

The Correlation between Obsessive Compulsive Features and Dimensions of Pathological Eating Attitudes in Non-clinical Samples

Ali Mohammadzadeh^{1*}, Majid Vahedi¹

¹Department Psychology & Educational Sciences,
Payame Noor University,
Tehran, Iran.

*Corresponding Author:
Ali Mohammadzadeh,
Department Psychology & Educational Sciences,
Payame Noor University,
Tehran, Iran.

Email:
a_mohammadzadeh@pnu.ac.ir

Received: 7 Dec, 2015

Accepted: 18 Feb, 2016

Abstract

Background and Objectives: Obsessive compulsive symptoms are prevalent in individuals with eating disorders at clinical level. The purpose of this study was to investigate the correlation between obsessive compulsive features and pathological eating attitudes.

Methods: This research is a correlational study. A sample of 790 university students were selected using stratified random sampling method and investigated by Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R), and Eating Attitudes Test (EAT-26) questionnaires. Data were analyzed using multivariate regression analysis.

Results: There were a correlation between obsessive-compulsive features and pathological eating attitudes ($p < 0.001$, $r = 0.38$). The results showed that obsessive-compulsive features can predict 15% of pathological eating attitudes ($p < 0.001$, $r^2 = 0.15$).

Conclusion: The identified correlation is possibly related to common components between obsessive compulsive and eating disorders.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder; Anorexia nervosa; Bulimia nervosa.

همبستگی ویژگی‌های وسواسی جبری با ابعاد نگرش‌های خوردن مرضی در نمونه غیربالینی

علی محمدزاده^{۱*}، مجید واحدی^۱

^۱بخش روانشناسی و علوم تربیتی،
دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در سطح بالینی، علائم وسواسی جبری در مبتلایان به اختلالات خوردن شایع است. این پژوهش با هدف بررسی همبستگی ویژگی‌های وسواسی جبری با نگرش‌های خوردن مرضی انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع همبستگی است و در آن حجم نمونه‌ای به تعداد ۷۹۰ نفر از دانشجویان، به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، انتخاب و با پرسشنامه‌های بازنگری‌شده وسواسی جبری و نگرش‌های اختلال خوردن مورد آزمون قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل رگرسیون چند متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه، بین ویژگی‌های وسواسی - جبری و نگرش‌های خوردن مرضی، همبستگی وجود داشت ($r=0/38$) ($p<0/001$)، همچنین نتایج نشان داد ویژگی‌های وسواسی - جبری می‌تواند به ترتیب ۱۵٪ تغییرات نگرش‌های خوردن مرضی را پیش‌بینی کند ($r^2=0/15$) ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: همبستگی شناسایی‌شده، احتمالاً به مؤلفه‌های مشترک بین اختلالات وسواسی جبری و خوردن مربوط می‌باشد.

کلید واژه‌ها: اختلال وسواسی - جبری؛ بی‌اشتهایی روانی؛ پراشتهایی روانی.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

علی محمدزاده، بخش روانشناسی و
علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران،
ایران؛

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Mohammadzadeh A, Vahedi M, The correlation between obsessive compulsive features and dimensions of pathological eating attitudes in non-clinical samples. Qom Univ Med Sci J 2016;10(10):41-49. [Full Text in Persian]

آدرس پست الکترونیکی:

a_mohammadzadeh@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۴/۹/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۳۰

مقدمه

در سطح بالینی، اختلال وسواسی جبری همراه با فکر وسواسی (افکار، تکانه‌ها و یا تصاویر ذهنی تکراری) و اجبار وسواسی (رفتارهای آشکار و اعمال ذهنی در پاسخ به فکر وسواسی که با خنثی‌سازی یا پیشگیری از ناراحتی یا وقوع یک اتفاق ترسناک طراحی می‌شوند)، می‌باشد. سیر اختلال معمولاً مزمن است. گزارش‌ها نشان می‌دهد ۴۰-۲۰٪ بیماران همچنان مبتلا مانده و حتی روزه‌روز بر شدت علائم آنها افزوده می‌شود (۱). این اختلال می‌تواند با اختلالات دیگر، همایندی داشته باشد. یکی از این اختلالات، اختلال خوردن است که دو نوع متمایز بی‌اشتهایی روانی (Anorexia nervosa) و پراشتهایی روانی (Bulimia nervosa) را در برمی‌گیرد و با وجود خصوصیات بالینی متفاوت، ویژگی مشترک بین آنها اشتغال ذهنی با غذا، ترس شدید از افزایش وزن و اختلال در تصویر بدنی است (۱). از زمان ابتدایی‌ترین توصیفات درباره اختلالات خوردن، حضور علائم وسواسی جبری در آنها بیان شده است (۲).

احتمال وجود رابطه نزدیک میان بی‌اشتهایی روانی و اختلال وسواسی جبری، اولین بار توسط Polmer و Jonz (۳) ارائه گردید. مطالعات توصیفی اولیه نشان می‌دهند ۵۰-۱۰۰٪ بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی، علائم وسواسی جبری را نشان می‌دهند، اگرچه در زمان انجام این تحقیقات، تفاوت میان مشخصه‌های وسواسی جبری و اختلالات خوردن به اثبات نرسید، ولی اکثریت تحقیقات اخیر دریافته‌اند هنوز یک سطح پایین‌تر، اما قابل‌ملاحظه از ویژگی‌های وسواسی جبری در میان بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی وجود دارد (۴).

برای مثال Kaye و همکاران (۵)، مقیاس وسواسی جبری ییل-براون (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS) را در مورد ۱۹ بیمار مبتلا به بی‌اشتهایی روانی اجرا کردند و نتایج نشان داد نمره میانگین Y-BOCS برابر ۲۲ می‌باشد. این نمره مشابه نمره‌ای است که در مورد بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری گزارش شده است (۶). Lawson, Waller و Lockwood (۷) گزارش کردند تقریباً ۶۹-۲۵٪ بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی، مشخصه‌های وسواسی جبری را نیز بروز می‌دهند.

تحقیقات دیگر نیز با مقایسه میزان اختلال وسواسی جبری در بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی دریافتند معمولاً همبودی بالایی در بی‌اشتهایی روانی وجود دارد (۸). همچنین، مطالعاتی وجود دارند که به بررسی مشکلات تغذیه‌ای در مبتلایان به اختلال وسواسی جبری پرداخته و درصد بالایی از رفتارهای مختل‌کننده خوردن و نگرش‌های مرضی نسبت به خوردن را گزارش کرده‌اند (۹، ۱۰). نتایج این مطالعات نشان می‌دهد میزان اختلالات خوردن در میان مبتلایان اختلال وسواسی جبری، بالا می‌باشد. بنابراین، دو اختلال، بیشترین میزان همایندی را با یکدیگر دارند (۴، ۱۱). تحقیقاتی نیز در مورد رابطه اختلالات خوردن و وسواسی جبری در نمونه‌های بالینی انجام شده است؛ Wall, Ebesutani, Kim و Olatunji (۱۲) نشان دادند بین ویژگی‌های اختلال خوردن و وسواسی جبری، ارتباط وجود دارد و افسردگی نیز به‌عنوان متغیر میانجی در رابطه بین دو اختلال، نقش ایفا می‌کند. Altman و Shankman (۱۳) گزارش کردند بین دو اختلال رابطه وجود دارد و اینکه دو اختلال احتمالاً بخش‌هایی از یک پیوستار مشترک را تشکیل می‌دهند.

مسئله‌ای که پژوهش حاضر براساس آن شکل گرفت فقدان داده‌های کافی در مورد ویژگی‌های وسواسی جبری و نگرش‌های خوردن مرضی در نمونه‌های غیربالینی بود. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی همبستگی ویژگی‌های وسواسی جبری با ابعاد نگرش‌های خوردن مرضی انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری را تمامی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های شهید مدنی آذربایجان، آزاد اسلامی و پیام نور تبریز و سراب در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰ تشکیل می‌داد. از بین آنها براساس جدول نمونه‌گیری مورگان و باتوجه به حجم جامعه پژوهشی که حدود ۴۰۰۰ نفر بود، نمونه‌ای به حجم ۸۲۸ نفر، با در نظر گرفتن توزیع جمعیتی به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، انتخاب و با ابزارهای پژوهش مورد آزمون قرار گرفت. ۳۸ پرسشنامه به دلایلی مانند نقص در تکمیل و یا عدم اعتبار کنار گذاشته شد و حجم نمونه نهایی، به ۷۹۰ رسید.

در فرهنگ اصلی همسانی درونی، کل مقیاس ۰/۹۳ و زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۹۰-۰/۶۵ می‌باشد (۱۴). این شاخص در ایران برای کل مقیاس، ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس‌ها، ۰/۷۲-۰/۵۰ گزارش شده است (۱۵). براساس نتایج گزارش شده، روایی عاملی این پرسشنامه هم در فرهنگ اصلی و هم در ایران، مطلوب بوده است (۱۴، ۱۵).

۲- پرسشنامه نگرش‌های اختلال خوردن (Eating Attitude Test, EAT-26): این پرسشنامه توسط Garner و Garfinkel (۱۶) ساخته شده و در سطح وسیعی به‌عنوان یک ابزار خودسنجی برای بازخوردها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به‌کار می‌رود. دو نسخه ۴۰ (EAT-40) و ۲۶ ماده‌ای (EAT-26) دارد و همبستگی این دو، ۰/۹۸ گزارش شده است.

در پژوهش حاضر، از نسخه ۲۶ ماده‌ای استفاده شد. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس شامل: رژیم لاغری، پرخوری، اشتغال ذهنی با غذا و مهار دهانی می‌باشد. این پرسشنامه به‌صورت لیکرت نمره‌گذاری شده و ضریب پایایی به روش همسانی درونی این ابزار، ۰/۹۴ و به روش بازآزمایی، ۰/۸۴ گزارش شده است. روایی آن از نوع روایی همزمان، با به‌کارگیری مقیاس‌های معتبر اختلالات خوردن بین ۰/۷۰-۰/۶۴ به دست آمده است (۱۷). در ایران ضریب پایایی به روش همسانی درونی، ۰/۸۶ و از نظر روایی عاملی، مطلوب می‌باشد (۱۸).

یافته‌ها

آزمودنی‌ها به تفکیک جنسیت، متشکل از ۴۵۵ زن با میانگین سنی $24/3 \pm 5/5$ سال و ۳۳۵ مرد با میانگین سنی $24/4 \pm 4/5$ سال بودند. میانگین سنی کل نمونه نیز به ترتیب $24/2 \pm 5/1$ به دست آمد. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۸-۵۲ سال بود و همه از مقطع کارشناسی انتخاب شدند. ضرایب همبستگی محاسبه‌شده، حاکی از همبستگی ویژگی‌های وسواسی جبری با نگرش‌های خوردن مرضی و زیرمقیاس‌های رژیم لاغری، پرخوری، اشتغال ذهنی و مهار دهانی بود. لازم به ذکر است که همبستگی‌ها، ضرایب پایینی (زیر ۰/۵) داشتند (جدول شماره ۱).

نمونه‌ها از دانشگاه‌های مختلف براساس تعداد عبارت: از دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، ۲۲۵ نفر (۱۲۲ زن و ۱۰۳ مرد)؛ دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، ۱۶۳ نفر (۱۰۰ زن و ۶۳ مرد)؛ دانشگاه پیام نور تبریز، ۲۷۳ نفر (۱۵۸ زن و ۱۱۵ مرد) و دانشگاه پیام نور سراب، ۱۲۹ نفر (۷۵ زن و ۵۴ مرد) انتخاب شدند. پس از انتخاب کلاس‌ها، نخست محقق و همکاران خود را به دانشجویان، معرفی و سپس هدف تحقیق را بیان کردند. در ادامه، سؤالات پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت و در تکمیل همزمان پرسشنامه‌ها، ترتیبی داده شد که نیمی از آزمودنی‌ها ابتدا پرسشنامه نگرش‌های اختلال خوردن و نیمی دیگر پرسشنامه بازنگری‌شده وسواسی جبری را تکمیل کنند تا بدین وسیله اثرات ناشی از ترتیب تکمیل کنترل گردد. به‌منظور رعایت اخلاق پژوهشی و حقوق آزمودنی‌ها، ضمن اعلام داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، هم به‌صورت شفاهی (قبل از اجرا) و هم به‌صورت کتبی (بالای پرسشنامه) اطمینان داده شد که اطلاعات درخواستی در پرسشنامه‌ها، صرفاً به‌منظور اهداف پژوهشی بوده و بجز تعیین جنسیت، نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی و دیگر مشخصات فردی نیست.

شرکت داوطلبانه و دانشجو بودن، از ملاک‌های ورود به مطالعه بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: سابقه بستری در مراکز روانپزشکی و مراجعه به متخصص به‌علت مشکلات روانی بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل رگرسیون چند متغیره، همزمان تحلیل شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه بازنگری‌شده وسواسی جبری (Obsessive Compulsive Inventory-Revised, OCI-R): این پرسشنامه خودسنجی توسط Foa و همکاران (۱۴) ساخته شده و دارای ۱۸ ماده است که علام اختلال وسواسی جبری را می‌سنجند. این ابزار دارای ۶ زیرمقیاس است که هریک به‌طور مساوی دارای ۳ ماده شامل: شست‌وشو، وسواس فکری، انباشت، نظم، واریسی و خنثی‌سازی می‌باشد. در این پرسشنامه از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود با انتخاب یکی از گزینه‌ها، موافقت خود را با میزان ناراحتی که هریک از عبارت‌ها در یک‌ماه گذشته برای آنها ایجاد کرده در یک مقیاس ۵ درجه‌ای اعلام کنند.

جدول شماره ۱: میانگین نمرات کسب‌شده و همبستگی‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	همبستگی با ویژگی وسواسی جبری	سطح معنی‌داری
ویژگی وسواسی جبری	۲۷/۱ $\pm$ ۱۱/۶	-	-
نگرش خوردن مرضی	۱۱/۳ $\pm$ ۸/۵	۰/۳۸	۰/۰۰۱
رژیم لاغری	۴/۷ $\pm$ ۵/۵	۰/۳۱	۰/۰۰۱
پرخوری و اشتغال ذهنی	۲/۶ $\pm$ ۲/۷	۰/۳۳	۰/۰۰۱
مهار دهانی	۳/۹ $\pm$ ۳/۴	۰/۲۱	۰/۰۰۱

ویژگی‌های وسواسی جبری، از توان لازم جهت ورود به معادله برای پیش‌بینی نگرش‌های خوردن مرضی، زیرمقیاس‌های رژیم لاغری، پرخوری، اشتغال ذهنی و مهار دهانی برخوردار بوده‌اند. نتایج تحلیل، حاکی از آن است که ویژگی‌های وسواسی جبری می‌تواند به ترتیب ۱۵، ۱۰، ۱۱ و ۵٪ تغییرات نگرش‌های خوردن مرضی و زیرمقیاس‌های رژیم لاغری، پرخوری، اشتغال ذهنی و مهار دهانی را پیش‌بینی کند (جدول شماره ۲).

در تحلیل رگرسیونی، ویژگی‌های وسواسی جبری، ۴ بار به‌عنوان متغیر پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شد و در این مراحل نیز نگرش‌های خوردن مرضی و زیرمقیاس‌های رژیم لاغری، پرخوری، اشتغال ذهنی و مهار دهانی به ترتیب به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله شدند. با توجه به ضرایب β حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان، می‌توان نتیجه گرفت در هر دو گروه بین متغیر پیش‌بین و ملاک، همبستگی معنی‌داری وجود داشته و

جدول شماره ۲: تحلیل رگرسیون نگرش‌های خوردن مرضی بر ویژگی‌های وسواسی جبری

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	r	R ²	F	Sig.	B	β	t	Sig.
ویژگی وسواسی جبری	نگرش خوردن مرضی	۰/۳۸	۰/۱۵	۱۳۳/۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۳۸	۱۱/۵	۰/۰۰۱
ویژگی وسواسی جبری	رژیم لاغری	۰/۳۱	۰/۱۰	۸۲/۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵	۰/۱۵	۹/۱	۰/۰۰۱
ویژگی وسواسی جبری	پرخوری و اشتغال ذهنی	۰/۳۳	۰/۱۱	۹۳/۶	۰/۰۰۱	۰/۰۷	۰/۱۱	۹/۶	۰/۰۰۱
ویژگی وسواسی جبری	مهار دهانی	۰/۲۱	۰/۰۵	۳۷/۷	۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۲۱	۶/۱	۰/۰۰۱

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت نقش جنسیت در رابطه با ویژگی‌های وسواسی جبری با نگرش‌های خوردن مرضی در نمونه غیربالینی، قابل اغماض است (جدول شماره ۳ و ۴).

جنسیت از توان لازم جهت ورود به معادله رگرسیونی چندگانه همزمان برای پیش‌بینی نگرش‌های خوردن مرضی، برخوردار نبود و تنها ویژگی‌های وسواسی جبری در پیش‌بینی نگرش‌های خوردن مرضی نقش داشت.

جدول شماره ۳: تحلیل رگرسیون نگرش‌های خوردن مرضی بر ویژگی‌های وسواسی جبری و جنسیت

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	r	R ²	F	Sig.	B	β	t	Sig.
ویژگی وسواسی جبری	نگرش خوردن مرضی	۰/۳۸	۰/۱۴	۱۳۳/۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۳۸	۱۱/۵	۰/۰۰۱

جدول شماره ۴: اندیکاسیون متغیر جنسیت در تحلیل رگرسیون همزمان

متغیر خارج‌شده از معادله	R Partial	B	β	t	Sig.
جنسیت	۰/۰۵	۰/۲۴	۰/۰۴	۱/۴	۰/۱۶

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی همبستگی ویژگی‌های وسواسی جبری با ابعاد نگرش‌های خوردن مرضی انجام گرفت و نتایج نشان داد ویژگی‌های وسواسی جبری هم با نگرش‌های خوردن مرضی و هم با ابعاد سه‌گانه آن، همبستگی دارد. این یافته با نتایج مطالعات Kim و همکاران (۱۲) و Altman و همکاران (۱۳) که با استفاده از نمونه‌های بالینی انجام شده بود، همخوانی داشت. یافته‌های پژوهش حاضر در کنار نتایج حاصل از مطالعات بالینی دیگر، شواهد بیشتری از ارتباط نزدیک ویژگی‌های وسواسی جبری و نگرش‌های خوردن مرضی را نشان داد. لذا به نظر می‌رسد پیوندی محکم بین دو اختلال هم در سطح بالینی و هم در سطح غیربالینی وجود دارد. Wonderlich و Mitchell (۱۹) معتقدند ارتباط بین اختلالات، به دلایل مختلف ممکن است اتفاق بیفتد. مثلاً اختلالات ممکن است به دلیل بروز همپوشانی بین نشانه‌های دو اختلال که با یکدیگر ارتباط دارند و یا به خاطر عوامل آسیب‌پذیری مشترک، همچنین زمینه زیستی مشترک با یکدیگر باشد. در ارتباط با پژوهش حاضر، همبستگی موجود یا می‌تواند ناشی از وجود مؤلفه‌های مشترک بین دو اختلال و یا صرفاً نوعی هم‌پایندی مرضی (Comorbidity) (اینکه دو اختلال کاملاً مستقل از همدیگر هستند، اما همزمان در یک نفر در کنار هم تشخیص داده می‌شوند) باشد. از آنجایی که پژوهش حاضر در سطح غیربالینی انجام گرفت بحث هم‌پایندی مرضی رد می‌شود و به نظر می‌رسد مؤلفه‌های مشترک بین آنها باعث همبستگی ویژگی‌های وسواسی جبری و نگرش‌های خوردن مرضی می‌گردد. یکی از این مؤلفه‌های مشترک، الگوهای نافذ کامل‌طلبی و انعطاف‌ناپذیری است (۲۰، ۲۱). کمال‌گرایی به منزله مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد تعریف شده که خود با ارزشیابی انتقادی افراطی همراه است (۲۲). از نظر آسیب‌شناختی، کمال‌گرایی در حالت‌های مرضی، ارتباط نزدیکی با اختلالات خوردن، وسواسی جبری و شخصیت وسواسی جبری پیدا می‌کند. تحقیقات نشان داده‌اند کمال‌گرایی در اختلالات خوردن (۲۶-۲۰)، همچنین اختلال وسواسی جبری (۳۱-۲۷) نیز وجود دارد. عامل مشترک دیگر افسردگی است؛ چراکه برخی تحقیقات نشان می‌دهد افسردگی در هر دو اختلال قابل مشاهده است (۱۲).

در سطح بالینی، ماهیت رابطه میان اختلال وسواسی جبری و اختلالات خوردن (به‌ویژه بی‌اشتهایی روانی) موجب بحث‌های قابل‌توجهی در سالهای اخیر شده است. بررسی مطالعات انجام‌شده، دلیل محکمی برای ایجاد یک رابطه آشکار میان بی‌اشتهایی روانی و اختلال وسواسی جبری را ارائه می‌دهد (۴). مطالعات همبودی و شیوع طول عمر نشان داده‌اند تعداد قابل‌توجهی از مبتلایان به بی‌اشتهایی روانی، ویژگی‌های وسواسی جبری را نیز دارا هستند (۴) و حتی نسبت بالایی از افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی، معیارهای موجود برای اختلال وسواسی جبری را در طول عمرشان تجربه کرده‌اند (۷). همچنین به خاطر رابطه نزدیک بین آنها در تعیین معیارهای تشخیص اختلال وسواسی جبری DSM-IV-TR نیز اشاره می‌کند اگر یک اختلال محور I (مثلاً اختلال خوردن) اتفاق بیفتد، محتوای وسواس نباید به علائم مختص آن اختلال مربوط شود و عنوان می‌دارد رفتارهای وسواسی جبری مانند که بروز می‌کنند نیز نباید مستقیماً به غذا یا وزن مربوط شوند چون ممکن است در بررسی‌های دقیق بیشتر به اختلال خوردن مربوط باشند (۱). شایان ذکر است تفاوت‌های مهمی میان اختلالات خوردن و اختلال وسواسی جبری علی‌رغم شباهت‌های موجود در آنها وجود دارد؛ این تفاوت‌ها شامل شکست مبتلایان به اختلالات خوردن در پاسخگویی به درمان‌های رفتاری خالص است. این درحالی است که اغلب پاسخ‌ها در درمان اختلال وسواسی جبری به چنین برنامه‌هایی موفق بوده است. بخشی از این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از ماهیت خود همخوان (Ego-syntonic) اختلالات خوردن در مقایسه با علائم اختلال وسواسی جبری باشد که معمولاً به‌طور شدیدی خود ناهمخوان (Ego-dysntonic) هستند (۴). تفاوت برجسته دیگری در تعادل جنسیت هر دو اختلال یافت می‌شود. اختلالات خوردن مثلاً بی‌اشتهایی روانی، به‌طور مداوم حدوداً ۱۰ برابر در زنان شایع‌تر از مردان است (۱)، درحالی‌که اختلال وسواسی جبری به‌نظر می‌رسد فقط کمی بیشتر در زنان رایج باشد (۳۲، ۳۳). همچنین شواهدی موجود است که رابطه میان اختلال شخصیت وسواسی جبری و بی‌اشتهایی روانی را نشان می‌دهند، ویژگی‌های شخصیتی وسواسی جبری در افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی رایج بوده و در بعضی موارد، سطح ویژگی‌ها یک تشخیص دوگانه را

در مبتلایان اختلال شخصیت وسواسی جبری تضمین می‌کند. یک مطالعه خانواده در سالهای اخیر نشان داد ویژگی‌های شخصیتی وسواسی جبری ممکن است با عوامل مشترک در توسعه هر دو اختلال بی‌اشتهایی روانی و اختلال شخصیت وسواسی جبری مشترک باشد (۴). اما در مجموع، به نظر می‌رسد بین اختلال وسواسی جبری و اختلالات خوردن هم در سطح بالینی و هم در سطح غیربالینی، همبستگی آشکار ثابت شده است.

نقش مهم تحقیق حاضر، فراهم نمودن تأییدات پژوهشی در ارتباط با رابطه اختلال وسواسی جبری و اختلالات خوردن در نمونه‌های غیربالینی است. لازم به ذکر است همبستگی ویژگی‌های وسواسی جبری با ابعاد نگرش‌های مرضی خوردن در پژوهش حاضر زیر ۰/۵ محاسبه شد که این خود نشان می‌دهد دو اختلال باوجود همبستگی با یکدیگر، پدیدارهای تشخیصی متمایزی هستند، لذا این مورد در تفسیر نتایج باید مدنظر قرار گیرد.

در پژوهش حاضر، امکان دسترسی به گروه سنی نوجوان در حجم نمونه مورد نظر میسر نبود، از آنجایی که اختلالات خوردن و به تبع آن نگرش‌های مرضی خوردن در سنین نوجوانی شایع‌تر است، لذا توصیه می‌گردد همبستگی ویژگی‌های وسواسی جبری با ابعاد نگرش‌های مرضی خوردن در این گروه سنی نیز انجام گیرد تا وضوح بیشتری به یافته‌های این پژوهش ببخشد.

نتیجه‌گیری

همسو با مطالعات شیوع‌شناختی که گزارش کرده‌اند مبتلایان به اختلالات وسواسی جبری و خوردن، مقادیر قابل ملاحظه‌ای از همبندی مرضی را نشان می‌دهند، یافته‌های مطالعه حاضر نیز ارتباط بین ویژگی‌های وسواسی جبری و نگرش‌های خوردن مرضی را در نمونه‌های غیربالینی تأیید کرد. بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری نسبتاً محکمی درخصوص رابطه اختلالات مذکور در سطوح بالینی و غیربالینی انجام داد.

References:

1. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: APA Pub; 2000.
2. Kaye WH. Persistent perfectionism, symmetry, and exactness in anorexia nervosa after long-term recovery. Am J Psychiatry 1995;152(11):1630-4.
3. Palmer HD, Jones MS. Anorexia nervosa as a manifestation of compulsive neurosis. Arch Neurol Psychiatry 1939;41:856-60.
4. Serpell L, Livingstone A, Neiderman M, Lask B. Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither? Clin Psychol Rev 2002;22(5):647-69.
5. Kaye WH, Weltzin TE, Hsu LG, Bulik C, McConaha C, Sobkiewicz T. Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. Int J Eat Disord 1992;12(1):57-62.
6. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS): II. Validity. Arch Gen Psychiatry 1989;46(11):1012-6.
7. Lawson R, Waller G, Lockwood R. Cognitive content and process in eating-disordered patients with obsessive-compulsive features. Eat Behav 2007;8(3):305-10.
8. Braun D, Sunday S, Halmi K. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. Psychol Med 1994;24(4):859-67.
9. Joffe RT, Swinson RP. Eating attitude test scores of patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1987;144(11):1510-1.

10. Pigott TA, Altemus M, Rubenstein CS, Hill JL, Bihari K, L'Heureux F, et al. Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1991;148(11):1552-7.
11. Davis C, Kaptein S. Anorexia nervosa with excessive exercise: A phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2006;142(2-3):209-17.
12. Kim EH, Ebesutani C, Olatunji BO, Wall D. Depression mediates the relationship between obsessive-compulsive symptoms and eating disorder symptoms in an inpatient sample. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2012;1(1):62-68.
13. Altman SE, Shankman SA. What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clin Psychol Rev* 2009;29(7):638-46.
14. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychol Assess* 2002;14(4):485-96.
15. Mohammadi A, Zamani R, Fata L. Validation of Persian version of the obsessive-compulsive inventory- revised in a student sample. *Psychol Res* 2008;11(1-2):66-78. [Full Text in Persian]
16. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9(2):273-9.
17. Garner DM, Olmstead MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12(4):871-8.
18. Babayi S, Khodapanahi MK, Saleh Sedghpour B. The study of validity and reliability of eating attitude test. *J Behav Sci* 2007;1(1):61-68. [Full Text in Persian]
19. Wonderlich S, Mitchell J. Eating disorders and comorbidity: Empirical conceptual and clinical implications. *Psychopharmacol Bull* 1997;33(3):381-90.
20. Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, et al. Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clin Psychol Rev* 2007;27(3):384-405.
21. Sassaroli S, Lauro LJR, Ruggiero GM, Mauri MC, Vinai P, Frost R. Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behav Res Ther* 2008;46(6):757-65.
22. Frost RO, Lahart CM, Rosenblate R. The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. *Cogn Ther and Res* 1991;15(6):469-89.
23. Antony MM, Purdon CL, Huta V, Swinson RP. Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behav Res Ther* 1998;36(12):1143-54.
24. Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive compulsive disorder patients. *Behav Res Ther* 1997;35(4):291-6.
25. Shafran R, Mansell W. Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clin Psychol Rev* 2001;21(6):879-906.
26. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are "obsessive" beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behav Res Ther* 2006;44(4):469-80.
27. Wu KD, Cortesi GT. Relations between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms: Examination of specificity among the dimensions. *J Anxiety Disord* 2009;23(3):393-400.
28. Buhlmann U, Etcoff NL, Wilhelm S. Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2008;22(3):540-7.
29. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord* 2008;22(3):475-84.

30. Rice KG, Pence SL. Perfectionism and Obsessive-Compulsive symptoms. *J Psychopathol Behav Assess* 2006;28(2):103-11.
31. Taylor S, McKay D, Abramowitz JS. Hierarchical structure of dysfunctional beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Ther* 2005;34(4):216-28.
32. Foa E, Kozak M. DSM-IV Field Trial: Obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:90-96.
33. Horwath E, Weissman M. The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23(3):493-507.