study. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1588034/v1>
- Sharifi G, Abdollahi A, Hosseinian S. (2021). Psychometric Properties of the Persian Version of Personality Style and Disorder Inventory (PSDI-S (in Iranian Students. *Rooyesh*. 9(12), 43-54.[persian]. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.12.12.7>
- Shofiyah, S., & Sovitrina, R. (2022, April). The effect of perfectionism, social comparison and gratitude on body dissatisfaction among female students. In *3rd Tarumanaqara International Conference on the Applications of Social Sciences and Humanities (TICASH 2021)* (pp. 1736-1742). Atlantis Press. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.220404.282>
- Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 362-371. [DOI: 10.1097/YCO.0000000000000818](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818)
- Soper, D.S. (2025). A-priori Sample Size Calculator for Structural Equation Models [Software]. Available from <https://www.danielsoper.com/statcalc>
- Stice, E., Telch, C. F., & Rizvi, S. L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological assessment*, 12(2), 123. <https://doi.org/10.1037//1040-3590.12.2.123>.
- Torres, S., Vieira, A. I., Vieira, F. M., Miller, K. M., Guerra, M. P., Lencastre, L., ... & Barbosa, M. R. (2024). A Comprehensive Study of Positive Body Image as a Predictor of Psychological Well-Being in Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 16(11), 1787. <https://doi.org/10.3390/nu16111787>
- Van Den Eede, F. (2016). Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. *Behavioral sciences/clinical psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie*, (2016/1), 78-79. [isbn 978-14-511-9434-0](https://doi.org/10.1348/014466505X53902)
- Veisy F, Ahmadi S M, Sadeghi K, Rezaee M. The Psychometric Properties of Body Shape Questionnaire C8 in Women With Eating Disorders. *IJPCP* 2018; 23 (4) :480-493. [persian]. <https://dx.doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.4.480>
- Wade, T. D., & Tiggemann, M. (2013). The role of perfectionism in body dissatisfaction. *Journal of eating disorders*, 1, 1-6. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-2>