

نقش کمال‌گرایی، عاطفه منفی و سیستم‌های مغزی- رفتاری در پیش‌بینی پرخوری عصبی

دکتر تورج هاشمی نصرت آباد^۱، دکتر مجید محمود علیلو^۲، بهروز خسرویان^{۳*}

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۱/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۳/۲۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: پرخوری عصبی یکی از اختلالات خوردن محسوب می‌شود که در آن شخص پرخوری کرده و سپس پاک‌سازی می‌کند. تحقیقات بر روی نمونه‌های بالینی افراد با پرخوری عصبی، تنوعی از متغیرها را شناسایی کرده‌اند که با رفتار پرخوری عصبی همراه می‌شوند. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی نقش کمال‌گرایی، عاطفه منفی و سیستم‌های مغزی- رفتاری در پیش‌بینی پرخوری عصبی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: برای این منظور ۷۰ نفر از افرادی که به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند، و ۷۰ نفر فرد عادی به روش هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های کمال‌گرایی هویت و قلت، مقیاس بالینی اضطراب و افسردگی هد و مقیاس BAS, BIS کارور و وایت استفاده شد. برای تحلیل نتایج روش‌های آمار توصیفی و روش تحلیل ممیز مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بیماران مبتلا به پرخوری عصبی در مقایسه با افراد عادی سطوح بالایی از کمال‌گرایی، عاطفه منفی و bas را گزارش کردند درحالی‌که بیماران پرخوری عصبی سطوح پایین‌تری از bis را در مقایسه با گروه عادی نشان دادند. همچنین متغیرهای پیش‌بینی کننده ۰/۸۵ از واریانس پرخوری عصبی را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که کمال‌گرایی، عاطفه منفی و سیستم‌های مغزی- رفتاری به طور معنی‌دار وقوع یا عدم وقوع پرخوری عصبی را پیش‌بینی می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: کمال‌گرایی، عاطفه منفی، سیستم‌های مغزی- رفتاری، پرخوری عصبی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره سوم، ص ۳۳۸-۳۳۰، مرداد و شهریور ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تلفن: ۰۹۱۴۹۰۷۶۳۲۹

Email: behroozkhosravian@yahoo.com

مقدمه

صنعتی غرب که غذاهای متنوع به وفور در آن‌ها یافت می‌شود، دیده می‌شود. در ایالات متحده، تداخل‌های فرهنگی متنوع و زیادی وجود دارد که اغلب کارشناسان معتقدند در پیشرفت اختلالات خوردن موثرند. زنان به ویژه، مورد تهاجم فزاینده‌ای از این شعارهای معمول و غیر معمول "هرچه لاغرتر بهتر" قرار دارند. از نظر آماری نیز آن‌ها ۹۰ درصد افرادی را که دارای اختلالات خوردن هستند، تشکیل می‌دهند (۲).

امروزه معنی روان‌شناختی غذا از نیروی تغذیه‌ای آن فراتر رفته است و معمولاً افراد وقت زیادی در انتخاب کردن، آماده ساختن و سرو کردن غذا صرف می‌کنند. انسان‌ها علاوه بر وابستگی جسمانی به غذا، تداعی‌های نیرومندی با غذا دارند. افراد گرسنه احساس می‌کنند تحریک‌پذیر و ناخشنودند در مقابل، یک وعده غذای گوارا می‌تواند باعث شود افراد احساس خرسندی کنند (۱).

اختلالات تغذیه‌ای در تمام دنیا به خصوص در جوامع

^۱ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز^۲ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز^۳ کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

در همین راستا، مطالعات استیاس^۴ حاکی از آن است که کمال‌گرایی در صورتی قادر به پیش‌بینی پرخوری عصبی است که با ناخشنودی بدنی بالا همراه باشد. با این حال پژوهش‌ها حاکی از آنند که کمال‌گرایی خود مدار قادر است پرخوری روانی را پیش‌بینی کند. از این‌رو، ابعاد مختلف کمال‌گرایی، نشانگان مختلفی از اختلالات خوردن را پیش‌بینی می‌کنند (۶).

با توجه به چند بعدی بودن کمال‌گرایی و پرخوری عصبی، لیلنفلد^۵ و همکاران نمره‌های بالا در بسیاری از زیر مقیاس‌های فراست^۶ را که شامل توجه به اشتباهات و استانداردهای شخصی است، در افراد مبتلا به پرخوری عصبی به دست آوردند (۷). اما پرات، تلچ، لایدیزر، ویلسون و آگراز^۷ دریافتند افرادی که دچار پرخوری عصبی‌اند در کمال-گرایی خود مدار نمره‌های بالاتری داشته ولی در کمال‌گرایی جامعه مدار حائز نمرات متوسط‌اند (۸).

همچنین مک‌وی، پپلر، داویز، فلت و آبدولل^۸ نشان دادند که کمال‌گرایی خود مدار با سطوح بالایی از مهار رژیم غذایی و شیفتگی به غذا و توجه به وزن رابطه دارد (۷).

مطالعه کان^۹ نیز نشان داد که کمال‌گرایی خودمدار و جامعه مدار می‌توانند تغییرپذیری در نشانگان پرخوری عصبی را توضیح دهند (۷). در همین راستا، دونکلی، بلانکتین، ماشب و گریلو^{۱۰} بیان کردند که جنبه خودانتقادی کمال‌گرایی بیشتر به اختلالات خوردن و عواطف منفی مربوط می‌شود (۹). دیوی^{۱۱} نیز عنوان کرد که تن‌انگاره نامطلوب اشخاص دچار اختلال‌های خوردن با نمرات بالا در کمال‌گیری خودمدار و دیگرمدار مرتبط است (۱).

از سویی، در مطالعات وسیعی در حوزه اختلالات خوردن، بر نقش وضعیت عاطفی و هیجانی افراد توجه ویژه شده است که در این میان به اثرات عاطفه منفی تاکید زیادی شده است.

مطابق نشانه‌شناسی اختلالات روانی DSM-IV، عاطفه منفی تجلی خارجی محتوی هیجانی نامطلوب و ناخوشایند درونی فرد است که در پیوستاری از افسردگی شدید تا افسرده‌خویی بروز پیدا می‌کند و با تجربه ذهنی ناراحتی شدید یا خفیف همراه هستند و نشانه‌های رفتاری، جسمانی و شناختی متنوعی را در اشکال مختلف بروز می‌دهند (۳).

پرخوری عصبی^۱ یکی از زیر مؤلفه‌های اختلال خوردن محسوب می‌شود که بر اساس نشانه‌شناسی DSM-IV^۲ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا) نشانه‌های زیر را شامل می‌شود:

الف دوره‌های تکرار شونده پرخوری که دارای دو خصوصیت زیر است: ۱- خوردن مقادیری از غذا در زمانی محدود ۲- احساس فقدان کنترل بر خوردن ضمن این دوره ب رفتار جبرانی نامتناسب تکرار شونده برای پیشگیری از افزایش وزن نظیر استفراغ عمدی، سو مصرف ملین، مدر، تنقیه یا سایر داروها، روزه داری یا ورزش مفراط پر خوری و رفتار جبرانی نامتناسب که هر دو به طور متوسط حداقل هفته‌ای دو بار و به مدت سه ماه روی می‌دهد (ت ارزیابی فرد از خویشتن به میزان زیادی تحت تأثیر شکل و وزن بدن است (ث) این اختلال منحصراً در جریان دوره‌های بی‌اشتهایی عصبی روی نمی‌دهد (۳).

شواهد روزافزونی وجود دارد که نشان می‌دهد افراد مبتلا به اختلالات خوردن به نابهنجاری‌هایی در سیستم‌های انتقال دهنده عصبی نوراپی نفرین و سروتونین دچار هستند. به نظر می‌رسد که سروتونین به خصوص در تنظیم احساس‌های گرسنگی یا سیری نقش دارد. ظاهراً کمبود سروتونین با احساس‌های گرسنگی (که به پرخوری می‌انجامد) و مقدار اضافی آن با احساس‌ها سیری (که به بی‌اشتهایی می‌انجامد) ارتباط دارد (۱).

اگر چه موارد تشخیص پرخوری عصبی بسیار نادر است، اما شیوع رفتار پرخوری بر اساس DSM بالاتر است. تحقیقات با نمونه‌های بالینی افراد مبتلا به پرخوری عصبی و دانشجویان با رفتار پرخوری نه چندان شدید، تنوعی از متغیرها را شناسایی کرده‌اند که با رفتار پرخوری همراه می‌شوند. این متغیرها، فشارهای اجتماعی، خانوادگی، همسالان و رسانه‌ها و متغیرهای شخصی مثل عزت نفس، کمال‌گرایی، ناخشنودی بدنی، افسردگی و سیستم‌های مغزی- رفتاری را شامل می‌شود (۴).

یکی از ویژگی‌های فردی که در شروع و تداوم اختلال خوردن نقش بسزایی دارد کمال‌گرایی^۳ است. کمال‌گرایی به عنوان یک خصیصه شخصی نشانگر تنظیم استانداردهای عالی و بالا در رویدادهای زندگی است. با این حال، این خصیصه گاه به شکل ترسیم استانداردهای عالی غیر ضروری پدیدار می‌شود و وجه آسیب‌شناختی به خود می‌گیرد. از این‌رو، نظریه- پردازان بیان می‌دارند که کمال‌گرایی یک سازه چند بعدی بوده و بین وجه نرمال و ناسازگار آن تمایز وجود دارد (۵).

⁴Stice

⁵Lilenfeld

⁶Frost 3

⁷Pratt, telch, labouvie&Wilson, Agras

⁸Mc vey, pepler, davis, flett &abdolell

⁹Cone

¹⁰Dunkley, Blankstein, MashebDavis

¹¹Davis

¹Bulimia nervosa

²Diagnostic and statistical manual of mental disorders

³Perfectionism

تغییرپذیری عصبانیت قبلی، رویدادهای پرخوری را پیش بینی می‌کند (۱۲).

از سویی، چنین به نظر می‌رسد که در بروز و ظهور اختلالات خوردن، نقش سیستم‌های مغزی- رفتاری به عنوان زیرمجموعه ویژگی‌های شخصیتی انکارناپذیر است. طبق نظریه گری^۸ (۱۹۸۲-۱۹۸۱) دو سیستم گرایش رفتاری (BAS) و بازداری رفتاری (BIS)^۹، در جستجوی پاداش، رفتارهای ریسک پذیر، عواطف مثبت، تکان‌شوری، رفتارهای اجتنابی و تجربه اضطراب نقش اساسی دارند (۱۳).

در این راستا، مطالعات مک‌روی، فیلیپی و کک^{۱۱} حاکی از آن است که پراشتهایی با ویژگی تکان‌شوری همراه است. این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که فقدان پایه‌ای بازداری پاسخ در شکل‌گیری بازداری زدایی خوردن نقش دارد (۱۴). از سویی مطالعه کلیس^{۱۲} و همکاران نیز حاکی از آن است که بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی از بازداری کمتری برخوردار بوده و رفتارهای تکانشی بالایی نشان می‌دهند (۱۴). با این حال یافته‌های پژوهشی در این خصوص چندان روشن نبوده و نتایج متعارضی نشان می‌دهند، به طوری که مطالعه هاسکین^{۱۳} نشان می‌دهد که حساسیت بالا به پاداش (BAS) و تنبیه (BIS)، خوردن غیر عادی را پیش بینی می‌کند (۱۵). در صورتی که کین^{۱۴} و همکاران نشان دادند که تکان‌شوری و حساسیت بالا به پاداش (BAS) با پرخوری زیاد در زنان همراه است (۱۶).

فرانکن و مورایز^{۱۵} در یک نمونه از دانشجویان زن دریافتند که حساسیت BAS به طور مثبتی با جنبه‌های مختلفی از اشتیاق به غذا و نیز با وزن بدنی بالا همراه می‌شود. از این رو آنان اشاره می‌کنند که فزونکاری BAS به عنوان یک متغیر مهم بالقوه درباره رشد چاقی و فربهی است (۱۷).

واندرلیچ و همکاران نیز عنوان کردند که پرهیز از خوردن و تخلیه عمدی معده با حساسیت بالا به تنبیه همراه بوده و این دو پدیده زمانی نمود پیدا می‌کند که فرد در رسیدن به ایده آل لاغری با شکست مواجه می‌شود. در همین راستا، این مطالعه نشان داد که در زنان مبتلا به پرخوری عصبی، افزایش تکان‌شوری با

پژوهش‌های متعددی نقش عواطف و احساسات منفی را در اختلالات خوردن به ویژه اختلال پرخوری عصبی بررسی کرده‌اند. در یکی از این بررسی‌ها جانسون و لارسون^۱ گزارش نمودند که در بیماران مبتلا به پرخوری عصبی، حالات خلقی قبل از پرخوری نسبت به زمان بعد از پرخوری، بدتر بود (۱۰).

با این حال، مطالعات میشل^۲ نشان می‌دهد که برخی از موارد موارد پرخوری و تخلیه عمدی معده به افکار و هیجانات منفی منتهی می‌شوند (۱۱). همچنین مطالعات المور و دیکاستر^۳ نیز حاکی از آن است که حالات خلقی لزوماً بعد از پرخوری بهبود نمی‌یابد ولی احساسات افسرده وار می‌تواند در طول پرخوری آشکار شود (۱۱).

در این راستا، مطالعه آلپرز^۴ و همکاران (۲۰۰۱) نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به پرخوری عصبی، در مواقع میل شدید به خوردن، احساسات منفی مستقل از رویداد پرخوری را نشان نمی‌دهند. از این رو، ارتباط بین عاطفه منفی و رویدادهای پرخوری و میل به خوردن چندان روشن نیست (۱۱).

در یک پژوهش آینده نگر رابطه بین پراشتهایی عصبی و علائم افسردگی در میان دختران نوجوان بررسی شد. در این پژوهش استایس و همکاران دریافتند که علائم پراشتهایی عصبی، شروع علائم افسردگی را پیش بینی می‌کند اما عکس این نیز درست بود: علائم افسردگی شروع علائم پراشتهایی را پیش بینی می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد که هر یک از این دو اختلال خطر بروز اختلال دیگر را افزایش می‌دهد (۱).

در همین راستا، واندرلیچ^۵ و میشل نشان دادند که مدل‌های مفهومی BN^۶ (پرخوری عصبی) حالت‌های هیجانی را به عنوان پیشایندهای بالقوه برای پرخوری عصبی مورد بحث قرار داده‌اند. در این مدل‌ها رفتار پرخوری، به عنوان رفتارهایی برای اجتناب یا گریز از تجربه منفی تلقی می‌شود. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد متغیرهای هیجانی با رفتارهای پرخوری عصبی مرتبط است (۱۲). در این ارتباط، مطالعه انگل^۷ و همکاران نشان داد که عصبانیت به عنوان یکی از جنبه‌های عاطفه منفی در بیماران پرخوری عصبی وجود دارد و روی هم رفته سطح عصبانیت قبلی و

⁸ Gray

⁹ Behavioural approach system

¹⁰ Behavioural Inhibition system

¹¹ Mcelroy, Philips, keck

¹² Claes

¹³ Hasking

¹⁴ Kane

¹⁵ Franken& muris

¹ jonson & larson

² Mitchell

³ Elmor& decastro

⁴ Alpers

⁵ Wonderlich

⁶ Bulimia nervosa

⁷ Engel

است. پایایی بازآزمایی این ابزار برای ابعاد کمال‌گرایی خود مدار، دیگر مدار و جامعه مدار به ترتیب برابر با ۰/۶۹، ۰/۶۶، ۰/۶۰ بوده است (۱۹). همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۵ به دست آمد.

مقیاس بالینی (بیمارستانی) اضطراب و افسردگی (مقیاس هد): این مقیاس، پرسشنامه‌ای است که توسط زیگموند و ایسنست^۶ معرفی شده است و سطح اضطراب و افسردگی را در جمعیت بیماران سرپایی اندازه می‌گیرد. علی‌رغم اسم "بیمارستانی"، کاربرد این مقیاس در جمعیت کل نیز روایی دارد. مقیاس هد شامل هفت عبارت برای افسردگی و هفت عبارات برای اضطراب است. این عبارات به گونه‌ای برگزیده شده‌اند تا از علائم بیماری‌های جسمی متمایز باشند (۲۰). نریمانی ضریب پایایی بازآزمایی و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۹۱ گزارش کردند. همچنین در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمد.

مقیاس BIS، BAS کارور و وایت^۷: این مقیاس شامل ۲۴ پرسش، خود گزارشی است. زیر مقیاس BIS در این پرسشنامه شامل هفت آیتم است که حساسیت سیستم بازداری رفتاری یا پاسخ‌دهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام روایی با نشانه‌های تهدید را اندازه می‌گیرد. مقیاس BAS هم شامل ۱۳ آیتم است و حساسیت سیستم فعال ساز رفتار را اندازه می‌گیرد. این زیر مقیاس شامل سه زیر مقیاس دیگر است که عبارتند از:

سائق شامل ۴ آیتم است ۲- پاسخ‌دهی به پاداش شامل ۵ آیتم است ۳- جستجوی سرگرمی شامل ۴ آیتم است. به گزارش کارور و وایت، ثبات درونی زیر مقیاس BIS، ۰/۷۴ است و ثبات درونی سه زیر مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش، سائق و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۶، ۰/۶۶ می‌باشند. همچنین در مطالعه عبدالهی مجارشین (۱۳۸۵) ثبات درونی مقیاس BIS ۰/۷۸ و ثبات درونی BAS به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۷، ۰/۸۶ به دست آورد (۲۱). همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۵ به دست آمد.

روش اجرا:

بعد از انتخاب نمونه مربوط به افراد بیمار، پرسشنامه‌های استفاده شده در این پژوهش بین این افراد پخش، و پس از جمع آوری آن‌ها، نمونه مربوط به افراد عادی نیز به صورت هم‌تا شده انتخاب و به پرسشنامه‌های مورد نظر پاسخ دادند. در مرحله بعد،

حساسیت بالا نسبت به پاداش پیش بینی شده برای لاغری ایده‌آل، ارتباط دارد (۱۳). هم چنین هالندر^۱ عنوان کرد که افراد تکانشی برای به حداکثر رساندن لذت، برانگیختگی و خود کامروا سازی به جستجوی خطر گرایش دارند و این ویژگی‌ها در افراد مبتلا به پراشتهایی روانی به وفور دیده می‌شود (۱۸). مبتنی بر این مطالعات و مدل‌های ارائه شده، سؤال اساسی در این پژوهش این است که آیا کمال‌گرایی، سیستم‌های مغزی- رفتاری و عاطفه منفی قادرند وقوع پرخوری عصبی را پیش بینی کنند؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی- پیش بینی بوده که در آن وقوع یا علت وقوع اختلال پرخوری عصبی بر اساس کمال-گرایی، عاطفه منفی و سیستم‌های مغزی- رفتاری پیش بینی شده است.

در مطالعه حاضر دو جامعه مورد مطالعه قرار گرفت. الف) جامعه مبتلایان به نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی در شهر تبریز ب) جامعه افراد عادی شهر تبریز که فاقد نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی بودند. از هر کدام از این دو جامعه به طور مساوی تعداد ۷۰ نفر به روش هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا ۷۰ نفر از افراد حائز نشانه‌های اختلال پرخوری عصبی که به مراکز درمانی (درمانگاه‌ها، بیمارستان‌های دولتی و خصوصی) مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. سپس بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک (جنس، سن، تحصیلات و شغل) آن‌ها تعداد ۷۰ نفر از افراد عادی به صورت هم‌تا شده، انتخاب شد؛ و در کل تعداد ۱۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب گردیدند.

ابزارهای اندازه‌گیری:

مقیاس چند بعدی کمال‌گرایی (MPS)^۲: این مقیاس در سال ۱۹۹۱ توسط هویت و فلت ساخته شده است و دارای ۳۰ آیتم می‌باشد که سه بعد کمال‌گرایی خود مدار (SOP)^۳، دیگر مدار (OOP)^۴ و جامعه مدار (SPP)^۵ را می‌سنجد. هر یک از این سه بعد بعد با ۱۰ آیتم در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از نمره ۱۰ تا ۵۰ سنجیده می‌شود. هویت و فلت در تحقیق خود بر روی یک نمونه ۲۶۳ نفری از بیماران، همسانی درونی مقیاس MPS خود را قابل قبول اعلام کردند که به ترتیب برای ابعاد کمال‌گرایی خود مدار، دیگر مدار و جامعه مدار، برابر با ۰/۸۸، ۰/۷۴، ۰/۸۱ بوده

^۱Holender

^۲Multidimensional Perfectionism Scale

^۳Self-oriented perfectionism

^۴Other-oriented perfectionism

^۵Socially-oriented perfectionism

^۶ Sigmand and Snaith

^۷ Carver & whith

پیش‌بینی و تبیین کنند. به عبارت دیگر متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در ابتدا به پراشتهایی عصبی و عدم ابتلا به آن را از یکدیگر تفکیک نموده و پیش‌بینی کنند. علاوه بر این جهت تعیین تفاوت دو گروه مورد مطالعه در متغیرهای (کمال‌گرایی، سیستم‌های مغزی-رفتاری و عاطفه منفی) از آماره کای اسکویر استفاده شد. داده‌های مربوط به این آماره در جدول ۳ درج شده است.

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار کای اسکویر محاسبه شده (۲۵۴/۳۴) با درجه آزادی ۷ در سطح $p < 0.01$ معنی‌دار است و این معنی‌داری نشان می‌دهد که میانگین گروه‌های مورد مطالعه با یکدیگر متفاوت است. مقدار لامبدای ویلکز (۰/۸۵=۰/۱۵-۱) نشان می‌دهد که تابع اول قادر است ۸۵ درصد از واریانس افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی را تبیین کند.

علاوه بر این ضرایب استاندارد شده تابع تشخیصی کانونی که نشانگر سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بینی در تابع مذکور می‌باشد در جدول ۴ درج شده است. مندرجات این تابع نشان می‌دهد که در بین متغیرهای مورد مطالعه عاطفه منفی (۰/۵۵)، BAS1 (۰/۴۶)، BAS2 (۰/۴۲)، BIS (۰/۳۹)، BAS3 (۰/۲۹)، کمال‌گرایی خودمدار (۰/۱۷)، کمال‌گرایی دیگرمدار (۰/۰۹) و کمال‌گرایی جامعه مدار (۰/۰۶) به ترتیب اولویت در پیش‌بینی وقوع یا عدم وقوع پراشتهایی عصبی نقش معنی‌داری دارند.

مبتنی بر ضرایب تشخیصی استاندارد شده می‌توان نتیجه گرفت که به غیر از کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی جامعه-مدار، سایر متغیرها در تفکیک گروه‌های مورد مطالعه و پیش‌بینی وقوع یا عدم وقوع پراشتهایی عصبی نقش معنی‌داری دارند.

هم‌چنین مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که داده‌های به دست آمده از متغیرهای مورد مطالعه قادرند ۱۰۰ درصد مبتلایان به پراشتهایی عصبی و ۹۷ درصد از افراد عادی را به طور صحیح از یکدیگر تفکیک نموده و در طبقات جداگانه قرار دهند.

مبتنی بر تحلیل‌های به عمل آمده می‌توان چنین نتیجه گرفت که در بین متغیرهای مورد مطالعه به غیر از کمال‌گرایی دیگرمدار و جامعه مدار، سایر متغیرها قادرند در تفکیک افراد مبتلا به پراشتهایی عصبی و افراد عادی نقش معنی‌داری ایفا کنند و در کل این متغیرها قادرند در ۸۳ درصد موارد، وقوع یا عدم وقوع پراشتهایی عصبی را پیش‌بینی نمایند.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل نتایج نشان داد که متغیرهای مورد مطالعه (کمال‌گرایی، عاطفه منفی و سیستم‌های مغزی-رفتاری) قادرند وقوع پراشتهایی عصبی را به طور معنی‌داری پیش‌بینی کنند.

داده‌های به دست آمده از این پرسشنامه‌ها در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

برای تحلیل داده‌های این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و نیز از روش تحلیل ممیز استفاده شد.

یافته‌ها

به منظور تحلیل داده‌های به دست آمده در وهله اول از آمار توصیفی استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۱ درج شده است. این جدول میانگین و انحراف استاندارد هر دو گروه (گروه پرخوری عصبی و گروه عادی) در متغیرهای کمال‌گرایی، عاطفه منفی و سیستم‌های مغزی-رفتاری را نشان می‌دهد.

مندرجات جدول توصیفی ۱ نشان می‌دهد که گروه بیمار در هر سه مقیاس کمال‌گرایی (کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار، جامعه مدار) میانگین بالاتری نسبت به گروه عادی دارند. همچنین این جدول نشان می‌دهد که آزمودنی‌های گروه بیمار در متغیر عاطفه منفی، میانگین بالاتری نسبت به گروه عادی داشته و از این رو عاطفه منفی بیشتری تجربه می‌کنند. از طرفی مندرجات این جدول نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه بیمار در همه زیر مقیاس‌های متغیر BAS بالاتر از گروه عادی است درحالی‌که در مقیاس BIS میانگین گروه عادی بالاتر از گروه بیمار است.

همچنین در راستای تحلیل داده‌های مربوط به این پژوهش از روش تحلیل ممیز گام به گام (تشخیصی) استفاده شد جهت تعیین واریانس تبیین شده متغیر ملاک (پراشتهایی عصبی) از تابع تشخیصی کانونی استفاده شد. نتایج این تابع در جدول ۲ درج شده است:

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که اجرای تحلیل تشخیصی توانسته است یک تابع تشخیص کانونی را شناسایی کند. ارزش تابع تشخیص کانونی (۵/۶۷) بوده و نشانگر این است که متغیرهای پیش‌بین قدرت تبیینی بالایی در پیش‌بینی وقوع یا عدم وقوع پراشتهایی را دارند. علاوه بر این، مندرجات همین جدول حاکی از آن است که تابع تشخیصی کانونی قادر است ۱۰۰ درصد واریانس دو گروه را (میزان پخش میانگین‌های دو گروه) تبیین کند. علاوه بر این ضریب همبستگی کانونی ($R_c = 0.92$) و ضریب تعیین کانونی که همان مجذور ضریب همبستگی کانونی است ($R_c^2 = 0.84$) نشان می‌دهد که بین نمرات تشخیصی در گروه‌ها، همبستگی بالایی وجود دارد و تابع تشخیصی قادر است به خوبی گروه‌ها را از همدیگر تفکیک کند. به عبارت دیگر مبتنی بر ضریب تعیین می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای پیش‌بینی قادرند ۸۳ درصد واریانس متغیر ملاک (پراشتهایی عصبی) را به طور معنی‌دار

ویژگی فردی در افراد کمال گرا، هیجانانگیز و عواطف منفی را تشدید نموده و وقوع پاسخ‌های غیر متعارف کنترلی از قبیل پرخوری را تقویت می‌نماید (۲۳).

همچنین این واقعیت که میزان شیوع بی‌اشتهایی و جوع عصبی در چند دهه اخیر افزایش یافته و در کشورهای توسعه یافته رایج‌تر از کشورهای در حال توسعه است، برخی پژوهشگران را واداشته است که بیان کنند هنجارهای فرهنگی مدرن در سبب شناسی این اختلال‌ها نقش دارند. شکی نیست که لاغری در جامعه ما، به ویژه برای زنان امتیاز محسوب می‌شود، به طوری که هنرپیشه‌های تلویزیون، الگوهای مد و برندگان نمایش‌های زیبایی تبلیغ می‌کنند، ظرف سی سال گذشته هیکل ایده آل برای زنان به طور روز افزون هیکل لاغر شده است. طی همین دوره زمانی به خاطر بهبود تغذیه، متوسط وزن زنان افزایش یافته است. بنابراین به زنان گفته می‌شود لاغر شوند در حالی که اقدام به این کار دشوار است. این نشان می‌دهد که زنان به طور فزاینده‌ای از بدنشان ناراضی می‌شوند و ادراکشان از انتظارات مفرط تحمیل شده به آن‌ها به وسیله آن ممکن است نقش مهمی در مستعد بودن آن‌ها برای اختلالات خوردن داشته باشند. (۲۴).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین گروه مبتلا به پراشتهای عصبی در متغیر عاطفه منفی بالاتر از گروه عادی است و این متغیر قادر است وقوع یا عدم وقوع پراشتهای را به طور معنی‌داری پیش بینی کند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های انگل و همکاران، استایس همسو است.

در جهت تبیین نتایج پژوهش حاضر، استایس و آگراس بیان کردند که بیماران دچار پراشتهای عصبی معمولاً زمانی پرخوری می‌کنند که با فشار روانی روبه‌رو می‌شوند و هیجان منفی دارند. بنابراین پرخوری ممکن است به منزله راهی برای تعدیل هیجان منفی عمل کند. البته شواهد، این عقیده را نیز تایید می‌کند که پاک‌سازی، اضطراب را کاهش می‌دهد. بیماران دچار پراشتهای عصبی وقتی که غذا می‌خورند و به آن‌ها اجازه داده نمی‌شود پاک‌سازی کنند، افزایش سطح اضطراب را گزارش می‌دهند (۱).

مطالعات کاتاناچ، مالی و رودین^۷ حاکی از آن است که حالات حالات خلقی منفی با جوع عصبی همراه بوده و پرخوری، مکانیسمی برای کنار آمدن با موقعیت‌های استرس‌زا و حالات خلقی منفی است (۱۱). در این ارتباط، هیترتون و بومیست^۸ بیان

برای تبیین نتایج پژوهشی ابتدا پژوهش‌های همسو با این نتایج و سپس تبیین‌های موجود در این زمینه ارائه می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین گروه بیمار در تمام سطوح کمال‌گرایی (کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه-مدار) نسبت به گروه عادی بیشتر بوده و این متغیر قادر است وقوع یا عدم وقوع پراشتهای را به طور معنی‌داری پیش بینی کند. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های، فلت و هویت، استایس، لیلنفلد و همکاران، پیرسون^۱ و همکاران همسو است. در همین راستا، مطالعه کان نشان داد آن‌هایی که در پراشتهای عصبی نمره‌های بالایی داشتند در همه ابعاد کمال‌گرایی نیز نمرات بالایی داشتند به ویژه در کمال‌گرایی جامعه‌مدار (۷). پرات و همکاران نیز دریافته‌اند که افراد مبتلا به پراشتهای عصبی در کمال‌گرایی خودمدار نمرات بالایی دارند (۸).

در جهت تبیین این یافته‌ها می‌توان به نقش کمال‌گرایی در تلاش برای به دست آوردن اعتبار و رتبه اجتماعی اشاره کرد. سطوح بالای کمال‌گرایی ناسازگار شامل تردیدها درباره کیفیت رفتار شخصی، توجه افراطی به اشتباهات و حساسیت بالا به انتقادات دیگران است. این ویژگی‌ها ممکن است به جستجوی منابع عینی یا بیرونی بیشتر برای ارزیابی خود منجر شود چنین منابعی ممکن است شامل بازخورد اجتماعی درباره وزن بدن باشد. اسکوتز، پاکستون و ورتایم^۲ دریافته‌اند که کمال-گرایی به ویژه کمال‌گرایی جامعه‌مدار، مقایسه‌های بدنی بالا در میان نوجوانان دختر را پیش بینی می‌کند و با متغیرهای درجه بندی اجتماعی مثل شرمندگی، رفتار سلطه‌پذیری و ارزیابی منفی از مقایسه‌های اجتماعی، همبسته هستند. در این میان، بیلینگ، اسرائیلی^۳ و همکاران بیان کردند که کمال‌گرایی ممکن است واکنش به رویدادهایی همچون از دست دادن اعتبار فردی باشد، و افراد برای به دست آوردن اعتبار فردی خویش، چنین رویکردی را انتخاب می‌کنند. یک چنین تلاش ناسازگار برای به دست آوردن اعتبار ادراک شده ممکن است باعث تمرکز فرد روی وزن و شکل بدن شود (۲۲).

علاوه بر این، دونکلی، بلانکتین، ماشب و گریلو استدلال کردند که جنبه خود انتقادی کمال‌گرایی، بیشتر به اختلالات خوردن و عواطف منفی مربوط می‌شود (۹) و مک‌کروی^۴ و جوینز، اسکمیرت^۵ وایلونگو^۶ دریافته‌اند که خود انتقادی به عنوان یک

¹ Pearson

² Schutz, Paxton, Wertheim

³ Bieling, Israeli

⁴ McCreary

⁵ Schmidt

⁶ Ialongo

⁷ Cattanaach, Malley & Rodin

⁸ Heatherton & Baumeister

تمرکز کرده‌اند. مطالعات انجام شده به طور همسانی گزارش کردند که راهبردهای کنار آمدن هیجان محور و اجتنابی، به رژیم غذایی، پرخوری و نگرش‌های ناکارآمد خوردن مربوط می‌شوند. بنابراین راهبردهای مقابله‌ای که یک شخص انتخاب می‌کند ارتباط بین آمادگی برای حساسیت به تقویت و رفتار خوردن را تعدیل یا میانجیگری می‌کند (۲۶).

همچنین مطالعات نشان می‌دهد که حساسیت بالا به پاداش که منجر به پرخوری می‌شود در نتیجه تقویت ویژگی‌های غذاست. نتایج مطالعه هاسکین نیز حاکی از آن است که پاداش دادن به ویژگی‌های غذا، منجر به نرخ بالای خوردن غیر عادی می‌شود (۱۵).

در همین راستا مطالعه انگل و همکاران نشان می‌دهد آزمودنی‌هایی که تکان‌شوری بالایی نسبت به افراد عادی دارند، در مواقعی که عصبانیت آن‌ها افزایش می‌یابد بیشتر پرخوری می‌کنند و از طرفی افرادی که تکان‌شوری پایینی دارند، در موقع عصبانیت به کم خوری گرایش پیدا می‌کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که افراد با تکان‌شوری بالا ممکن است رفتارهای پرخوری را برای کنترل سطح عصبانیت پرنوسان خود به کار برند. در مقابل افرادی که تکان‌شوری پایینی دارند ممکن است روی رفتارهای دیگرشان برای تنظیم ناستواری خلق تکیه کنند مثل مهار غذا (۱۲).

همچنین مطالعات نشان داد که احتمال دارد فقدان بازداری پاسخ، یک پدیده همایند با گرسنگی بوده و از سوی تکان‌شوری افزایش یافته نیز با رژیم غذایی همراه باشد. رژیم غذایی و روزه داری نیز از طریق کاهش سروتونین، سطح تکان‌شوری را افزایش می‌دهد که این امر نیز به نوبه خود منجر به پرخوری می‌شود (۲۷).

مبتنی بر یافته‌های این پژوهش، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که کمال‌گرایی، عاطفه منفی و سیستم‌های مغزی- رفتاری قادرند به طور معنی‌داری، وقوع یا عدم وقوع پرخوری عصبی را پیش‌بینی کنند. از این رو، پیشنهاد می‌شود در فرایند درمان اختلالات خوردن به ویژه پرخوری عصبی، به نقش عوامل روان‌شناختی تاکید گردیده و از راه تعدیل عامل‌های روان‌شناختی به بهبود نشانه‌های این اختلال کمک شود.

البته قابل ذکر است که عدم بررسی جداگانه زنان و مردان و نیز استفاده از ابزارهای خودگزارشی در بررسی متغیرها، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده که می‌تواند بر تعمیم نتایج تأثیر بگذارد.

می‌کنند که پرخوری، مکانیسمی برای پرت کردن حواس از تجارب منفی است. به این معنی که پرخوری در مواقعی که خلق پایین است به وفور اتفاق می‌افتد و بعد از دوره پرخوری، حالات خلقی بهبود می‌یابد (۱).

در همین راستا، مطالعات نشان داد که شیوع بالایی از اختلالات شخصیتی خوشه B در بیماران سرپایی پرخوری عصبی وجود دارد. از سوی رابطه معنی‌داری نیز بین پرخوری و خلق ادوارخویی مشاهده شده است. این یافته‌ها از بحث ویژگی‌های منش شناختی خوشه نمایشی که مربوط به ناستواری خلق از نوع ادوارخویی است، حمایت می‌کند. حضور خلق و خوی ادوارخویی ممکن است بسیاری از تناظرها و تشابهات بین افسردگی و پرخوری عصبی را بیان کند. این ویژگی‌ها شامل ناستواری خلقی، تکانش‌گری، اختلال هویتی، اجتناب از رهاسازی (دل‌کندن) و واکنش‌پذیری یا حساسیت درون فردی است که نتیجه بد تنظیمی عاطفی شدید بوده و بر حمله اختلال خوردن مقدم می‌باشند. همچنین، حساسیت درون فردی ممکن است موجب نگرانی افراد در خصوص وزن بدنشان شود و این امر نیز ممکن است بر آن‌ها فشار بیاورد تا به سمت رژیم گرفتن روی آورند، و رژیم گرفتن و گرسنگی نیز زمینه را برای شروع تکان‌شوری، پرخوری و استفرغ فراهم می‌نماید (۲۵).

همچنین کمبود سروتونین نیز ممکن است با اختلالات خوردن و به ویژه پراشتهایی عصبی مرتبط باشد. داروهای ضدافسردگی که اغلب در درمان بی‌اشتهایی و پراشتهایی موثرند، فعالیت سروتونین را افزایش می‌دهند، که بر اهمیت سروتونین می‌افزاید. بنابراین، ممکن است سروتونین با افسردگی همایند که معمولاً در بی‌اشتهایی و پراشتهایی دیده می‌شود و نیز با رفتار تکانشی اشخاص دچار پراشتهایی عصبی ارتباط داشته باشد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که گروه پراشتهایی عصبی نسبت به گروه عادی از سیستم‌های مغزی- رفتاری متفاوتی برخوردارند و این متغیر قادر است وقوع یا عدم وقوع پرخوری عصبی را پیش‌بینی کند به طوری که نمرات بالای BAS وقوع پراشتهایی را، و نمرات بالای BIS عدم وقوع پراشتهایی را پیش‌بینی می‌کند.

نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مک‌الرووی و همکاران، کلیس و همکاران کین و همکاران و هالندر همسو است. بعضی از پژوهشگران رویکرد شناختی اجتماعی، روی نقش راهبردهای کنار آمدن در سبب‌شناسی و نگهداری رفتار خوردن

References:

1. Halgin RP, Whitbourn SG. Abnormal psychology: clinical perspectives on psychological disorders. New York: McCrow-Hill; 2003.
2. Razmgiri V. Eating disorders. Tabriz: Forugh Azadi Pub; 2005. (Persian)
3. Sadoock. V, Sadoock B. Sinopsis of psychiatry and behavioral sciences - clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
4. Young EA, Clopton JR, Bleckey MK. Perfectionism, low self-esteem and family factors as predictor of bulimic behavior. *Eat Behav* 2005;5: 273-83.
5. Pearson CA, Gleaves DH. The multiple dimension of perfectionism and their relation with eating disorder features. *Pers Individ Differ* 2006; 41:225-35.
6. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic. *Psychol Bull* 2002; 128: 825-48.
7. Bardone-Cone AM. Self-oriented and socially prescribed perfectionism dimensions and their association with disordered eating. *Behav Res Ther* 2006;45: 1977- 86.
8. Pratt EM, Telch CF, Labouvie EW, Wilson GT, Agras WS. Perfectionism in women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2001; 20: 177-86.
9. Dunkley DM, Blankstein KR, Masheb RM, Grilo CM. Personal standards and evaluative concerns dimension of clinical perfectionism. *Behav Res Ther* 2006; 44: 63-84.
10. Jonson C, Larson R, Bulimia: an analysis of mood and behavior. *Psychosomat Med* 1982; 44: 341-51.
11. Alpers GW, Caffier BT. Negative feeling and the desire to eat in bulimia nervosa. *Eat Behav* 2001;2: 339-52.
12. Engel SG, Boseck JJ, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Smyth J, et al. The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behavior. *Behav Res Ther* 2006;45: 437-47.
13. Mussap AJ. Reinforcement sensitivity theory (RST) and body change behavior in males. *Pers Individ Differ* 2005;40: 841-52.
14. Cleas L, Nederkoorn C, Vandereyken W, Guerrieri R, Vertommen H. Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eat Behav* 2006; 7: 196-203.
15. Haskin PA. Reinforcement sensitivity, coping, disordered eating and drinking behavior in adolseents. *Pers Individ Differ* 2006; 40: 677-88.
16. Kane TA, Loxton NJ, Staiger PK, Dawe S. Does the tendency act impulsively underlie binge eating and alcobol use problem? an empirical investigation. *Pers Individ Differ* 2004; 36, 83-94.
17. Bijttebier P, Beck I, Claes L, Vandereycken W. Gray's reinforcement sensitivity theory as a framework for research on personality- psychopathology association. *Clin Psych Rev* 2009; 29; 421-30.
18. Hollander E. Treatment of obsessive- compulsive spectrum disorders with SSRI. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 173:7-12.
19. Sufiani H. The relationship between both personality and perfectionism dimensions with general Health of students in Tabriz University [Dissertation]. Tabriz: Tabriz University; 2007. (Persian)
20. Kaviani H, Mousavi SA, Ahmad M. Interview and psychology tests. Tehran: Sana Pub; 2001. (Persian)
21. Choubdar M. The relationship between behavioral inhibition/activation systems and attachment styles with having cardio diseases [Dissertation]. Tabriz: Tabriz University; 2007. (Persian)
22. Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost OR, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, et al. Perfectionism and eating disorders: current status

- and future directions. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 384-405.
23. McCreary BT, Johner TE, Schmidt NB, Ialongo NS. The structure and correlates of perfectionism in African American children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33: 313-32.
24. Rosenhan DL, Seligman MEP. *Abnormal psychology*. New York: Norton & Company Limited; 1995.
25. Perugi G, Toni C, Passino MCS, Akiskal KK, Kaprinis S, Akiskal HS. Bulimia nervosa in atypical depression: the mediating role of cyclothymic temperament. *J Affect Disord* 2006; 92:91-7.
26. Catanazaro SJ, Laurent J. Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping and adolescent alcohol use: evidence of mediation and moderation effects. *Addict Behav* 2004; 29: 1779-97.
27. Fessler DMT, Pseudoparadoxical impulsivity in restrictive anorexia nervosa: a consequence of the logic of scarcity. *Int J Eat Disord* 2002; 31: 376-88.