

بررسی رابطه بین مکانیزم‌های دفاعی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری‌های تنظیم هیجان
با رفتارهای بیمارگونه خوردن در دانش‌آموزان دختر

Examining the relationship between defense mechanisms, early maladaptive schemas, and difficulties in emotion regulation with disordered eating behaviors in female students

Dr. Soran Rajabi

Associate Professor, Department of Psychology,
Faculty of Psychology, Persian Gulf University

Email: sooranrajabi@pgu.ac.ir

دکتر سوران رجبی^۱

دانشیار، عضو هیئت علمی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

Zahra Tayebi

Master's Student in Psychology, Faculty of
Psychology, Persian Gulf University.

زهرا طیبی

دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

Maryam Najmi Nezhad

Master's Student in Psychology, Faculty of
Psychology, Persian Gulf University.

مریم نجمی نژاد

دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران.

Abstract

Disordered eating behaviors are relatively common during adolescence and are associated with various cognitive, emotional, and personality-related factors.

The present study aimed to predict disordered eating behaviors based on early maladaptive schemas, defense mechanisms, and difficulties in emotion regulation among adolescent girls. This correlational predictive study was conducted on 350 female high school students from Sirjan, selected through multistage cluster sampling. Participants completed the Eating Disorder Inventory (EDI), Young's Early Maladaptive Schemas Questionnaire (short form), the Defense Style Questionnaire (DSQ-40), and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Data were analyzed using stepwise regression analysis. The findings indicated that the schemas of Subjugation and Dependence/Incompetence significantly explained 9% of the variance in

چکیده

رفتارهای بیمارگونه خوردن از مشکلات شایع دوران نوجوانی هستند که با عوامل شناختی، هیجانی و شخصیتی متعددی مرتبط اند. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی رفتارهای بیمارگونه خوردن بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دفاعی و دشواری تنظیم هیجان در دانش‌آموزان دختر انجام شد. این پژوهش از نوع همبستگی و در قالب طرح پیش‌بین انجام شد. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر سیرجان در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ بود که ۳۵۰ نفر به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل سیاهه اختلال خوردن (EDI)، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (فرم کوتاه)، پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) بود و داده‌ها با استفاده از رگرسیون گام‌به‌گام تحلیل شدند. نتایج نشان داد طرحواره‌های اطاعت و وابستگی/بی‌کفایتی به‌طور معنادار ۹٪ از واریانس رفتارهای بیمارگونه خوردن را تبیین کردند ($R^2=0.09$).

^۱ نویسنده مسئول *Email: sooranrajabi@pgu.ac.ir*

بررسی رابطه بین مکانیزم‌های دفاعی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری‌های تنظیم هیجان با رفتارهای بیمارگونه خوردن در دانش‌آموزان دختر

disordered eating behaviors. In addition, immature defense mechanisms and impulse control difficulties significantly predicted specific dimensions of disordered eating, including binge eating, perfectionism, and body dissatisfaction. The results highlight the central role of cognitive-emotional factors in the development of disordered eating behaviors among adolescents. These findings support the implementation of preventive interventions focusing on schema-based approaches and emotion regulation skills training.

Keyword: Defense Mechanisms, Early Maladaptive Schemas, Difficulties in Emotion Regulation, Disordered Eating.

$p < 0.01$). همچنین سبک دفاعی رشدنیافته و مؤلفه دشواری در کنترل تکانه، برخی ابعاد رفتارهای بیمارگونه خوردن از جمله پرخوری، کمال‌گرایی و نارضایتی بدنی را به‌طور معنادار پیش‌بینی کردند. نتیجه‌گیری: یافته‌ها بر نقش محوری عوامل شناختی-هیجانی در بروز رفتارهای بیمارگونه خوردن تأکید دارند و می‌توانند مبنایی برای طراحی مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر طرحواره‌درمائی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در نوجوانان باشند.

واژه‌های کلیدی: مکانیزم‌های دفاعی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، دشواری تنظیم هیجان، رفتارهای بیمارگونه خوردن.

نوع مقاله: پژوهشی دریافت: آذر ۱۴۰۴ پذیرش: دی ۱۴۰۴

مقدمه

اختلالات خوردن از جمله اختلالات نسبتاً شایع روان‌پزشکی هستند که عمدتاً در اواخر دوره نوجوانی و اوایل بزرگسالی بروز می‌یابند و در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) تحت عنوان اختلالات تغذیه و غذا خوردن طبقه‌بندی شده‌اند. این اختلالات با الگوی پایدار اختلال در رفتارهای مربوط به غذا خوردن مشخص می‌شوند که منجر به اختلال در مصرف یا جذب مواد غذایی شده و پیامدهای قابل توجهی برای سلامت جسمانی، کارکرد روان‌شناختی و کیفیت زندگی فرد به همراه دارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شواهد نشان می‌دهد که شیوع اختلالات خوردن در زنان به مراتب بیشتر از مردان است و این اختلالات غالباً در دوران نوجوانی آغاز می‌شوند؛ از این رو، نوجوانان دختر یکی از گروه‌های پرخطر در ابتلا به رفتارهای بیمارگونه خوردن محسوب می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلالات خوردن با پیامدهای جدی جسمانی، روانی و اجتماعی همراه‌اند و در مواردی می‌توانند منجر به افزایش مرگ‌ومیر شوند. با وجود این پیامدها، علت‌شناسی این اختلالات همچنان پیچیده و چندعاملی است و درمان آن‌ها با چالش‌های قابل توجهی همراه است (استریگل-مور و بولیک، ۲۰۰۷). مدل‌های سبب‌شناختی بر نقش تعامل زیست‌شناختی، روان‌پویشی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی در شکل‌گیری و تداوم این اختلالات تأکید دارند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۱؛ ویلیامسون و همکاران، ۲۰۰۴). در این میان، رویکردهای شناختی نقش باورهای ناکارآمد و نگرش‌های منفی نسبت به غذا، وزن و شکل بدن را در بروز رفتارهای بیمارگونه خوردن برجسته می‌کنند؛ به گونه‌ای که افراد مبتلا ارزش‌گذاری افراطی بر کنترل خوردن و ظاهر بدنی دارند (رز و همکاران، ۲۰۰۶).

در سطح عمیق‌تر شناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه که توسط یانگ و همکاران مطرح شده‌اند، به‌عنوان الگوهای پایدار شناختی-هیجانی، نقش مهمی در آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی ایفا می‌کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلالات خوردن، به‌ویژه بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی، در مقایسه با افراد سالم، نمرات بالاتری در طرحواره‌هایی مانند محرومیت هیجانی، رهاشدگی، وابستگی/بی‌کفایتی، خودکنترلی ناکافی و شکست کسب می‌کنند (اونکا و همکاران، ۲۰۰۷؛ مولودی و همکاران، ۲۰۱۰؛ شایقیان و همکاران، ۲۰۱۰). این یافته‌ها حاکی از آن است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند بستر شناختی لازم برای شکل‌گیری رفتارهای بیمارگونه خوردن را فراهم کنند.

در کنار عوامل شناختی، مکانیزم‌های دفاعی به‌عنوان فرایندهای ناهشیار روانی شناخته می‌شوند که فرد برای کاهش اضطراب ناشی از تعارض‌های درونی و هیجان‌های منفی از آن‌ها استفاده می‌کند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلالات روانی، در مقایسه با افراد سالم، شیوع بالاتری از مکانیزم‌های دفاعی نابالغ و پاتولوژیک دارند (بلایا و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات انجام‌شده بر روی بیماران مبتلا به اختلالات خوردن نیز نشان می‌دهد که این افراد بیش از گروه‌های سالم از سبک‌های دفاعی رشد نیافته استفاده می‌کنند (استیگر و همکاران، ۲۰۰۷؛ شمیدت و همکاران، ۲۰۱۱؛ بلانکو و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی سلامت روان، در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای را در پژوهش‌های مربوط به اختلالات خوردن به خود اختصاص داده است. تنظیم هیجان به فرایندهایی اطلاق می‌شود که افراد از طریق آن‌ها نوع، شدت و مدت هیجان‌های خود را مدیریت می‌کنند (گراس، ۲۰۰۲). شواهد نشان می‌دهد که نقص در تنظیم هیجان، به‌ویژه دشواری در کنترل تکانه، پذیرش هیجان‌ها و آگاهی هیجانی، با رفتارهای خوردن نابهنجار ارتباط معناداری دارد و این رفتارها می‌توانند به‌عنوان راهبردی ناکارآمد برای مقابله با هیجان‌های منفی عمل کنند (چمبرز و همکاران، ۲۰۰۹؛ هیلبرت و همکاران، ۲۰۲۱؛ ژو و همکاران، ۲۰۲۵).

با وجود پژوهش‌های متعدد درباره نقش هر یک از این سازه‌ها به‌صورت جداگانه، بررسی همزمان نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دفاعی و دشواری‌های تنظیم هیجان در پیش‌بینی رفتارهای بیمارگونه خوردن، به‌ویژه در جمعیت دانش‌آموزان دختر، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. از آنجا که نوجوانی دوره‌ای حساس در شکل‌گیری الگوهای خوردن و تنظیم هیجان است، شناسایی این عوامل می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری و مداخله زودهنگام ایفا کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دفاعی و دشواری تنظیم هیجان در پیش‌بینی رفتارهای بیمارگونه خوردن در دانش‌آموزان دختر انجام شد.

فرضیه‌های پژوهش:

۱. طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌طور معنادار رفتارهای بیمارگونه خوردن را پیش‌بینی می‌کنند.
۲. سبک‌های دفاعی رشد نیافته با رفتارهای بیمارگونه خوردن رابطه مثبت و معنادار دارند.
۳. دشواری‌های تنظیم هیجان، به‌ویژه دشواری در کنترل تکانه، رفتارهای بیمارگونه خوردن را به‌طور معنادار پیش‌بینی می‌کنند.

پیشینه پژوهش

مطالعات داخلی و خارجی متعددی به بررسی اختلالات خوردن و عوامل مرتبط با آن پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اختلالات خوردن پدیده‌ای چندعاملی است که تحت تأثیر متغیرهای فردی، شناختی، هیجانی، شخصیتی و بین‌فردی قرار دارد.

در پژوهش‌های داخلی، شیوع قابل توجه اختلالات خوردن در میان دختران نوجوان و دانشجویان گزارش شده است (حیدری و همکاران، ۱۳۸۴؛ پورقاسم و همکاران، ۱۳۸۷؛ مظفری خسروی و همکاران، ۱۳۹۰؛ روستایی و همکاران، ۱۳۹۲). یافته‌ها نشان می‌دهد متغیرهایی نظیر عزت نفس پایین، خودپنداره منفی، نارضایتی از تصویر بدن، فشارهای روانی و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد با نشانه‌های اختلالات خوردن رابطه معنادار دارند.

از سوی دیگر، نقش تنظیم هیجانی به‌عنوان یک عامل کلیدی در بروز و تداوم اختلالات خوردن در مطالعات داخلی برجسته شده است (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸). این پژوهش‌ها نشان می‌دهند ناتوانی در فهم، مدیریت و تنظیم هیجان‌ها می‌تواند منجر به رفتارهای خوردن ناسازگارانه مانند پرخوری و بی‌اشتهایی شود.

بررسی رابطه بین مکانیزم‌های دفاعی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری‌های تنظیم هیجان با رفتارهای بیمارگونه خوردن در دانش‌آموزان دختر

همچنین، پژوهش‌های متعددی به نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌ها و مکانیزم‌های دفاعی در اختلالات خوردن و چاقی پرداخته‌اند. نتایج حاکی از آن است که طرحواره‌هایی نظیر نقص/شرم، رهاشدگی، محرومیت هیجانی و خودکنترلی ناکافی، و نیز استفاده بیشتر از سبک‌های دفاعی ناپخته و نوروتیک، در افراد مبتلا به اختلالات خوردن و چاقی شایع‌تر است (مولودی و همکاران، ۱۳۸۹؛ شایقیان و همکاران، ۱۳۸۹، ۱۳۹۰؛ کچویی و همکاران، ۱۳۹۱).

در پژوهش‌های خارجی نیز یافته‌ها مؤید نقش تعیین‌کننده نارسایی تنظیم هیجانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دفاعی نابالغ و متغیرهای شخصیتی در آسیب‌شناسی اختلالات خوردن و سایر اختلالات روان‌شناختی هستند (گراس و جان، ۲۰۰۳؛ گیلبا-اشچتمان و همکاران، ۲۰۰۶؛ دامیانو و همکاران، ۲۰۱۴). افزون بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تنظیم هیجانی می‌تواند نقش تعدیل‌کننده‌ای میان نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن و سلامت روان ایفا کند و ضعف در این مهارت، با افزایش علائم افسردگی، اضطراب و رفتارهای خوردن بیمارگونه همراه است (هیوگز و گالون، ۲۰۱۱).

با وجود گستردگی مطالعات انجام‌شده، بیشتر پژوهش‌ها هر یک از متغیرها (تنظیم هیجانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دفاعی، ویژگی‌های شخصیتی یا تصویر بدن) را به‌صورت جداگانه بررسی کرده‌اند و پژوهش‌هایی که به بررسی همزمان و یکپارچه این متغیرها در تبیین نشانه‌های اختلالات خوردن بپردازند، به‌ویژه در جامعه ایرانی، محدود است. همچنین، بخش قابل توجهی از مطالعات داخلی بر شیوع یا روابط ساده همبستگی تمرکز داشته و کمتر به ارائه مدل‌های تبیینی جامع پرداخته‌اند.

بنابراین، با توجه به شیوع قابل توجه اختلالات خوردن در دختران نوجوان و جوان، پیامدهای جدی روان‌شناختی و جسمانی این اختلالات، و خلأ موجود در بررسی همزمان نقش متغیرهای شناختی-هیجانی و دفاعی، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر می‌تواند با تبیین دقیق‌تر عوامل زمینه‌ساز اختلالات خوردن، زمینه را برای طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی مؤثرتر فراهم آورد.

روش^۱

پژوهش حاضر از نوع همبستگی و در قالب طرح پیش‌بین انجام شد. متغیر ملاک، رفتارهای بیمارگونه خوردن و متغیرهای پیش‌بین شامل طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دفاعی و دشواری‌های تنظیم هیجان بودند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر سیرجان در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ بود که جمعیتی در حدود ۴۰۰۰ نفر را در بر می‌گرفت. حجم نمونه ۳۵۰ نفر بود که بر اساس جدول مورگان و کرجسی (۱۹۷۰) تعیین شد.

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۶۹/۱۷ سال با انحراف معیار ۸۶/۰ بود. توزیع نمونه بر اساس رشته تحصیلی به این صورت بود: ۶۶ نفر پایه اول، ۱۰۶ نفر رشته علوم تجربی، ۷۹ نفر رشته ریاضی و ۹۹ نفر رشته علوم انسانی.

معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، اشتغال به تحصیل در دبیرستان‌های دخترانه و توانایی پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و گزارش ابتلا به بیماری جسمی یا روان‌پزشکی شدید بود.

نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای انجام شد. بدین صورت که ابتدا از دو ناحیه آموزش و پرورش شهر سیرجان، پنج مدرسه به‌طور تصادفی انتخاب شد و سپس از هر مدرسه، از هر پایه و رشته تحصیلی یک کلاس به‌صورت تصادفی انتخاب گردید. پرسشنامه‌ها با هماهنگی مسئولان مدرسه و معلمان در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت و پیش از پاسخ‌گویی، توضیحات لازم درباره اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات ارائه شد.

^۱. method

برای جمع‌آوری داده‌ها از چهار ابزار استفاده شد: سیاهه اختلال خوردن (EDI)، فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ، پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS).

۱. سیاهه علائم اختلال خوردن

سیاهه علائم اختلال خوردن (Eating Disorder Inventory; EDI) یک مقیاس ۶۴ سؤالی است که توسط گارنر، المستد و پولیوی (۱۹۸۳) برای ارزیابی نشانه‌ها و ویژگی‌های روان‌شناختی مرتبط با اختلالات خوردن طراحی شده است. این ابزار شامل هشت زیرمقیاس ناکارآمدی، ترس‌های بلوغ، کمال‌گرایی، بی‌اعتمادی بین‌فردی، گرایش به لاغری، آگاهی درونی، پرخوری و نارضایتی بدنی است (نورینگ، ۱۹۹۰؛ به نقل از شایقیان، ۲۰۰۸).

سؤالات بر اساس طیف شش‌درجه‌ای از «همیشه» تا «هرگز» نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر رفتارهای بیمارگونه خوردن است (گارنر و همکاران، ۱۹۸۳). روایی تشخیصی این ابزار ۸۵/۰ گزارش شده و از همبستگی مناسبی با سایر ابزارهای روان‌سنجی برخوردار است (نورینگ، ۱۹۹۰؛ به نقل از شایقیان، ۲۰۰۸). در پژوهش شایقیان و همکاران (۲۰۱۰)، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۷۶/۰ گزارش شده است.

در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۶۲/۰ به دست آمد. با توجه به ماهیت چندبعدی سیاهه اختلال خوردن و استفاده از زیرمقیاس‌های آن در تحلیل داده‌ها، این میزان پایایی قابل قبول تلقی می‌شود و در مطالعات پیشین نیز برای نمره کل مقیاس، ضرایب پایایی متوسط گزارش شده است.

۲. پرسشنامه سبک‌های دفاعی

پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) شامل ۴۰ عبارت است که توسط آندروز و همکاران (۱۹۹۳) تدوین شده و ۲۰ مکانیزم دفاعی را در قالب سه سبک دفاعی بالغ، نوروتیک و نابالغ ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت ۹ درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» نمره‌گذاری می‌شوند.

در نمونه‌های ایرانی، پایایی این پرسشنامه برای سبک‌های بالغ، نوروتیک و نابالغ به ترتیب ۷۵/۰، ۷۴/۰ و ۷۳/۰ گزارش شده است (اکبری زردخانه، رستمی و زارعان، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای این سه سبک به ترتیب ۶۰/۰، ۶۵/۰ و ۷۲/۰ به دست آمد.

۳. فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ شامل ۷۵ گویه است که ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند (یانگ، ۱۹۹۸). پاسخ‌ها بر اساس طیف شش‌درجه‌ای از «کاملاً غلط» تا «کاملاً درست» نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۹۵/۰ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی بسیار مطلوب ابزار است.

۴. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) طراحی شده و شامل ۳۶ سؤال در شش خرده‌مقیاس نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و ابهام هیجانی است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان می‌باشند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۸۶/۰ به دست آمد.

بررسی رابطه بین مکانیزم‌های دفاعی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری‌های تنظیم هیجان با رفتارهای بیمارگونه خوردن در دانش‌آموزان دختر

یافته‌ها

در ابتدا، شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار محاسبه شد. نتایج نشان داد که در میان سبک‌های دفاعی، سبک دفاعی رشدنایافته بالاترین میانگین را به خود اختصاص داده است. در حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، طرحواره معیارهای سرسختانه بالاترین و طرحواره نقص/شرم پایین‌ترین میانگین را نشان دادند. همچنین، در میان ابعاد دشواری تنظیم هیجان، مؤلفه دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان بالاترین و فقدان وضوح هیجانی پایین‌ترین میانگین را داشتند.

نتایج تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که رفتارهای بیمارگونه خوردن با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دفاعی رشدنایافته و دشواری‌های تنظیم هیجان رابطه مثبت و معناداری دارد ($p < 0.05$). بر این اساس، برای بررسی نقش پیش‌بین متغیرهای پژوهش، از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد.

نتایج رگرسیون گام‌به‌گام (جدول ۱) نشان داد که در گام اول، طرحواره اطاعت به‌تنهایی توانست بخش معناداری از واریانس رفتارهای بیمارگونه خوردن را تبیین کند. با ورود طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی در گام دوم، میزان واریانس تبیین‌شده افزایش یافت. در مجموع، این دو طرحواره توانستند ۹ درصد از واریانس رفتارهای بیمارگونه خوردن را تبیین کنند ($R^2 = 0.09$). ضرایب استاندارد شده نشان داد که طرحواره اطاعت ($\beta = 0.27, p < 0.001$) و طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی ($\beta = 0.17, p < 0.01$) پیش‌بین‌های معنادار رفتارهای بیمارگونه خوردن هستند.

جدول ۱. نتایج رگرسیون گام‌به‌گام در پیش‌بینی رفتارهای بیمارگونه خوردن

گام	متغیر پیش‌بین	β	t	R	R^2	p
۱	طرحواره اطاعت	0.271	۵.۲۴۴	0.271	۰.۰۷۳	<0.001
۲	طرحواره اطاعت	۰.۱۷۴	۲.۷۸۳			۰.۰۰۶
	طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی	۰.۱۶۸	۲.۶۸۷	0.303	۰.۰۹۲	۰.۰۰۸

بررسی ابعاد مختلف رفتارهای بیمارگونه خوردن نیز نتایج معناداری به همراه داشت (جدول ۲). نتایج نشان داد که بعد لاغری به‌طور معنادار توسط دشواری کنترل تکانه (به‌صورت معکوس)، طرحواره اطاعت (به‌صورت مستقیم) و طرحواره محرومیت هیجانی پیش‌بینی شد. بعد آگاهی درونی تنها توسط طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی پیش‌بینی شد. در بعد نارضایتی بدنی، طرحواره اطاعت و دشواری کنترل تکانه نقش پیش‌بین معناداری داشتند.

همچنین، بعد پرخوری توسط طرحواره نقص/شرم و طرحواره ایشارگری پیش‌بینی شد. نتایج نشان داد که سبک دفاعی رشدنایافته تنها پیش‌بین معنادار در ابعاد کمال‌گرایی و بی‌اعتمادی بین‌فردی است. در نهایت، بعد ترس‌های بلوغ به‌طور مستقیم توسط طرحواره اطاعت و به‌طور معکوس توسط طرحواره رهاسدگی/بی‌ثباتی پیش‌بینی شد.

جدول ۲. نتایج رگرسیون گام‌به‌گام در پیش‌بینی ابعاد رفتارهای بیمارگونه خوردن

بعد رفتار خوردن	متغیر پیش‌بین	β	R^2	p
لاغری	دشواری کنترل تکانه	-0.165	۰.۰۲۷	0.002
	طرحواره اطاعت	۰.۱۸۸	۰.۰۵۸	۰.۰۰۱
	طرحواره محرومیت هیجانی	-0.135	۰.۰۵۸	0.029

<0.001	۰.۰۵۰	۰.۲۲۴	طرحواره وابستگی/بی کفایتی	آگاهی درونی
<0.001	۰.۰۴۰	۰.۱۸۸	طرحواره اطاعت	نارضایتی بدنی
۰.۰۴۴		-0.108	دشواری کنترل تکانه	
<0.001	۰.۰۷۲	۰.۲۶۹	طرحواره نقص/شرم	پر خوری
۰.۰۰۱	۰.۱۰۴	۰.۱۸۲	طرحواره ایثارگری	
<0.001	۰.۰۳۵	۰.۱۶۸	مکانیزم دفاعی رشد نایافته	کمالگرایی
۰.۰۱۹	۰.۰۱۶	۰.۱۲۵	مکانیزم دفاعی رشد نایافته	بی اعتمادی بین فردی
۰.۰۰۱	0.036	۰.۱۹۰	طرحواره اطاعت	ترس های بلوغ
۰.۰۳۷	۰.۰۳۶	-۰.۱۱۷	طرحواره بی ثباتی/رهاشدگی	

به طور کلی، یافته‌ها نشان می‌دهند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش محوری در پیش‌بینی رفتارهای بیمارگونه خوردن دارند، در حالی که سبک‌های دفاعی رشد نایافته و برخی ابعاد دشواری تنظیم هیجان، به‌ویژه کنترل تکانه، در تبیین ابعاد خاص این رفتارها نقش معناداری ایفا می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دفاعی و دشواری‌های تنظیم هیجان در پیش‌بینی رفتارهای بیمارگونه خوردن در دانش‌آموزان دختر بود. نتایج نشان داد که در میان متغیرهای شناختی، طرحواره‌های اطاعت و وابستگی/بی کفایتی بیشترین سهم را در پیش‌بینی رفتارهای بیمارگونه خوردن داشتند. این یافته حاکی از آن است که نوجوانانی که گرایش بیشتری به واگذاری کنترل به دیگران دارند و خود را در مدیریت مسئولیت‌ها و چالش‌های فردی ناتوان می‌دانند، احتمال بیشتری برای تجربه الگوهای ناسازگاران خوردن نشان می‌دهند.

از منظر طرحواره‌درمانی، این طرحواره‌ها با احساس فقدان خودمختاری، کاهش احساس شایستگی فردی و وابستگی افراطی به منابع بیرونی همراه‌اند و در چارچوب نظری می‌توانند زمینه‌ساز استفاده از رفتارهای خوردن به‌عنوان راهبردی ناکارآمد برای تنظیم هیجان یا بازبازی احساس کنترل تلقی شوند. این تبیین با یافته‌های پژوهش‌های پیشین درباره نقش طرحواره‌های وابستگی و اطاعت در اختلالات خوردن همسو است (اونکا و همکاران، ۲۰۰۷؛ مولودی و همکاران، ۲۰۱۰).

در بررسی بعد آگاهی درونی، نتایج نشان داد که طرحواره وابستگی/بی کفایتی تنها پیش‌بین معنادار این بعد بود. این یافته بیانگر آن است که فقدان اعتماد به توانایی‌های فردی می‌تواند با دشواری در تشخیص و تفسیر نشانه‌های بدنی مانند گرسنگی و سیری همراه باشد. در چنین شرایطی، فرد ممکن است به جای اتکا به نشانه‌های درونی بدن، بیشتر تحت تأثیر عوامل بیرونی یا هیجانات منفی قرار گیرد؛ الگویی که در پژوهش‌های مرتبط با اختلالات خوردن نیز گزارش شده است (هیلبرت و همکاران، ۲۰۲۱).

نتایج مربوط به بعد پر خوری نشان داد که این رفتار توسط طرحواره‌های نقص/شرم و ایثارگری پیش‌بینی می‌شود. این یافته‌ها حاکی از آن است که پر خوری می‌تواند با احساس بی‌ارزشی، شرم از خود و نادیده گرفتن نیازهای شخصی در راستای جلب

بررسی رابطه بین مکانیزم‌های دفاعی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری‌های تنظیم هیجان با رفتارهای بیمارگونه خوردن در دانش‌آموزان دختر

رضایت دیگران همراه باشد. از منظر تنظیم هیجان، پرخوری می‌تواند به‌عنوان تلاشی ناکارآمد برای کاهش موقت هیجانات منفی و فشارهای روانی در نظر گرفته شود؛ تبیینی که با مدل‌های هیجانی اختلالات خوردن همخوانی دارد (بروک‌میر و همکاران، ۲۰۲۲).

در خصوص نارضایتی بدنی، نتایج نشان داد که این بعد توسط طرحواره اطاعت و دشواری در کنترل تکانه پیش‌بینی می‌شود. این یافته نشان می‌دهد که نوجوانانی که تمایل بیشتری به نادیده گرفتن نیازهای خود دارند و در تنظیم تکانه‌های هیجانی با مشکل مواجه‌اند، نگرش منفی‌تری نسبت به بدن خود گزارش می‌کنند. این الگو می‌تواند نشان‌دهنده تعامل عوامل شناختی و هیجانی در شکل‌گیری تصویر بدنی منفی باشد.

نتایج مربوط به ترس‌های بلوغ نیز نشان داد که طرحواره اطاعت با افزایش و طرحواره رهاشدگی/بی‌ثباتی با کاهش این ترس‌ها همراه است. این یافته می‌تواند بیانگر آن باشد که برخی نوجوانان، در راستای حفظ وابستگی و اجتناب از مسئولیت‌های رشدی، نسبت به فرآیند بلوغ نگرش منفی‌تری دارند، در حالی که تجربه روابط ناپایدار ممکن است آنان را به پذیرش زودتر تغییرات رشدی سوق دهد.

همچنین، نقش سبک دفاعی رشدنا یافته در پیش‌بینی ابعاد کمال‌گرایی و بی‌اعتمادی بین‌فردی نشان می‌دهد که استفاده از دفاع‌های نابالغ می‌تواند با الگوهای شناختی و بین‌فردی ناسازگار در نوجوانان همراه باشد؛ الگویی که در مطالعات پیشین درباره اختلالات خوردن نیز گزارش شده است (استیگر و همکاران، ۲۰۰۷).

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اگرچه سهم تبیین متغیرهای روان‌شناختی در رفتارهای بیمارگونه خوردن محدود است، اما طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به‌ویژه اطاعت و وابستگی/بی‌کفایتی، نقش برجسته‌ای در پیش‌بینی این رفتارها دارند. با توجه به ماهیت چندعاملی و پیچیده رفتارهای خوردن، میزان واریانس تبیین‌شده در این پژوهش با یافته‌های مطالعات مشابه قابل مقایسه و قابل انتظار است.

از نظر کاربردی، یافته‌های این پژوهش از طراحی و اجرای مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر طرحواره‌درمانی، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان به‌ویژه کنترل تکانه، و تعدیل سبک‌های دفاعی رشدنا یافته در محیط‌های آموزشی حمایت می‌کند. چنین مداخلاتی می‌توانند به شناسایی زودهنگام نوجوانان در معرض خطر و کاهش احتمال بروز رفتارهای بیمارگونه خوردن کمک کنند.

در نهایت، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی از جمله استفاده از ابزارهای خودگزارشی، طرح مقطعی پژوهش که امکان استنباط روابط علی را محدود می‌کند، عدم بررسی شاخص‌های جسمانی مانند نمایه توده بدنی (BMI)، و محدود بودن نمونه به دانش‌آموزان دختر یک شهر خاص است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های طولی، نمونه‌های بالینی و شاخص‌های عینی‌تر، به بررسی عمیق‌تر تعامل عوامل شناختی، هیجانی و دفاعی در اختلالات خوردن بپردازند.

تعارض منافع

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

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- [۱] اکبری زردخانه، ر.، رستمی، ن.، و زارعان، م. (۱۳۸۷). پایایی و اعتبار پرسشنامه سبک‌های دفاعی در نمونه دانشجویی ایرانی. *مجله روان‌شناسی بالینی و پژوهشی*، ۵(۲)، ۱۲-۲۴.
- [۲] بابایی، س.، خداپناهی، م.، و صدق‌پور، ب. (۱۳۸۶). ارتباط بین باورها و نشانه‌های اختلال‌های خوردن. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی*، ۱۳(۴)، ۵۰-۶۰.
- [۳] پورقاسم، ب.، کوشاور، د.، سیدسجادی، ن.، کرمی، ص.، شاهرخی، ح. (۱۳۸۷). خطر اختلالات خوردن در دانش‌آموزان دبیرستانی دختر تبریز در سال ۱۳۸۶. *مجله پزشکی علوم پزشکی تبریز*، ۳۰(۴)، ۲۶-۲۱.
- [۴] حیدری‌نسب، م.، و همکاران. (۱۳۸۶). پرسشنامه سبک‌های دفاعی: اعتبار و پایایی در نمونه‌های ایرانی. تهران: انتشارات دانشگاه.
- [۵] حیدری، ع.، پاشاغ.، مامی، ش.، آتش‌پور، ح. (۱۳۸۴). میزان شیوع اختلالات تغذیه و رابطه‌ی آن با عزت نفس، و افسردگی در دانشجویان دختر دانشگاه علوم پزشکی ایلام. *دانش و پژوهش در روانشناسی*، ۲۶(۱۶-۱).
- [۶] خانزاده، م.، و همکاران. (۱۳۹۱). نسخه فارسی مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی (DERS). *مجله روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷(۱)، ۴۵-۶۰.
- [۷] روستایی، ر.، حاجی فرجی، م.، دژکام، م.، هوشیار راد، آ.، محرابی، ی.، ذوقی، ت. (۱۳۹۲). بررسی شیوع اختلالات خوردن و برخی عوامل مرتبط با آن در دختران دانش‌آموز دبیرستانی شهر تهران در سال ۱۳۹۲. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۸(۱)، ۱۴۴-۱۳۵.
- [۸] سادوک، ب.، و سادوک، و. (۱۳۹۰). خلاصه روان‌پزشکی (جلد ۲، ترجمه نصرالله پورافکاری، چاپ سوم). تهران: انتشارات شهرآب.
- [۹] شایقیان، م.، و همکاران. (۱۳۸۹). اعتبار و روایی سیاهه اختلالات خوردن در جامعه ایرانی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۲۱(۳)، ۱۲۳-۱۳۶.
- [۱۰] شایقیان، ز.، آگیلاروفایی، م.، و رسول‌زاده طباطبایی، ک. (۱۳۸۹). بررسی طرحواره‌ها و پیوند والدینی در دختران نوجوان با وزن طبیعی، چاق و یا دارای علائم بی‌اشتهایی عصبی. *پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)*، ۱۶(۷۹)، ۳۰-۳۸.
- [۱۱] شایقیان، م. (۱۳۸۷). تحلیل روان‌سنجی سیاهه اختلال خوردن گارنر در ایران. *مجله روان‌شناسی تحولی*، ۱۶(۲)، ۸۹-۱۰۵.
- [۱۲] عسگری، پ.، پاشاغ.، امینیان، م. (۱۳۸۸). رابطه‌ی تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات خوردن در زنان. *مجله‌ی اندیشه و رفتار*، ۴(۱۳)، ۶۵-۷۸.
- [۱۳] کچویی، م.؛ فتحی آشتیانی، ع.؛ الهیاری، ع. (۱۳۹۱). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های دفاعی با نشانه‌های اختلال خوردن. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۴(۱۳)، ۹۳-۸۴.
- [۱۴] مظفری خسروی، ح.؛ حسن‌زاده شمسی، م.؛ شریعتی، ا.؛ مظفری خسروی، (۱۳۹۰). شیوع اختلال خوردن و چاقی در دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر یزد در سال ۹۰-۸۹. *فصلنامه‌ی علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد*، ۳۱(۱)، ۲۵-۱۱.
- [۱۵] مولودی، ر.، دژکام، م.، موتابی، ف.، و امیدوار، ن. (۱۳۸۹). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۲)، ۱۰۹-۱۱۴.
- [۱۶] یانگ، ج. ا.، کلوکسو، ج. س.، و ویشاره، م. ا. (۱۳۹۰). درمان طرحواره: راهنمای کاربردی درمانگران (ترجمه ح. حمیدپور و ز. اندوز). تهران: انتشارات ارجمند.

بررسی رابطه بین مکانیزم‌های دفاعی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری‌های تنظیم هیجان با رفتارهای بیمارگونه خوردن در دانش‌آموزان دختر

- [17] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- [18] Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246–256. <https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006>
- [19] Blanco, C., Kampe, L., Wall, M. M., Wang, S., Caligor, E., & Olfson, M. (2025). Prevalence and association of defense mechanisms with common psychiatric disorders: A national study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 86(2), 24m15582. <https://doi.org/10.4088/JCP.24m15582>
- [20] Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2022). Alexithymia and binge eating: Maladaptive emotion regulation strategy or deficient interoception? *Psychiatry Research*, 307, 114309. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114309>
- [21] Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Bond, M., & Manfro, G. (2006). Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 179–183. <https://doi.org/10.1590/s1516%E2%80%919144462006000300007>
- [22] Bond, M. (1983). The assessment of defensive functioning in adult life. In J. K. Hudson & D. M. Lewis (Eds.), *Defense mechanisms: Their relevance to psychopathology and psychotherapy* (pp. 237–260). Springer.
- [23] Costanzo, G., Di Conza, A., Bagnoli, S., & Chiodo, A. (2022). The role of eating disorder features, psychopathology, and defense mechanisms in the comprehension of orthorexic tendencies. *Eating and Weight Disorders*, 27, 2195–2204. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01417-3>
- [24] Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 560–572. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>
- [25] Chabrol, H., Rousseau, A., Rodgers, R., Callahan, S., Pirlot, G., & Sztulman, H. (2005). A study of the face validity of the 40-item version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(11), 756–758. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000185869.07322.ed>
- [26] Cooper, M. J., & Hunt, J. (1998). Core beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 36(9), 895–898. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00068-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00068-0)

- [27] Damiano, S., Reece, J., Reid, S., Atkins, L., Patton, G. (2015). Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Journal Eating Behavior*, 16, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.016>
- [28] Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmierny, 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>
- [29] Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- [30] Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-366. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- [31] Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:2](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:2)
- [32] Hilbert, A., et al. (2021). Examining emotion regulation in binge-eating disorder. *Appetite* (Exact journal title on PubMed). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34629115/>
- [33] Hughes, E. K., & Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image*, 8, 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.02.004>
- [34] Walenda, A., Kostecka, B., Santangelo, P. S., & Kucharska, K. (2021). Examining emotion regulation in binge-eating disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00166-6>
- [35] Zhou, R., Zhang, L., Liu, Z., & Cao, B. (2025). Emotion regulation difficulties and disordered eating in adolescents and young adults: a meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 13, 25. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01197-y>
- [36] Leung, N., & Price, E. (2007). Core beliefs in dieters and eating disordered women. *Eating Behaviors*, 8(1), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.01.001>
- [37] Norring, C. (1990). The Eating Disorder Inventory: Its relation to diagnostic dimensions and follow-up status. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 685-694. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199011\)9:6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199011)9:6)

بررسی رابطه بین مکانیزم‌های دفاعی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری‌های تنظیم هیجان با رفتارهای بیمارگونه خوردن در دانش‌آموزان دختر

- [38] Rose, K. S., Cooper, M. J., & Turner, H. (2006). The eating disorder belief questionnaire: Psychometric properties in an adolescent sample. *Eating Behaviors*, 7(3), 410–418. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.05.007>
- [39] Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181–198. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181>
- [40] Unoka, Z., Tölgyes, T., Czobor, P., & Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 425–431. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e07d3d>
- [41] Unoka, Z., Tölgyes, T., & Czobor, P. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: A differential association. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 199–204. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.09.002>
- [42] Williamson, D. A., Martin, C. K., & Stewart, T. M. (2004). Psychological aspects of eating disorders. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 18(6), 1073–1088. [https://doi.org/10.1016/S1521-6918\(04\)00084-8](https://doi.org/10.1016/S1521-6918(04)00084-8)
- [43] Wentz, E., Gillberg, C., Gillberg, I. C., & Rastam, M. (2001). Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Psychiatric disorders and overall functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 613–622. <https://doi.org/10.1017/S0021963001007284>