

تعیین سهم متغیرهای خودپنداره، کنترل تکانه و بدشکلی هراسی بر اختلالات خوردن

مهسا فولادوند^۱، مریم فولادوند^۲

و لیلا فلاحی^۳

اختلالات خوردن نوعی اختلال رفتاری تغذیه ای است که با محدودیت های ارادی در خوردن غذا بروز می کند و اساساً منشأ روانی و اجتماعی دارد. هدف پژوهش حاضر، تعیین سهم متغیرهای خودپنداره، کنترل تکانه و بدشکلی هراسی بر اختلالات خوردن بود. بدین منظور طی یک پژوهش توصیفی، ۳۰۰ نفر شامل ۱۰۰ نفر مبتلا به اختلالات خوردن، ۱۰۰ نفر مبتلا به افسردگی بالا (که علایم اختلالات خوردن را نشان ندادند) و ۱۰۰ نفر افراد بهنجار به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و از نظر نگرش های خوردن، خودپنداره، بدشکلی هراسی، هوش هیجانی، افسردگی، اضطراب و استرس مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه ی گام به گام نشان داد که هر سه متغیر خودپنداره، کنترل تکانه و بدشکلی هراسی در اختلالات خوردن سهم دارند. نتایج نشان داد که گروه بهنجار نسبت به دو گروه دیگر در کنترل رفتار خود بهتر عمل کرده و برداشت درستی از آنچه که هستند، دارند. همچنین، نتایج نشان داد که بین میانگین دو گروه در افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معنی داری وجود دارد و میانگین گروه مبتلا به اختلالات خوردن بالاتر است. یافته های مذکور در چارچوب پدیدارشناسی عوامل روان شناختی در مشکلات مربوط به خوردن قابل بحث است.

واژه های کلیدی: اختلالات خوردن، خودپنداره، اختلال کنترل تکانه، اختلال بدشکلی هراسی

مقدمه

اختلالات خوردن از پدیده های روان شناختی است که در سال های اخیر شیوع فراوانی داشته است. مطالعات انجام گرفته در دانشگاه مک گیل و نترال (کانادا) امکان وجود برخی ژن ها را اثبات کرده است که می تواند در شناسایی بیماری، محققان را یاری کند (آوان، زاتالیان و قایم مقامی، ۲۰۰۸). در این شرایط بیماران، دل مشغول مسایل جسمانی شده و برای اینکه احساس آرامش و حمایت کنند، به

۱. دانشگاه ازاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران (نویسنده ی مسؤل) mahsa.fouladvand@yahoo.com

۲. دپارتمان روانشناسی سلامت، دانشگاه ازاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

۳. دپارتمان روانشناسی سلامت، دانشگاه ازاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

غذا روی می آورند و به مرور زمان یاد می گیرند که خوردن می تواند وسیله ای برای حل و فصل حالات هیجانی ناخوشایند و مبهم شود. برخی پژوهشها نشان داده اند که این اختلالات اغلب با برخی اختلالات روانشناختی مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی، عزت نفس پایین و سومصرف مواد مرتبط هستند و عوارض پزشکی آنها می تواند سرانجام به مرگ منجر شود (برنات، ۲۰۰۷). تاست هنگار، گودارت و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی اختلالات خوردن و همزمانی آن با اختلالات اضطرابی و خلقی متوجه شدند که در دختران مبتلا به بی اشتهاهی عصبی، شیوع اضطراب جدایی بیشتر است. واتکینز، سارگنت، میلر و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهشی بر روی زنان گزارش کردند که اختلالات خوردن با آشفتگیهای روانی مانند اضطراب، افسردگی، رفتار و افکار وسواسی، انزوای اجتماعی، افکار خودکشی، حساسیت پذیری بالا و احساس گناه ارتباط دارد.

اختلالات خوردن در تمام جهان، هم در کشورهای توسعه یافته و هم در اقتصادهای در حال پیشرفت چون برزیل و چین، گزارش شده است (چن و جکسون، ۲۰۰۸؛ دسوزا، فریرا و دیویگا، ۲۰۰۸). بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات خوردن، بر عدم استفاده از درمان توسط یک تیم حرفه ای پافشاری می کنند و عدم مراجعه ی این افراد برای استفاده از درمان مناسب، پژوهش در زمینه اپیدمیولوژی این اختلالات را سخت می کند (دال، ۲۰۱۱). تاثیر اساسی که این اختلالات بر سلامت دارند، موجب شده است که توسط سازمان بهداشت جهانی، در زمره ی بیماریهای روانی با اولویت بالا و حایز اهمیت برای کودکان و نوجوانان قرار گیرند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵). نتایج مطالعات نشان داده است که این بیماری در اغلب کشورها شیوع داشته و نمی توان بیماری را محدود به گروه های اجتماعی و اقتصادی خاصی کرد (سگال، ویلیامز و تیادال، ۲۰۰۲). خصایص مشترکی در میان اختلالات خوردن وجود دارد که شامل اشتغال ذهنی با غذا، وزن و شکل بدن است. تفاوت های قابل توجهی نیز وجود دارد، برای مثال پراشتهایی و بی اشتهاهی عصبی هر دو به وسیله ی آرزو برای لاغر شدن توصیف می شود، با این وجود بی اشتهاهی عصبی به وسیله کاهش وزن افراطی، اختلال در تصویر بدن و ترس شدید از افزایش وزن نشان داده می شود در حالی که نشانه های پراشتهایی عصبی وجود خوردن و رفتار جبرانی با وجود وزن در محدوده عادی است (یاگر و پاور، ۲۰۰۷). در یک بررسی طولانی مدت سی ساله مشخص شد که حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد مبتلا به بی اشتهاهی به علت بیماری خواهند مرد و ۲۵ درصد باقیمانده یا به صورت بی اشتهاهی مزمن همراه با ظاهری همواره لاغر و بیمار گون خواهند ماند یا اینکه به سمت پرخوری عصبی پیش خواهند رفت که به همین سبب همواره نوسانهای زیاد دیده می شود (آرنولد، اندرسون و یاگر، ۲۰۰۵). پر خوری عصبی ممکن است

به صورت یک اختلال جداگانه (جوع عصبی) و یا بخشی از بی اشتهاهی عصبی ظاهر شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی، هیجانی ترند و نسبت به استرس واکنش بیشتری نشان می دهند (پترسون، اکارد و پترسون، ۲۰۰۹). مبتلایان به اختلالات خوردن، بعد از اتمام صرف غذا نه تنها احساس راحتی نمی کنند بلکه غذا خوردن را به عنوان یک شکست و یا تحلیل کنترل، ضعف اخلاقی و یا منبع بزرگی از گناه تجربه می کنند (چارون، ۲۰۰۸). با وجود اینکه مشخصه های اصلی این اختلالات در فرهنگ های مختلف تقریباً یکسان است اما، شیوع آن در فرهنگ های مختلف متفاوت است (بیسلیچ و والش، ۲۰۰۵). افراد مبتلا به اختلالات خوردن به خصوص افراد مبتلا به اختلال پراشتهایی عصبی، به شدت کنترل رفتار خود را نسبت به غذا از دست می دهند و توانایی کنترل رفتار خود را نسبت به آن ندارند. در مجموع، تصویر بدن، تصویر ذهنی شکل یافته از بدن فرد به عنوان یک کل است که هم ویژگی جسمی و ارکردی (ادراک بدنی) و هم نگرش نسبت به این ویژگی ها (مفهوم بدنی) را در بر می گیرد. تصویر بدن یک شخص هم از منابع هشیار و هم از منابع ناهشیار ریشه می گیرد و یک مولفه ی اساسی از مفهوم خود است (کرسینی، ۱۹۹۹). در این پژوهش به دنبال بررسی سهم خودپنداره، کنترل تکانه و بدشکلی هراسی بر اختلالات خوردن بودیم.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. نمونه ی آماری شامل افراد مبتلا به اختلالات خوردن و افراد سالم است که به صورت در دسترس از میان بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی واقع در شهر تهران انتخاب شدند. از این جامعه، ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلالات خوردن (بی اشتهاهی و پراشتهایی عصبی) ۱۰۰ نفر از افرادی که ملاک های تشخیصی اختلالات خوردن را برآورده نکردند و همچنین تعداد ۱۰۰ نفر از افرادی که ملاک های تشخیصی اختلالات خوردن را برآورده نکرده و مبتلا به اختلالات خوردن نبوده در حالی که مبتلا به افسردگی و اضطراب شدید بودند، به شیوه ی هدفمند انتخاب و با پرسشنامه ی نگرش خوردن^۱ (EAT-26)، پرسشنامه ی خودپنداره ی راجرز^۲، پرسشنامه ی اختلال بدشکلی بدن^۳، پرسشنامه ی هوش هیجانی بار-آن^۴ و پرسشنامه ی افسردگی، اضطراب و استرس^۵ مورد آزمون قرار گرفتند.

1. The Eating Attitudes Test

2. Rogers Self concept scale

3. The Body Dysmorphic Disorder Questionnaire

4. Bar-On Emotional Quotient Inventory

5. Depression Anxiety Stress Scales

پرسشنامه ی نگرش خوردن (EAT-26) در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار خودسنجی برای بازخوردها، نگرش ها و رفتارهای بیمارگون خوردن به کار می رود که به دو فرم ۴۰ ماده ای یا ۲۶ ماده ای موجود است. در این پژوهش از فرم ۲۶ ماده ای استفاده شده است. بررسی اعتبار محتوایی فرم فارسی (EAT)، حاکی از اعتبار محتوای مطلوب این آزمون است و پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی ۹۱٪ گزارش شده است (صفوی، محمودی و روشندل، ۲۰۰۹).

پرسشنامه ی خودپنداره ی راجرز شامل ۲۵ سوال مربوط به صفات فردی است. این مقیاس به دلیل اینکه تفاوت بین خود واقعی و خود ایده آل را با مقیاس های عینی می سنجد و نیز جهت سنجش سطح خودپنداره تهیه شده است. مقیاس خودپنداره ی راجرز در ایران از پایایی و اعتبار مناسبی برخوردار است (بختیارپور، ۲۰۰۲).

پرسشنامه ی اختلال بدشکلی بدن، وجود یا عدم وجود اختلال بدشکلی بدن را ارزیابی می کند. سوالات این پرسشنامه به دو شکل باز و بسته پاسخ است و شامل چهار مجموعه سوال است که بر اساس ملاک های DSM-TV توسط فیلیس (۱۹۹۶) برای تشخیص اختلال بدشکلی بدن تدوین شده است. در ایران اعتبار و پایایی این پرسشنامه تایید شده است (صفوی و همکاران، ۲۰۰۹).

آزمون هوش هیجانی بار-آن، دارای ۱۱۷ سوال و ۱۵ مقیاس است و پاسخ های آزمون نیز روی یک مقیاس ۵ درجه ای در طیف لیکرت تنظیم شده است. مقیاس های آزمون عبارتند از خودآگاهی، خودابرازی، عزت نفس، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، مسوولیت پذیری اجتماعی، روابط بین فردی، واقع گرایی، انعطاف پذیری، حل مساله، تحمل فشار روانی، کنترل تکانش، خوش بینی و شادمانی (کیانی و مروتی، ۲۰۰۲).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS، توسط لایبوند و لایبوند تنظیم شده است. لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) و انتونی (۱۹۹۸) اعتبار این تست را مورد تایید قرار داده اند. کرافورد و هنری (۲۰۰۳) نیز در نمونه ۱۷۷۱ نفری انگلستان این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه و پایایی این ابزار را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰ و استرس ۰/۹۳ و برای نمرات کل ۰/۹۷ گزارش کرده اند. در مطالعه ی مرادی و خداپناه، آلفای کرونباخ در افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس ۰/۸۲ گزارش شده است (صاحبی، اصغری و سادات سالاری، ۲۰۰۴).

برای تعیین سهم خودپنداره، کنترل تکانه و بدشکلی هراسی در پیش بینی اختلال خوردن از تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام و برای مقایسه ی گروه ها از نظر خودپنداره، کنترل تکانه و

بدشکلی‌هراسی از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد. داده‌ها با هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

مؤلفه‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	M	Sd	r			
			۱	۲	۳	۴
۱ اختلال خوردن	۱۳/۹	۱۱/۴				
۲ خودپنداره	۹/۳	۴	-۰/۳۱**			
۳ کنترل تکانه	۱۷/۷	۵/۵	-۰/۲۹**	۰/۳۴**		
۴ بدشکلی‌هراسی	۲	۲/۱	۰/۴۳**	-۰/۲۳**	-۰/۱۳*	

یافته‌های پژوهشی در این بخش حاکی از این است که بین نمرات اختلال خوردن (متغیر ملاک) با خودپنداره و کنترل تکانه (متغیرهای پیش‌بین) همبستگی منفی معنی‌دار و با بدشکلی‌هراسی (متغیر پیش‌بین) همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد. در سایر روابط هم خودپنداره با کنترل تکانه رابطه‌ی مستقیم معنی‌دار و با بدشکلی‌هراسی رابطه‌ی معکوس معنی‌دار دارد. کنترل تکانه و بدشکلی‌هراسی نیز با یکدیگر همبستگی منفی معنی‌دار دارند. برای تعیین سهم خودپنداره، کنترل تکانه و بدشکلی‌هراسی در پیش‌بینی اختلال خوردن از تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی اختلال خوردن توسط خودپنداره، کنترل تکانه و بدشکلی‌هراسی

گام	پیش‌بین	R	R ²	F	Sig.	B	T	Sig.	
۱	بدشکلی‌هراسی	۰/۴۳	۰/۱۹	۶۷/۷	۰/۰۰۱	۲/۳	۸/۲	۰/۰۰۱	
۲	بدشکلی‌هراسی	۰/۴۹	۰/۲۴	۴۷/۷	۰/۰۰۱	۲/۱	۷/۸	۰/۰۰۱	
	کنترل تکانه					-۰/۵	-۴/۷	۰/۰۰۱	
۳	بدشکلی‌هراسی	۰/۵۲	۰/۲۷	۳۵/۸	۰/۰۰۱	۲	۷/۲	۰/۰۰۱	
	کنترل تکانه						-۰/۴	-۳/۵	۰/۰۰۱
	خودپنداره						-۰/۵	-۳/۰	۰/۰۰۲

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره با استفاده از روش گام به گام نشان داد که از بین ۳ متغیر پیش‌بین (خودپنداره، کنترل تکانه و بدشکلی‌هراسی) هر سه متغیر به ترتیب بدشکلی‌هراسی، کنترل تکانه و خودپنداره وارد معادله ی رگرسیون شدند. بدشکلی‌هراسی به تنهایی ۱۹٪ از واریانس اختلال خوردن را تبیین می‌کند، آزمون آماری F برای معنی‌داری ضریب همبستگی برابر با ۶۷/۷ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. بدشکلی‌هراسی و کنترل تکانه با هم ۲۴٪ از واریانس اختلال خوردن را پیش‌بینی می‌کنند، آزمون آماری F برای معنی‌داری ضریب همبستگی برابر با ۴۷/۷ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. به این ترتیب با کم کردن سهم خالص بدشکلی‌هراسی در تبیین اختلال خوردن مشخص می‌شود که کنترل تکانه ۵ درصد از واریانس اختلال خوردن را تبیین می‌کند. بدشکلی‌هراسی، کنترل تکانه و خودپنداره در مجموع ۲۷٪ از واریانس اختلال خوردن را تبیین می‌کنند، آزمون آماری F برای معنی‌داری ضریب همبستگی برابر با ۳۵/۸ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. به این ترتیب مشخص می‌شود که خودپنداره به تنهایی ۳ درصد از واریانس اختلال خوردن را تبیین می‌کند.

برای مقایسه ی گروه‌ها از نظر خودپنداره، کنترل تکانه و بدشکلی‌هراسی از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد که یافته‌های این تحلیل در جداول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرها به تفکیک گروه

بدون اختلال		افسردگی بالا		با اختلال خوردن		گروه
Sd	M	Sd	M	Sd	M	متغیرها
۴/۶	۱۶/۷	۴/۱	۱۰/۲	۳/۷	۱۱	خودپنداره
۴/۵	۲۰/۱	۴/۷	۱۸	۶	۱۵	کنترل تکانه
۰/۶	۰/۲	۱/۵	۰/۹	۳	۲/۳	بدشکلی‌هراسی

با توجه به اطلاعات جدول ۳ مشخص است که میانگین گروه عادی در خودپنداره و کنترل تکانه بالاتر از دو گروه دیگر و در بدشکلی‌هراسی پایین‌تر از آنهاست. دو گروه مبتلا به اختلال خوردن و افسردگی بالا از نظر خودپنداره اختلاف زیادی با هم ندارند ولی میانگین گروه با افسردگی بالا در کنترل تکانه بالاتر از گروه دیگر و در بدشکلی‌هراسی پایین‌تر است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت کلی متغیرها در دو گروه نشان می‌دهد هر سه شاخص آماره ی ملاک آزمون در مورد تفاوت سه گروه از لحاظ متغیرهای مورد مطالعه در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته به این معنی است

که سه گروه حداقل در یکی از متغیرها از هم متفاوتند. آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در متغیر خودپنداره، میانگین گروه عادی به شکل معنی داری بالاتر از دو گروه دیگر بود ولی بین دو گروه مبتلا به اختلال خوردن و گروه با نمرات بالای افسردگی تفاوت معنی داری وجود نداشت.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت متغیرها در سه گروه

متغیر	SS	df	MS	F	Sig.
خودپنداره	۱۰۲۶/۴	۲	۵۱۳/۲	۴۱/۲	۰/۰۰۱
کنترل تکانه	۱۳۲۲/۹	۲	۶۶۱/۵	۲۴/۹	۰/۰۰۱
بدشکلی هراسی	۲۲۱/۸	۲	۱۱۰/۹	۲۸/۹	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

با توجه به بررسی پژوهش های پیشین در زمینه ی اختلالات خوردن، مشخص شد که عوامل متعددی می تواند در ایجاد این اختلالات سهیم باشند. محقق به این مساله دست یافت که تحقیقات زیادی در زمینه ی تعیین سهم متغیرهایی چون بدشکلی بدن، خودپنداره و کنترل تکانه انجام نشده بود، بر این اساس سعی بر این بود تا سهم این متغیرها روی اختلالات خوردن مورد بررسی قرار گیرد. بر اساس یافته های پژوهش، به نظر می رسد که سه متغیر خودپنداره، کنترل تکانه و بدشکلی هراسی در ایجاد اختلالات خوردن سهم داشته اند با توجه به اینکه، بدشکلی هراسی، کنترل تکانه و خودپنداره در مجموع ۲۷٪ از واریانس اختلالات خوردن را تبیین می کنند که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است؛ به این ترتیب مشخص می شود که این سه متغیر در اختلالات خوردن سهم دارند. این یافته با یافته های مورتن ۱ (۱۶۹۴)، لاسگو (۱۸۷۳) و گول (۱۸۷۴) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت که مفهوم خود در دهه های اخیر، اهمیت بسیار زیادی یافته است و توجه به خود به عنوان یکی از موضوع های مهم و اساسی روان شناسی همچنان رو به افزایش است.

یافته های پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به اختلالات خوردن و افراد دارای افسردگی بالا از خوینداره ی ضعیف و منفی رنج می برند در حالی که افراد بهنجار دارای خودپنداره مثبت و معقولی بودند؛ به عبارت دیگر افراد دارای اختلالات خوردن برداشت درستی از آنچه که هستند، ندارند که این مساله به وضوح در رفتار این افراد در حین اجرای پژوهش نیز نمایان بود. در مواردی مشاهده شد که افراد بر خلاف لاغر بودن به غلط باور داشتند که صحیح و سالم هستند و یا برخی افراد دیگر که یک خودانگاره ی تحریف شده داشتند، فکر می کردند که هرچقدر وزن کم کنند، زیباتر و جذاب تر

به نظر خواهند رسید حتی افرادی که به شدت باور داشتند، دارای اضافه وزن هستند در حالی که از کمبود شدید وزن رنج می بردند. با توجه به موارد ذکر شده می توان به این نتیجه دست یافت که افراد مبتلا به اختلالات خوردن تصویری که از خود دارند را به شدت تحریف می کنند و برداشت نادرستی از آنچه که هستند، دارند.

بر اساس یافته های پژوهش، فرضیه دوم این پژوهش مورد تایید قرار گرفت، به این معنی که افراد مبتلا به اختلالات خوردن تصویر یا برداشت درستی از آنچه که هستند ندارند. این یافته ها با یافته های روز و کوپر (۲۰۰۲) همسویی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت وزن و ظاهر، ارتباط تنگاتنگی با هم دارند تا جایی که اخیراً اختلال تصویر ظاهری بدن در بیماران وزنی افزایش یافته است. بر اساس بررسی های انجام شده توسط محققان پیشین، احتمال دارد مبتلایان به بی اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی از برخی اختلالات روانی رنج ببرند (شارون، ماریسا، ۲۰۱۰). در ابتدای اجرای این مرحله به ندرت مشاهده می شد که افراد مبتلا به اختلالات خوردن، فیزیک خود را غلط ارزیابی کنند ولی، با پیشرفت اجرای این بخش پژوهش و مشاهده و بررسی تعدادی بیشتر از افراد مبتلا به اختلالات خوردن مشاهده شد، افرادی که علایم اختلال خوردن را نمایان می ساختند، در قضاوت ارزیابانه نسبت به فیزیک خود ضعیف عمل می کردند؛ بدین معنی که با وجود اینکه عیبی در ظاهر این افراد مشاهده نمی شد، نگرانی شدیدی نسبت به ظاهر خود داشته و به شدت ارزیابی نادرستی نسبت به ظاهر خود داشتند که این حالت بیشتر در افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی و افراد دارای وزن بالا مشاهده می شد. بدین ترتیب، با توجه به اینکه بدشکلی هراسی به تنهایی ۱۹٪ از واریانس اختلالات خوردن را تبیین می کند و با توجه به اینکه در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است، فرضیه ی چهارم پژوهش مورد تایید قرار می گیرد که این موضوع نشان دهنده ی آن است که افراد مبتلا به اختلالات خوردن در قضاوت ارزیابانه نسبت به فیزیک خود ضعیف عمل می کنند. این یافته به صورت مستقیم با نتایج پژوهش های شارون و همکاران (۲۰۱۰) و به صورت غیر مستقیم با پژوهش های تامسون و چاد (۲۰۰۲) همسو است. مقایسه ی دو گروه (گروه مبتلا به اختلالات خوردن و گروه بهنجار) نشان می دهد که بین میانگین دو گروه در افسردگی تفاوت معنی داری وجود داشت، به این ترتیب که میانگین گروه مبتلا به اختلالات خوردن بالاتر از میانگین گروه بهنجار بود که این موضوع حاکی از مورد تایید قرار گرفتن فرضیه ی پنجم یا به عبارتی آخرین فرضیه پژوهش است. پژوهشی که به صورت مستقیم سهم این متغیر را بر روی اختلالات خوردن بررسی نماید یافت نشد ولی، این یافته به صورت غیر مستقیم با نتایج پژوهش های تامسون و چاد (۲۰۰۲) و شارون و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. نتایج حاصل از این مقایسه نشان

داد که میانگین گروه بهنجار در خودپنداره و کنترل تکانه بالاتر از دو گروه دیگر و در بدشکلی هراسی پایین تر از آن ها بود در صورتی که دو گروه مبتلا به اختلالات خوردن و افسردگی بالا از نظر خود پنداره اختلاف زیادی با هم نداشتند ولی، میانگین گروه با افسردگی بالا در کنترل تکانه بالاتر از گروه دیگر و در بدشکلی هراسی پایین تر بود. بر این اساس، نتایج این پژوهش نشان می دهد که بین گروه ها در هر سه متغیر خودپنداره، بدشکلی هراسی و کنترل تکانه، تفاوت معنی داری وجود دارد.

References

- Bowden, H. F. (2005). Shame and guilt: treatment – seeking correlations of eating disorders in college students. *Proquest Information and learning company*, 129-34.
- Yates, Alayne., Edman, Jeanne. D., Crago, Marjorie., & Crowell, Douglas. (2001). Using and exercise – based instrument to detect signs of an eating Disorder. *Dsychiatry Research*, 105, 231-241
- Sahebi, Ali., Asghari, M. J., & Salari, R. S. (2002). Validation of depression anxiety and stress scale(dass-21)for an Iranian population. Ferdowsi university Mashhad-Iran among female students of Islamic Azad University, Tehran center branch. *Med J Islamic Azad Univ*, 19(2). (Persian)
- Arnold, E., Anderson, M. D., & Yager, G. (2005). Eating disorders (InB.G). Sadock & sadock, S. comprehensive textbook of psychiatry (pp, 2002–202) Philadelphia , Baltimore, New York, London, Buenos Aires , Hon Kong, Sydney & Tokyo : Lippincott William & Wikins.
- Atkinson, Riral. Al., & Atkinson, Richard., & Soozan Noolen, Herksima., & Darbel, J. Ban., & Esmitt, Edwarday. (2000). *The complete text in the Hilgard Psychology*, translated by M. N. Barahani et al (2006), Tehran, Roshd Publication
- Avan, Moona. (2007). Mental Un-appetite of Youth (girl), Thesis for Master Course of Study, French Translation field of study, Professor Advisor: Dr. Gholamreza Zatalian, Professor Counselor: Dr. Anahita Ghaem Maghami, university of science and research of Tehran. (Persian)
- Bakhshayi, N. M. (2002). Study the character dimension with stressing occurrence and social supporting of depression people. Methodology test of depression. Thesis for Doctorate in the field of clinical psychology in the Medical University of Iran and Tehran Psychological Institute. (Persian)
- Bernadette, P. C. (2007). Associations among selfreported disordered eating behavior, nutrient intake, depression, and self- efficacy among college students. Published to the graduate college of the bowling green state university, 8-157, 8.
- Bisage, K., & Walsh, B.T. (2005). History of the classification of eating disorders. Inc. Noring. & B. Palmer. (Eds) EDNOS: eating Disorders Not other wise specified. (pp. 10– 40). London & New York: Routledge.
- Bkhtyarpour, saeid., & Hafezi, fariba. (2002). The relationship between the position of control, perfectionism and self-efficacy in Test anxiety. (Persian)
- Bulik, C. M., Sullivan, P.F., Tozzi, F., Fuberg, H., Lichten stein, P., & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa, *Archives of General Psychiatry*, 63, 305 – 312.
- Chen, H., & Jackson, T. (2008). Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China. *Eur Eat Disord Rev*, 16(5), 375-85.
- Churven, Peter. (2008). Hunger strike. Or medical Disorder? Is Anorexia caught in our flawed Dichotomy Between baby and mind? ANZJFT. Volume 29 Number 4. (pp. 184 – 190).
- Corove, M. B., & Gleaves, D. H. (2005). Body dysphormic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinician psychology Rev*, 974 – 70.
- Dalle, G. R. (2011). Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med*, 22(2), 153-60.
- De Souza Ferreira, J. E., & Da Veiga, G. V. (2008). Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socioeconomic level. *Appetite*, 51(2), 249-55.
- Devlin, M. J., Goldfin, J. A ., & Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *International Journal pf Eating disorder*, 34, 2 – 18.
- Ebrahim, Sani. E. (2010). Effectiveness Psychotherapy (interaction analysis) TA group on the positive variability of self imagination and increasing self-esteem of personnel of prisons of North Khorasan. Thesis for Master Course of Study, Consellor & Advisor. Islamic Azad University, Roodehen Branch. (Persian)

- Fairburn, C.G., stice, E., Copper, Z., Doll, H. A., Norman, P. A., & Oconnor, M. E. (2003). Understanding persistence in bulimia nervosa: a 5 – year naturalistic study. *J.consult clin psychol*, 71, 103 – 9.
- Halchin, Richard. P., & Witborn, Soozan. Cross. (2003). *Psycho-Pathology*, second edit, Translated by Yahya Seyed Mohammad. (Persian)
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pop, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National comorbidity survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348 – 358.
- Kenny, M., & Williams, J. M. (2007). Treatment – resistant depressed patient show response to mindfulness based cognitive therapy. *Behave Res*, 45 (3), 617 – 25.
- Kiani, G. H., & Morovvati, Z. (2012). The effectiveness of teaching emotional intelligence, social competence, performance tasks, theory of mind and help seeking second elementary school students with learning disabilities. (Persian)
- Parvin, Harens. (1989). *Psychology of Character, idea & Research*, translated by M. J. Javadi & P. Kadivar (1998), Tehran, Resa Cultural Publication. (Persian)
- Peterson, C. B., Thuras, P., Ackard, D. M., Mitchell, J. E., Berg, K., Sandager, N., Nonderlich, S. A., Pederson, M.W., & Crow, S. J. (2009). Personality demon sign in bulimia nervosa, and obesity. *Comprehensive psychiatry Elsevier Inc.*
- Pop, Alis., & Mac Hal, K. Edward. (2006). *Increasing respect to children*, translated by Parisa Tagalli, Tehran, Roshd Publication, Third Edit
- Sadook, B. Jimz. (2005), *Pocket letter of Clinical Psychiatry*, translated by Arjmand, Mohsen, Mozaffar, Mehrdad, Tehran, Arjmand Publication
- Safavi, M., Mahmoodi, M., & Roshandel, A. (2009). *Assessment of body image and its relationship with eating disorders*. (Persian)
- Segal, Z.V., Williams, J. M. G., & Teadale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A New approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Sharon, R., Bratrud, Marissa. M., Parmer, James. R., & Whitehead, Rober. C.(2010). *Physical Education & Exercise Science*, University of North Dakota Florida State University
- Thompson, A. M., & Chad, K. E. (2002). The relationship of social physique anxiety to risk for developing an eating disorder in young females. *Journal of Adolescent Health*, 31, 183-189
- Touchette, E., Henegar, A., Godart, N. T., & et al. (2011). Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. *Psychiatry Res*, 185 (1-2), 185-92 10.
- Treasure, Janet., Schmidt, Janet., & Furth, Eric van. (2005). *The Essential Handbook of Eating Disorders* Yager, M.D. Joel & Power, M.D. Pauline S. (2007). *Clinical Manual of Eating Disorders*.
- Watkins, J. A., Sargent, R. G., Miller, P. M., & et al. (2001). A study of the attribution style, selfefficacy, and dietary restraint in female binge and Non-binge eaters. *Eat Weight Disord*, 6 (4), 188-96
- World Health Organization. *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Geneva: WHO Regional Office Europe; 2005.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 36), pp. 57-66, 2015

The Contribution of Self-Concept, Impulse Control and Dismorphia on Eating Disorders

Foladvand, Mahsa

**Islamic Azad University of Tehran Science And Research Branch, Tehran,
Iran**

Foladvand, Maryam

Islamic Azad University of Karaj. Karaj, Iran

Fallahi, Leila

Islamic Azad University of Karaj. Karaj, Iran

Received: Apr 27, 2015

Accepted: Aug 01, 2015

Eating disorder is a nutrition eating disorder which occurs with voluntary restrictions in eating food. Basically, it has mental and social origin. The aim of this study was to determine the share of self-concept, impulse control and dysmorphia variables on eating disorders. For this purpose, in a descriptive study, 300 people, including 100 patients with eating disorders, 100 patients with high depression (which did not show symptoms of eating disorders), and 100 normal subjects were chosen in a purposive sampling. They were then tested in terms of eating attitudes, self-concept, dysmorphia, fear, emotional intelligence, depression, anxiety and stress. Multiple regression analysis indicated that all the three variables self-concept, impulse control and dysmorphia are involved in eating disorders. The results showed that there is a significant difference between the means of both groups in terms of depression, anxiety and stress and the normal group performed better than the two other groups in terms of behavioral control with true inference of what they are. The results indicated that there is a significant difference between the two groups in terms of depression, anxiety and stress and the mean of the group who had eating disorders is higher. The current findings are debatable in the framework of the phenomenology of psychological factors in eating problems.

Keywords: eating disorders, self-concept, impulse control disorder, panic dysmorphic disorder

Electronic mail may be sent to: mahsa.foladvand@yahoo.com