

# مقایسه تکانش‌گری و خرده‌مقیاس‌های آن در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن، وسواس و گروه بهنجار

منصور بیرامی<sup>۱</sup>، عباس بخشی‌پور رودسری<sup>۲</sup>، علی فخاری<sup>۳</sup>، زهرا خاکپور<sup>۴</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** اختلالات خوردن و اختلال وسواس فکری- عملی همبندی بالایی با یکدیگر دارند. تکانش‌گری یک ویژگی مشترک بین این دو اختلال است. هدف این مطالعه مقایسه تکانش‌گری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و اختلالات خوردن و افراد بهنجار است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و اختلالات خوردن که در سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۰ در کلینیک بزرگمهر شهر تبریز تحت درمان قرار گرفتند و با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شده است. گروه بهنجار با گروه‌های بالینی هم‌متا شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از آزمون تکانش‌گری Barratt استفاده شد.

**یافته‌ها:** جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. نتایج نشان می‌دهند که گروه‌های بالینی در مقایسه با گروه بهنجار تکانش‌گری بیشتری نشان می‌دهند، اما هیچ تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های بالینی وجود ندارد. با توجه به زیرمقیاس‌ها، نتایج نشان می‌دهد که در تکانش‌گری توجهی و تکانش‌گری بی‌برنامگی تفاوت معنی‌داری بین بیماران مبتلا به وسواس و اختلالات خوردن با گروه بهنجار وجود دارد، اما هیچ تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های بالینی دیده نشد. در تکانش‌گری حرکتی هیچ تفاوت معنی‌داری بین سه گروه دیده نشد.

**نتیجه‌گیری:** میزان بالای تکانش‌گری و مؤلفه‌های آن بین بیماران قابل توجه است و می‌تواند توجیه‌کننده مشکلات این بیماران در بازداری رفتاری و به تأخیر انداختن نیازها باشد.

**واژه‌های کلیدی:** وسواس فکری- عملی، اختلالات خوردن، تکانش‌گری.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۸/۲۵

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۳

## مقدمه

بوده، در آن‌ها نابهنجاری‌های بارزی در افکار و تصورات فرد نسبت به غذاها و خویشتن و به خصوص وزن بدن به وجود می‌آید (۱). اختلال وسواس فکری- عملی (Obsessive-compulsive یا OCD) نیز با افکار وسواسی و اجبارها

اختلالات خوردن (Eating disorders یا ED) دسته‌ای از بیماری‌های روان‌پزشکی هستند که خصوصیت بارز و اصلی آن‌ها آشفتگی و به هم خوردن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای

Email: dr.bayrami@yahoo.com

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسؤول)

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۴- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

بر تکالیف و بی‌ثباتی شناختی)، تکانش‌گری حرکتی (شامل عمل در کسری از ثانیه و پشت‌کار) و تکانش‌گری بی‌برنامگی (شامل کنترل خود و پیچیدگی شناختی) (۵). تاکنون مطالعات مختلفی تکانش‌گری را در بیماران مبتلا به OCD و ED مورد بررسی قرار داده‌اند. برای مثال Summerfeldt و همکاران در پژوهشی با استفاده از آزمون Barratt نشان دادند که بیماران وسواسی نسبت به گروه بهنجار سطح بالاتری از تکانش‌گری را نشان می‌دهند. به ویژه بیماران وسواسی با سابقه تیک سطح بالاتری از تکانش‌گری را گزارش کردند. تفاوت دو گروه بالینی و غیر بالینی بیشتر در بعد تکانش‌گری توجهی دیده شد (۶). همچنین بین وسواس‌های فکری، اضطراب و افسردگی با سطوح پایین پشتکار ارتباط دیده شده است. این فرضیه مطرح شده که پشتکار منعکس کننده توانایی بازداری افکار مزاحم و نامربوط است که این فرضیه معنی‌داری رابطه بین فقدان پشتکار و افکار وسواسی را می‌تواند توضیح دهد (۷). در پژوهشی دیگر، نشان داده شده است که بیماران مبتلا به انواع اختلالات خوردن، گونه‌های متفاوتی از تکانش‌گری را نشان می‌دهند. به صورتی که بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی اضطراب و حس‌جویی بیشتر و قصد قبلی و پشتکار کمتری نسبت به بیماران مبتلا به کم‌اشتهایی روانی نشان می‌دهند (۸). زنان مبتلا به پراشتهایی روانی نسبت به زنان بهنجار میزان بیشتری از افسردگی و هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند و این حالات هیجانی دوره‌های پرخوری را پیش‌بینی می‌کنند (۹). به طور خاص، گروه‌هایی که رفتارهای پاک‌سازی را نشان می‌دهند، در آزمون‌های تکانش‌گری نمرات بالاتری به دست می‌آورند. برخی از پژوهشگران معتقدند که پرخوری با اشکال رفتاری تکانش‌گری، نه اشکال شناختی آن، مرتبط است (۱۰). با توجه به اهمیت این اختلالات و تأثیری که بر عملکرد افراد دارند و لزوم شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در شکل‌گیری و تداوم هر یک از آن‌ها و اندک بودن مطالعاتی که به مقایسه این دو اختلال با یکدیگر پرداخته باشند، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان تکانش‌گری در دو گروه ED و

مشخص می‌شود که آن قدر شدید هستند که با عملکرد روزانه تداخل پیدا می‌کنند. وسواس‌ها عقاید، افکار، تکانه‌ها و یا تصاویر پایداری هستند که مزاحم و نامتناسب به نظر می‌رسند و منجر به اضطراب یا پریشانی آشکار می‌شوند. اجبارها نیز رفتارهای تکرار شونده یا اعمال ذهنی هستند که هدف آن‌ها پیش‌گیری یا کاهش اضطراب و پریشانی است (۲). در راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکان آمریکا (DSM-IV-TR) اختلالات خوردن و وسواس فکری- عملی در طبقات جداگانه قرار گرفته‌اند. اما برخی مطالعات نشان می‌دهند که بین این دو اختلال شباهت‌هایی وجود دارد. از جمله این که میزان هم‌آیندی دو اختلال بیشتر از آن است که ناشی از تصادف باشد، به صورتی که تخمین زده می‌شود که وسواس در ۴۰-۱۰ درصد از بیماران مبتلا به کم‌اشتهایی و صفر تا ۴۰ درصد بیماران مبتلا به پراشتهایی روانی اتفاق می‌افتد (۳). در هر دو اختلال افکار برگشت‌کننده و درگیری با یک محرک ترسناک خاص وجود دارد (به طور مثال تصویر بدن یا وزن در ED و اشتغال ذهنی در مورد آلودگی در OCD)، که اغلب با بعضی عواطف منفی مانند اضطراب و ترس دنبال می‌شود و بعد رفتارهای جبرانی با هدف کم کردن عواطف منفی روی می‌دهد. یک احتمال این است که ویژگی‌های شخصیتی خاصی مانند تکانش‌گری در گرایش‌های حالتی که زیربنا یا واسطه هم‌آیندی ED و OCD هستند، نقش داشته باشند (۴). در یکی از رایج‌ترین تعاریف، تکانش‌گری به صورت آمادگی قبلی برای واکنش‌های سریع و بدون برنامه به محرک‌های درونی یا بیرونی بدون در نظر گرفتن نتایج منفی آن واکنش‌ها برای خود فرد یا دیگران، تعریف می‌شود (۵). یکی از دیدگاه‌ها در مورد تکانش‌گری که در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است، نظریه Barratt و همکاران است. این محققان با ترکیب اطلاعات چهار دیدگاه مختلف (مدل پزشکی، مدل روان‌شناختی، مدل رفتاری و مدل اجتماعی)، سه عامل را یافتند که مؤلفه‌های مختلف تکانش‌گری را منعکس می‌کنند: تکانش‌گری توجهی (شامل توانایی تمرکز

OCD و مقایسه آن‌ها با افراد بهنجار انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع پس رویدادی (علی-مقایسه‌ای) بود. جامعه آماری پژوهش را افراد مبتلا به اختلالات خوردن، اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار شهر تبریز تشکیل دادند. نمونه انتخاب شده شامل ۳۰ بیمار مبتلا به وسواس (از نوع ترس از آلودگی)، ۳۰ بیمار مبتلا به اختلالات خوردن (۹ نفر با تشخیص کم‌اشتهایی روانی و ۲۱ نفر با تشخیص پراشتهایی روانی) که در طی سال ۱۳۸۹ و بهار ۱۳۹۰ به کلینیک بزرگمهر شهر تبریز مراجعه کردند و ۳۰ نفر فاقد تشخیص روان‌پزشکی بود. روش نمونه‌گیری برای بیماران به صورت در دسترس و برای افراد بهنجار از طریق هم‌تاسازی با گروه‌های بالینی بود. گروه‌های مورد بررسی بر اساس سن، جنس و میزان تحصیلات با یکدیگر هم‌تا شدند. معیار ورود برای گروه‌های بالینی تحصیلات از سطح راهنمایی به بالا، عدم مراجعه قبلی برای درمان و دارا بودن معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR برای OCD و ED و معیارهای خروج وجود اختلال هم‌ایند و یا ابتلای هم‌زمان به هر دو اختلال (با توجه به هم‌ایندی بالای ED و OCD) و برای گروه بهنجار تحصیلات راهنمایی به بالا و عدم سابقه ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی بود. روش کار بدین صورت بود که پس از تشخیص روان‌پزشک مبنی بر ابتلا فرد به OCD و یا ED و اخذ رضایت از بیمار ابزارهای اندازه‌گیری یعنی پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی و تکانش‌گری Barratt در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های شرکت‌کننده در جدول ۱ ارائه شده است.

مقیاس تکانش‌گری Barratt در سال ۱۹۵۹ توسط دکتر Barratt ساخته شده است. نسخه فعلی بازبینی یازدهم این مقیاس است. این آزمون یک مقیاس ۳۰ سؤالی است که همه آیت‌ها با مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. ضمن این که یازده سؤال نمره‌گذاری وارونه دارند. با استفاده از Cronbach's alpha پایایی درونی بالایی برای این پرسش‌نامه گزارش شده است (۰/۸۳) برای کل آزمون، ۰/۷۴

برای زیرمقیاس حرکتی، ۰/۷۴ برای زیرمقیاس توجهی و ۰/۷۳ برای زیرمقیاس بی‌برنامگی). ضمن این که نشان داده شده است که این مقیاس با پرسش‌نامه‌های خودسنجی تکانش‌گری مانند مقیاس هیجان‌طلبی Zuckerman، مقیاس تکانش‌گری Eysenck و مقیاس بازداری و فعال‌سازی رفتاری همبستگی خوبی دارد. اما با مقیاس‌های رفتاری سنجش تکانش‌گری همبستگی نشان نمی‌دهد (۵). در ایران نیز اختیاری و همکاران ضرایب آلفای ۰/۷۸ برای تکانش‌گری توجهی، ۰/۶۳ برای تکانش‌گری حرکتی، ۰/۴۷ برای تکانش‌گری بی‌برنامگی و ۰/۸۳ برای کل آزمون را گزارش کرده‌اند (۱۱). همچنین بین عوامل تکانش‌گری در سایر پرسش‌نامه‌ها (مقیاس تکانش‌گری Dickman، مقیاس تکانش‌گری Eysenck و مقیاس حس‌جویی Zuckerman) با نتیجه آزمون Barratt همبستگی معنی‌داری به دست آمد (۱۱).

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

متغیر	OCD	ED	بهنجار
جنسیت			
زن	۲۷	۲۷	۲۷
مرد	۳	۳	۳
کل	۳۰	۳۰	۳۰
تحصیلات			
راهنمایی	۵	۴	۲
دیپلم	۱۷	۱۳	۱۴
فوق دیپلم	۱	۲	۳
لیسانس	۷	۹	۸
فوق لیسانس	-	۲	۲
دکتر	-	۱	۱
کل	۳۰	۳۰	۳۰
سن			
۱۱-۲۰	۳	۴	۴
۲۱-۳۰	۱۵	۱۶	۱۴
۳۱-۴۰	۸	۷	۸
۴۱-۵۰	۴	۳	۴
کل	۳۰	۳۰	۳۰

### یافته‌ها

در جدول ۲ داده‌های توصیفی مربوط به گروه‌های شرکت‌کننده ارائه شده است. برای بررسی معنی‌داری تفاوت گروه‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد.

بین دو گروه بالینی معنی‌دار نیست ( $P > 0/05$ ). در زیر مقیاس تکانش‌گری بی‌برنامگی نیز دو گروه بیماران مبتلا به وسواس و اختلالات خوردن با گروه بهنجار تفاوت معنی‌دار نشان می‌دهند ( $P < 0/05$ ), اما تفاوت دو گروه با یکدیگر معنی‌دار نبود. در زیر مقیاس تکانش‌گری توجهی دو گروه OCD و ED با گروه بهنجار تفاوت معنی‌دار نشان می‌دهند ( $P < 0/05$ ), اما تفاوت این دو گروه با یکدیگر در این زیرمقیاس نیز معنی‌دار نیست ( $P > 0/05$ ). بررسی گروه‌ها در زیرمقیاس تکانش‌گری حرکتی نشان می‌دهد که در این زیرمقیاس سه گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهند ( $P > 0/05$ ).

نتایج حاصل از تحلیل واریانس نشان می‌دهد که بین گروه‌ها در متغیر مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

به منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

با توجه به نتایج به دست آمده، مشاهده می‌شود که در متغیرهای مورد بررسی تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. با بررسی نتایج حاصل از آزمون تعقیبی LSD مشخص می‌شود که در نمره کل تکانش‌گری هر دو گروه بالینی تفاوت معنی‌داری با گروه بهنجار نشان می‌دهند، اما تفاوت

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار گروه‌های شرکت کننده در مقیاس تکانش‌گری Barratt

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
تکانش‌گری	OCD	۷۴/۶۶	۱۰/۱۲
	ED	۷۰/۵۰	۱۳/۸۷
	بهنجار	۶۱/۵۰	۱۲/۲۶
بی‌برنامگی	OCD	۲۹/۷۳	۶/۲۰
	ED	۳۷/۳۶	۶/۱۸
	بهنجار	۲۳/۲۰	۵/۹۲
توجهی	OCD	۲۱/۱۲	۴/۱۱
	ED	۱۹/۱۳	۴/۲۳
	بهنجار	۱۶/۹۳	۴/۱۳
حرکتی	OCD	۲۳/۸۰	۴/۷۵
	ED	۲۴/۰۰	۵/۸۵
	بهنجار	۲۱/۳۶	۴/۹۳

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در مورد گروه‌های مبتلا به اختلالات خوردن، وسواس و افراد بهنجار

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
تکانش‌گری	۲۷۱۷/۲۲۲	۲	۱۳۵۸/۶۱۱	۹/۱۴۹	۰/۰۰۰۱
بی‌برنامگی	۶۵۶/۴۶۷	۲	۳۲۸/۲۳۳	۸/۷۹۸	۰/۰۰۰۱
توجهی	۲۶۴/۸۰۰	۲	۱۳۲/۴۰۰	۷/۶۴۵	۰/۰۰۰۱
حرکتی	۱۲۸/۹۵۶	۲	۶۴/۴۷۸	۲/۳۸۳	۰/۰۰۰۱

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه گروه‌های مبتلا به اختلالات خوردن، وسواس و افراد بهنجار در سازه تکانش‌گری

متغیر وابسته	گروه یک	گروه دو	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
تکانش‌گری	OCD	ED	۴/۱۶	۳/۱۴	۰/۱۸
		بهنجار	۱۳/۱۶	۳/۱۴	۰/۰۰۰۱
بی‌برنامگی	ED	ED	۹/۰۰	۳/۱۴	۰/۰۰۵
	OCD	ED	۲/۳۶	۱/۵۷	۰/۱۳
توجهی		بهنجار	۶/۵۳	۱/۵۷	۰/۰۰۰۱
	ED	بهنجار	۴/۱۶	۱/۵۷	۰/۰۱۰
	OCD	ED	۲/۰۰	۱/۰۷	۰/۰۶
		بهنجار	۴/۲۰	۱/۰۷	۰/۰۰۰۱
حرکتی	ED	بهنجار	۲/۲۰	۱/۰۷	۰/۰۴
	ED	OCD	۰/۲۰۰	۱/۳۴	۰/۸۸
		بهنجار	۲/۶۳	۱/۳۴	۰/۰۵

### بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش که با هدف مقایسه میزان تکانش‌گری در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن، وسواس و افراد عادی انجام گرفت، نتایج نشان می‌دهد که هر دو گروه بیمار سطح بالاتری از تکانش‌گری را نسبت به افراد عادی نشان می‌دهند که این یافته با نتایج تحقیقات گذشته همسو است. سطح بالای تکانش‌گری در این بیماران می‌تواند توجیه‌کننده مشکلات آن‌ها در به تأخیر انداختن نیازها و بازداری رفتارها باشد. همچنان که هر دو گروه توانایی بازداری رفتارهای اجباری خود را ندارند. همان‌طور که پیش از این اشاره شد، هر دو گروه OCD و ED عواطف منفی مانند اضطراب و ترس را تجربه می‌کنند (۴). بنابراین رفتارهای تکانشی در این بیماران می‌تواند راهی برای کاهش عاطفه منفی باشد (۹). به ویژه افرادی که مبتلا به مشکل پرخوری-پاک‌سازی هستند، می‌توانند بیشتر از دیگران حالت‌های خلقی منفی را تجربه می‌کنند و با این حالت‌ها به وسیله پرخوری سازگار می‌شوند. رفتار پرخوری به صورت منفی تقویت می‌شود، چرا که فرد را از منبع اصلی ناراحتی منحرف می‌کند و تجربه مثبت کوتاه مدتی را فراهم می‌سازد. بنابراین بیشتر احتمال دارد که در آینده تکرار شوند (۹). در بیماران مبتلا به OCD نیز اجرای رفتارهای تشریفاتی باعث کاهش اضطراب می‌شود (۲). بیماران OCD تمایل دارند که رویدادهای منفی احتمالی را

پیش‌بینی کنند و برای اجتناب از پیامدهای منفی درگیر رفتارهای تشریفاتی شوند، که این موضوع نشان دهنده توانایی قصد قبلی به نسبت خوب در این بیماران است. در توضیح تناقض آشکار بین این توانایی و بعضی مطالعات که تصمیم‌گیری ضعیف در OCD را نشان داده‌اند، می‌توان گفت که این افراد توانایی قصد قبلی خوبی دارند، اما به دلیل نقص در بازداری، متوقف کردن تشریفات و یا اجتناب از انتخاب‌های ضعیف در یک آزمون ارزیابی تصمیم‌گیری برای آن‌ها دشوار است (۷). زیرمقیاس تکانش‌گری توجهی توجه و ثبات شناختی را می‌سنجد. آیتم‌های این زیرمقیاس حواس‌پرتی، مشکلات توجه و آگاهی از فعالیت‌های شناختی غیر قابل کنترل و مزاحم را منعکس می‌کند (۵). افراد تحت تأثیر افکار وسواسی به جای دشواری در تنظیم توجه، اغلب به دلیل ماهیت مزاحم و برگشت‌کننده وسواس‌ها در تداوم و حفظ توجه دچار مشکل هستند. در واقع، بیماران وسواسی افکار مزاحم متعددی دارند که توانایی بازداری آن‌ها را ندارند و این افکار مزاحم در عملکرد عادی فرد تداخل ایجاد می‌کند (۱۲). این بیماران اغلب گزارش می‌کنند که نشانه‌های ذهنی خودناهمخوانی (مانند نگرانی) را تجربه می‌کنند که کنترل کمی بر آن‌ها دارند. البته برخی پژوهشگران معتقدند که تکانش‌گری دیده شده در این بیماران، یک عامل زیربنایی نیست، بلکه نتیجه و پیامد نشانه‌ها است (۶). بیماران مبتلا به

اشاره کرد (۷). همچنین، بیماران مبتلا به OCD تشریفات از پیش برنامه‌ریزی شده‌ای دارند و آن‌ها را مطابق برنامه خاصی انجام می‌دهند. بیماران مبتلا به ED نیز از قبل در مورد فرایند و نحوه پاک‌سازی اطلاع دارند (۲). شاید به همین دلایل است که میزان تکانش‌گری حرکتی در این بیماران با گروه عادی تفاوتی ندارد.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پیشین، تأیید می‌کند که هر دو گروه بیماران مبتلا به اختلالات خوردن و اختلال وسواس فکری- عملی، تکانش‌گری بیشتری نسبت به افراد بهنجار نشان می‌دهند. البته بین این دو گروه در هیچ کدام از جنبه‌های تکانش‌گری (آن گونه که با آزمون تکانش‌گری Barratt مورد ارزیابی قرار می‌گیرد)، تفاوتی دیده نشد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و عدم نمونه‌گیری به صورت تصادفی اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که میزان تکانش‌گری با استفاده از ابزارهای رفتاری مورد ارزیابی قرار گیرد و بیماران مبتلا به اختلالات خوردن در دو گروه جدا شامل کم‌اشتهایی و پراشتهایی روانی مورد بررسی قرار گیرند. با توجه به برانگیخته بودن تکانش‌گری در این بیماران، در درمان آن‌ها باید به نقش تکانش‌گری توجه کرد و با استفاده از روان‌درمانی و یا دارو درمانی به کاهش و کنترل تکانش‌گری کمک کرد.

#### سپاسگزاری

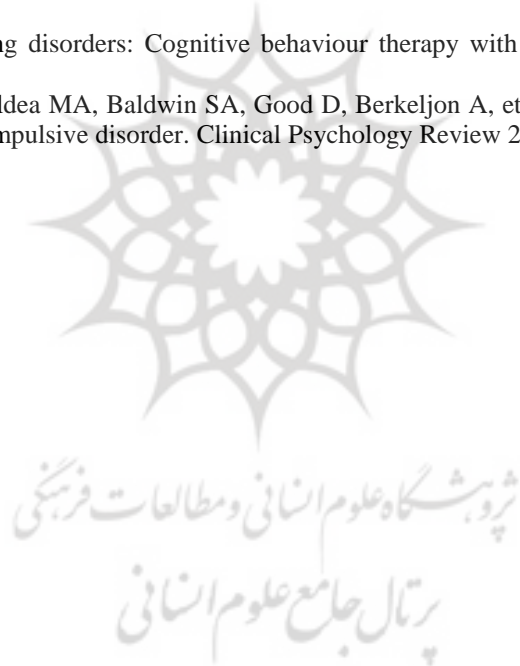
بدین وسیله از زحمات تمامی دوستانی که اجرای پژوهش را میسر ساختند و نیز شرکت کنندگان در پژوهش تشکر می‌نماییم.

ED نیز افکار مزاحمی در مورد غذا، شکل و وزن بدن دارند که توانایی بازداری آن‌ها را ندارند (۱۳). بنابراین برافراشته بودن سطح تکانش‌گری توجهی در هر دو گروه بالینی نسبت به افراد بهنجار تعجب‌برانگیز نیست. زیرمقیاس تکانش‌گری بی‌برنامگی نشان دهنده خودکنترلی و پیچیدگی شناختی است. افراد با سطح بالای تکانش‌گری بی‌برنامگی در دوراندیشی و آینده‌نگری و نیز برنامه‌ریزی و فکر کردن دقیق دچار مشکل هستند (۵). افزایش این نوع از تکانش‌گری در بیماران OCD و ED می‌تواند دلیلی باشد برای توضیح این که این بیماران رفتارهای تشریفات و اجبارها را با وجود پیامدهای درازمدت ناخوشایند انجام می‌دهند. در واقع این بیماران، نمی‌توانند به دلیل عواقب ناخوشایند یک رفتار آن را بازداری کنند. همچنان که می‌دانیم، بیماران مبتلا به اختلالات خوردن با اجرای اجبارهای مربوط به پاک‌سازی به خود آسیب می‌رسانند و حتی خطر مرگ آن‌ها را تهدید می‌کند (۲). بیماران مبتلا به وسواس آلودگی نیز با اجرای تشریفات سخت‌گیرانه مربوط به شست و شو سلامتی خود را به مخاطره می‌اندازند. ضمن این که بسیاری از آنان با مشکلاتی مانند از دست دادن کار و یا کاهش کارکرد تحصیلی روبه‌رو می‌شوند و کیفیت زندگی آن‌ها به شکل معنی‌داری پایین است (۱۴). زیرمقیاس تکانش‌گری حرکتی نشان دهنده عمل بدون فکر است (۵). همان طور که در بخش نتایج گفته شد، در این زیرمقیاس تکانش‌گری هر دو گروه بیمار تفاوتی با افراد بهنجار نشان ندادند. در پژوهش Summerfeldt و همکاران نیز در زیر مقیاس تکانش‌گری حرکتی تفاوتی بین دو گروه وسواسی و بهنجار دیده نشد (۶). از ویژگی‌های رایج این دو گروه از بیماران می‌توان به نگرانی، اجتناب از آسیب و ادراک مضطربانه

## References

1. Pourghassem Gargari B, Kooshavar D, Seyed Sajadi N, Karami S, Shahrokhi H. Risk of Eating Disorders in Tabrizian High School Girls in 2007. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services 2009; 30(4): 21-6. [In Persian].
2. Barlow DH, Durand WM. Abnormal Psychology: An Integrative Approach. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Wadsworth; 2001.
3. Wu KD. Eating disorders and obsessive-compulsive disorder: A dimensional approach to purported relations. J Anxiety Disord 2008; 22(8): 1412-20.

4. Altman SE, Shankman SA. What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clin Psychol Rev* 2009; 29(7): 638-46.
5. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences* 2009; 47(5): 385-95.
6. Summerfeldt LG, Hood K, Antony MM, Richter MA, Swinson RP. Impulsivity in obsessive-compulsive disorder: comparisons with other anxiety disorders and within tic-related subgroups. *Personality and Individual Differences* 2004; 36(3): 539-53.
7. Zermatten A, Linden MV. Impulsivity in non-clinical persons with obsessive-compulsive symptoms. *Personality and Individual Differences* 2008; 44(8): 1824-30.
8. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences* 2002; 32(4): 707-14.
9. Fischer S, Smith GT, Anderson KG. Clarifying the role of impulsivity in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2003; 33(4): 406-11.
10. Waxman SE. A systematic review of impulsivity in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2009; 17(6): 408-25.
11. Ekhtiari H, Safaei H, Esmaeeli Djavid Gh, Atefvahid MK, Edalati H, Mokri A. Reliability and validity of persian versions of eysenck, barratt, dickman and zuckerman questionnaires in assessing risky and impulsive behaviors. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14(3): 326-36.
12. Sulkowski ML, Jordan C, Reid A, Graziano PA, Shalev I, Storch EA. Relations between impulsivity, anxiety, and obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences* 2009; 47(6): 620-5.
13. Gowers SG, Green L. *Eating disorders: Cognitive behaviour therapy with children and young people*. 1<sup>st</sup> ed. London: Routledge; 2009.
14. Markarian Y, Larson MJ, Aldea MA, Baldwin SA, Good D, Berkeljon A, et al. Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review* 2010; 30(1): 78-88.



## Comparison of impulsivity and its components in eating disorders, obsessive-compulsive disorder and normal group

Mansour Beyrami<sup>1</sup>, Abbas Bakhshipour Rodsari<sup>2</sup>, Ali Fakhari<sup>3</sup>, Zahra Khakpour<sup>4</sup>

### Abstract

**Aim and Background:** Eating disorders and obsessive-compulsive disorder co-occur on many occasions. Impulsivity is one of the prevalent features between the mentioned disorders. The purpose of this study is to compare the feature of impulsivity and its components in eating disorders, obsessive-compulsive disorder and the normal individuals.

**Methods and Materials:** This study carried on patients suffering from eating disorders and obsessive compulsive disorder receiving treatment at Bozorgmehr clinic in Tabriz in 1389-1390, using a convenience sampling. A normal group matched with patients' groups and Barratt impulsiveness scale was used to collect data.

**Findings:** Data was analyzed using Multivariate Analysis of Variance (MANOVA). The results show that the clinical groups have the higher rates of impulsivity compared to the normal group but there are no meaningful differences between the clinical groups. Regarding the components, the study shows that the attention impulsivity and non-planning impulsivity have significant differences between eating disorders and obsessive compulsive disorder with normal group, but there are no differences between two clinical groups. Regarding motor impulsiveness, there are no differences between the groups.

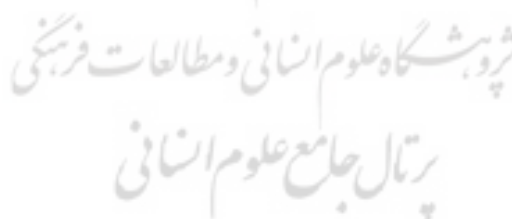
**Conclusions:** high impulsivity and its components were noticed among the patients and this may justify the patients' problems of behavioral inhibition and delay needs.

**Keywords:** Eating disorders, Obsessive-compulsive disorder, Impulsivity.

**Type of article:** Original

Received: 16.11.2011

Accepted: 22.02.2012



1. Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author) Email: dr.bayrami@yahoo.com
2. Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
4. MSc, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran.