

بررسی رابطه ی بین ناگویی خلقی و تجربیات تجزیه ای با نگرش های خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز

سیده فاطمه سجادی*، زهرا دهقانی زاده

گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۳/۳/۲۴

چکیده:

زمینه و هدف: مطالعات زیادی نشان داده اند که شیوع اختلالات خوردن در سال های اخیر، به ویژه در میان دختران جوان افزایش یافته است و اخیراً به عنوان یک نشانگان چند عاملی ناهمگن در نظر گرفته می شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ی بین ناگویی خلقی و تجربیات تجزیه ای با نگرش های خوردن در دانشجویان دختر انجام شده است.

روش بررسی: این پژوهش یک طرح توصیفی از نوع همبستگی است و جامعه آماری آن شامل کلیه ی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ است که تعداد ۳۲۵ نفر از آن ها با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند و به این ابزارها پاسخ دادند: آزمون نگرش های خوردن، پرسشنامه ی ناگویی خلقی و تجربیات تجزیه ای. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته ها: همبستگی بین ناگویی خلقی و نگرش های خوردن ($r=۳۷/۸$ ، $P=۰/۰۱$) معنی دار است و بین تجربیات تجزیه ای و نگرش های خوردن ($r=۳۷/۸$ ، $P=۰/۰۱$) رابطه ی مثبت معنی داری وجود دارد.

نتیجه گیری: نتایج بیانگر این است که بین نشانه های اختلال خوردن با تجربیات تجزیه ای و ناگویی خلقی ارتباط معنی داری وجود دارد، ولی تجربیات تجزیه ای پیش بینی کننده ی قوی تری برای نشانه های اختلال خوردن می باشد.

واژه های کلیدی: نگرش های خوردن، ناگویی خلقی، تجربیات تجزیه ای.

مقدمه:

الگوهای خوردن خود تجربه می کنند و این افراد گرایش افراطی دارند که خود را بر اساس وزن و شکل بدنشان قضاوت کنند. اختلالات خوردن با پیامدهای منفی سلامتی، از جمله فشار خون بالا، کیفیت پایین زندگی و نرخ مرگ و میر بالا همبستگی قوی دارد (۲). تحقیقات انجام شده بیانگر این است که شیوع اختلالات خوردن در سال های اخیر، به ویژه در میان دختران جوان افزایش یافته است. شیوع اختلال کم خوری عصبی به حدود ۱٪ رسیده است. در حالی که شیوع اختلال پرخوری عصبی تا ۵٪ تخمین زده شده است (۳)؛ بنابراین پژوهش درباره ی

اختلالات خوردن اخیراً به عنوان یک نشانگان چندعاملی ناهمگن در نظر گرفته می شود که در شناخته شده ترین حالت، این اختلال را نتیجه ی تأثیر متقابل چندین عامل زمینه ساز زیست عصب شناختی، فیزیولوژیکی و اجتماعی فرهنگی می دانند. در چارچوب رشدی، بعضی از محققین یکپارچه سازی این سطوح چندگانه را پیشنهاد نموده و اختلالات خوردن را به عنوان اختلالات رشدی خود تنظیمی، و نقص در ظرفیت پردازش و تنظیم هیجان مفهوم سازی کرده اند (۱). افراد مبتلا به اختلالات خوردن، آشفتگی های شدیدی در

است، راهی برای به دست گرفتن کنترل باشد (۱۴). اگرچه نتایج ارزیابی های درمانی متفاوت است، اما در مجموع یافته ها بیانگر این است که بیماران مبتلا به اختلالات خوردن که دوره های درمانی موفق داشته اند، در شاخص های ناگویی خلقی، همچنان نمرات بالایی کسب می کنند (۵). به علاوه، این احتمال وجود دارد که رابطه ی بین ناگویی خلقی و اختلالات خوردن به واسطه گری یک عامل استرس زای دیگر صورت پذیرد. این یافته ها در واقع بیانگر این است که ممکن است نیمرخ های بالینی متنوعی وجود داشته باشد که در برگیرنده ی ارتباط جنبه های متفاوت ناگویی خلقی با جنبه های متفاوت آسیب شناسی خوردن است (۱۵). بیماران مبتلا به اختلالات خوردن در شناسایی و ابراز بیانی احساسات خود (به ویژه ابراز عواطف منفی و خشم) مشکل دارند (۱۶). این بیماران سعی می کنند با محدود کردن تجربیات هیجانی خود، از احساسات منفی و ترسناک اجتناب کنند. علاوه بر این، بیماران اختلال پرخوری عصبی ممکن است با دست زدن به رفتارهای پاکسازی، سعی در مقابله با احساسات منفی خود داشته باشند. اگر یکی از کاربردهای ناگویی خلقی اجتناب از واکنش احساسی باشد؛ بنابراین بیماران مبتلا به اختلال خوردن، ناگویی خلقی بیشتری دارند (۱۴). نتایج پژوهش های انجام شده از فرضیه ی ارتباط بین تجربیات تجزیه ای و اختلالات خوردن نیز حمایت می کند (۱۷). تعاریف مفهومی زیادی از تجزیه مطرح شده است. بیشتر این تعاریف بر این اصل توافق دارند که تجزیه یک نوع پردازش شناختی است که در انسجام موفقیت آمیز مسائلی که به طور معمول در سطح آگاهی کدگذاری می شوند، اختلال ایجاد می کند. پیر ژانت اولین کسی بود که اهمیت تجزیه را مورد توجه و مطالعه قرار داد و معلوم کرد که تجزیه چگونه می تواند به صورت انطباقی و غیر انطباقی به عنوان ابزاری برای مقابله با حوادث تروماتیک، مورد استفاده قرار بگیرد. به طور خاص تجزیه با تغییرات اساسی در توجه و حافظه همراه است که این به لحاظ روانشناسی هم می تواند مخرب باشد هم سازنده (۱۸). تجربیات تجزیه ای ممکن است در انواع مختلفی از اختلالات روانپزشکی وجود داشته باشد و

متغیرهای روانشناختی مربوط به اختلالات خوردن از اهمیت زیادی برخوردار است. ۲ نمونه از این عوامل مرتبط با اختلالات خوردن شامل ناگویی خلقی و تجربیات تجزیه ای می شود که ۲ پدیده ی متمایز هستند که همپوشی زیادی با یکدیگر دارند و هر دو در واقع راه کارهایی برای کنار آمدن با هیجانات منفی به شمار می آیند (۴،۳). محققین دریافته اند که بین ناگویی خلقی و اختلالات خوردن همبستگی قابل توجهی وجود دارد (۵). در واقع، بین اختلال کم خوری عصبی و ناگویی خلقی و بین اختلال پرخوری عصبی با ناگویی خلقی همبستگی زیادی گزارش شده است (۶،۷). اصطلاح ناگویی خلقی یا Alexithymia اولین بار توسط Sifneos (۱۹۷۳) در توصیف افرادی به کار برده شد که فقدان ظرفیت عاطفی آن ها، منجر به شکست در تشخیص و توصیف هیجانات و به کلام در آوردن آن ها می شد (۹،۸). در زبان یونانی "a" به معنای نبودن، "lexis" به معنای لغات و "thymos" به معنای هیجان می باشد، بنابراین اصطلاح آلکسی تایمیا به معنی فقدان لغت برای هیجانات است (۱۰). در توصیف ناگویی خلقی ۴ ویژگی عنوان شده که عبارتند از: «دشواری در شناسایی احساسات»، «دشواری در توصیف احساسات»، «دشواری در تمایزگذاری بین هیجانات و تحریکات بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی» و «سبک تفکر برون مدار» (۱۱). سازه ی ناگویی خلقی در انواع بیماران و با گستره وسیعی از آسیب شناسی روانپزشکی و بالینی و حتی در جمعیت های غیر بالینی مشاهده شده است. در زمینه ی سبب شناسی ناگویی خلقی نظرات متفاوتی عنوان شده است. برخی از پژوهشگران عقیده دارند که این سازه صفتی است (۱۲). در مقابل عده ای آن را پدیده ای وابسته به حالت می دانند (۱۳)؛ همچنین از دیگر علل ایجاد کننده آن به رویارویی فرد با وقایع تنیدگی زا و تروماتیک اشاره شده است (۹). ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن ممکن است ناشی از تجربیات تروماتیک مکرر در دوران کودکی فرد یا ناشی از سوء استفاده ی جنسی (ناگویی خلقی ثانویه) باشد، و نشانه های اختلال خوردن توأم با ناگویی خلقی ممکن

روش بررسی:

پژوهش حاضر از نوع همبستگی- توصیفی است که در آن ارتباط بین ناگویی خلقی و تجربیات تجزیه ای با اختلالات خوردن در دانشجویان مورد سنجش قرار گرفت؛ همچنین داده های حاصل از اجرای پرسشنامه ها با استفاده از نرم افزار SPSS و روش های آماری همبستگی و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. جامعه ی آماری این پژوهش، شامل همه ی دانشجویان دختر شهید چمران اهواز می شود که در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بودند. نمونه ی مورد بررسی در این پژوهش از ۳۲۵ دانشجوی دختر رده ی سنی ۲۰ تا ۲۴ سال (با میانگین سنی ۲۲ سال) تشکیل می شد که به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. بدین ترتیب که ابتدا از کل دانشگاه، دانشکده های اقتصاد، الهیات و روانشناسی و از هر دانشکده ۵ رشته و از هر رشته ۲۵ دانشجو برای پاسخگویی به پرسشنامه ها انتخاب شدند. در مجموع ۳۷۵ پرسشنامه توزیع گردید که ۳۴۲ پرسشنامه برگشت داده شد و از این تعداد، ۳۲۵ داده معتبر شناخته شده و مورد استفاده قرار گرفت.

ابزارهایی مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: ۱) پرسشنامه ی نگرش های خوردن (EAT-26): این پرسشنامه توسط گارنر و گریفینکل (۱۹۷۹) ساخته و توسط دژاکم و همکاران (۱۳۷۹) در ایران ترجمه و اعتباریابی گردید (۲۳). این مقیاس در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار غربالگری خودسنجی برای نگرش ها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به کار می رود و کارآمدی آن در شناسایی بی اشتهایی روانی تأیید شده است. این مقیاس ۲۶ ماده دارد و ۳ مولفه ی رژیم لاغری، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا و کنترل دهانی را بررسی می کند (۲۴). هر یک از سوالات این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت ۶ نقطه ای درجه بندی می شود، بدین ترتیب که پاسخ «همیشه» ۳ نمره، «بیشتر اوقات» ۲ نمره، «خیلی اوقات» ۱ نمره و ۳ گزینه باقی مانده شامل «گاهی اوقات»، «به ندرت» و «هرگز» ۰ نمره می گیرند؛ بنابراین نمره های

چندین مطالعه ی موردی بر شیوع حالات تجزیه ای در اختلالات خوردن تأکید دارد (۱۹). علاوه بر این، بسیاری از پژوهش های انجام شده در این زمینه دریافته اند که در مقایسه با افراد سالم گروه کنترل، نمونه های بالینی مبتلا به اختلالات خوردن سطوح بالاتری از تجربیات تجزیه ای را تجربه می کنند (۲۰). محققین دریافته اند که تجزیه در شدت پرخوری زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی نقش مهمی ایفا می کند و همچنین کیفیات تجزیه از جمله عدم کنترل، فراموشی و عدم تناسب از ویژگی های معمول و بارز رفتارهای پرخوری هستند که مشخصه های زوال واقعیت و زوال شخصیت را نیز شامل می شود (۲۱). Reto و همکاران تجزیه را به عنوان عامل خطر ساز پرخوری عصبی معرفی کردند (۲۲). یافته های پژوهش La Mela و همکاران نیز بیانگر این است تجربیات تجزیه ای جزئی از اختلالات خوردن هستند و به ویژه پرخوری عصبی با تجزیه همبستگی زیادی دارد (۲۱). تجربیات تجزیه ای به تاریخچه ی سوء استفاده و غفلت مربوط می شود و این ویژگی ها (سوء استفاده و غفلت) میان بیماران مبتلا به اختلالات خوردن شیوع بالایی دارد، به ویژه آن هایی که ویژگی های پرخوری عصبی دارند و همین می تواند وجود تجزیه ی بالا را در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن تبیین کند. این بیماران همچنین با مکانیسم های انکار، پس روی به تجربیات خوردن و روزه داری، تصویر تن معیوب، حساسیت های بدنی (مثل تحمل درد افزایش یافته) و مشکلات هویتی مشخص می شوند. این ویژگی ها ممکن است با اختلالات خوردن در فرایند تجزیه نیز مرتبط باشد. تجزیه همچنین به رفتارهای خود جرحی در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن نیز مرتبط است (۴).

با توجه به مطالب آورده شده در فوق و اهمیت بررسی متغیرهای روانشناختی مرتبط با اختلالات خوردن به ویژه در جمعیت زنان جوان، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی رابطه ی بین ناگویی خلقی و تجربیات تجزیه ای با نگرش های خوردن در دانشجویان دختر می باشد.

درونی مطلوب است (۳۴). در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

۳) مقیاس تجربیات تجزیه ای (DES): این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط Bernstein و Putnam ساخته شد، این مقیاس معمولاً برای اندازه گیری تجربیات تجزیه ای در نمونه های بالینی مورد استفاده قرار می گرفت (۳۵). مقیاس مذکور یک ابزار خودسنجی و غربالگری است که فراوانی تجربیات تجزیه ای را می سنجد. این مقیاس شامل ۲۸ تجربه ی تجزیه ای است و آزمودنی ها باید پاسخ گویند که آیا در زندگی روزانه ی خود این تجربیات را داشته اند یا خیر. از پاسخ دهندگان خواسته می شود از (هرگز) ۰٪ تا (همیشه) ۱۰۰٪ میزان تجربه ی خود را در هر ماده مشخص کنند و نمره ی میانگین این ۲۸ آیتم شامل ۱ نمره ی کل می شود. این ابزار ۳ خرده مقیاس دارد: تجزیه ی نادیده انگاری، تجربیات مسخ شخصیت- مسخ واقعیت و درگیری های تصویری و جذب شدگی (۳۶). مطالعات نشان داده اند که نمره ی بالاتر از ۱۵ نیازمند بررسی های بیشتر در زمینه ی تجزیه می باشد. نمره ی بالاتر از ۳۰ بیانگر احتمال بالای وجود اختلالات تجزیه ای و PTSD می باشد و نمره ی بالاتر از ۴۰ بیانگر احتمال بالای وجود اختلال هویت تجزیه ایست (۳۷).

در پژوهش Beck و Olsen، همسانی درونی مقیاس تجربیات تجزیه ای $\alpha=0/70$ ، پایایی آزمون باز آزمون $r=0/84$ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است (۱۸). در پژوهش سجادی پایایی این مقیاس بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد (۳۸). در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته ها:

به منظور بررسی رابطه ی میان نگرش های خوردن با تجربیات تجزیه ای و ناگویی خلقی، ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون آن ها با یکدیگر محاسبه شد. این نتایج در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

پرسشنامه ۲۶ سوالی EAT می تواند از ۰ تا ۷۸ باشد. نمره ۲۰ و بالاتر برای پرسشنامه ۲۶ سوالی EAT (نمره برش برای فرم اصلی) احتمال وجود اختلالات تغذیه ای را برای کسانی که در حد بستری شدن هستند را نشان می دهد (۲۵). روایی ملاک این آزمون با معیارهای DSM-IV برای اختلالات خوردن توسط Mintz و O'Halloran، ۰/۹ گزارش شده است (۲۶). در پژوهش ملازاده و همکاران این مقیاس بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس های رژیم غذایی، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا و کنترل دهانی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۴۷ و ۰/۵۶ به دست آمد (۲۷). در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد؛ ۲) مقیاس ناگویی خلقی تورنتو (TAS-۲۰): این مقیاس توسط Bagby و همکاران ساخته شده است و متشکل از ۲۰ ماده است که ۱) دشواری در شناسایی هیجانات (DIF)، ۷) ماده، ۲) اشکال در توصیف هیجانات (DEF)، ۵) ماده) و ۳) تمرکز بر تجارب بیرونی (EOT)، ۸) ماده، را می سنجد (۲۸، ۲۹). همه ی ۲۰ ماده ی این مقیاس بر اساس مقیاس ۵ نقطه ای لیکرت (۱-۵) نمره گذاری می شوند و نمره ی کل آن از ۲۰ تا ۱۰۰ است (۳۰). نمره ی برش در این مقیاس برای شناسایی ناگویی خلقی، ۵۶ است (۲۹). نمره ی ۶۱ یا بالاتر نشان دهنده ی وجود ناگویی خلقی است و نمره ی کمتر از ۶۱ بدون ناگویی- خلقی است (۳۰). با استفاده از این مقیاس می توان ناگویی خلقی مرزی را مشخص کرد که نمره ی برابر یا بیشتر از ۵۱ می باشد که ناگویی خلقی مرزی در واقع سطح نامعین یا متوسط ناگویی خلقی را در نتیجه ی نمره ی مقیاس نشان می دهد (۳۱، ۳۲). در پژوهش Paivio و McCulloch آلفای کرونباخ این مقیاس در نمونه ی ۱۰۰ نفری، برای کل مقیاس و خرده مقیاس دشواری در شناسایی هیجانات به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۸ به دست آمد (۳۳). در پژوهش بشارت پایایی مقیاس FTAS-۲۰ بر حسب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۸۵۰ و ابعاد DIF، DEF، EOT به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شد که نشان دهنده ی همسانی

نگرش های خوردن و تجربیات تجزیه ای رابطه ی مثبت معنی دار $t=37/8$ ($P<0/01$) دارند و همبستگی بین ناگویی خلقی و نگرش های خوردن نیز در سطح $t=11/3$ ($P<0/05$) معنی دار است.

به منظور بررسی ارتباط دقیق تر و نقش پیش بینی کنندگی ناگویی خلقی و تجربیات تجزیه ای برای اختلالات خوردن از تحلیل رگرسیون چند گانه (روش گام به گام) استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول شماره ۱: ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون بین نگرش های خوردن با تجربیات تجزیه ای و ناگویی خلقی

همبستگی پیرسون	تجربیات تجزیه ای	ناگویی خلقی
نگرش های خوردن	۳۷/۸**	۱۱/۳*

*: همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار است؛ **: همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

همان طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می کنید، نتایج همبستگی پیرسون بیانگر این است که

جدول شماره ۲: نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون ناگویی خلقی و تجربیات تجزیه ای با نگرش های خوردن، به روش ورود

متغیر وابسته	متغیر مستقل	ضریب همبستگی چند متغیری (MR)	ضریب تعیین (RS)	نسبت F و احتمال آن (P)	ضرایب رگرسیون (β)
نگرش های خوردن	تجربیات تجزیه ای	۰/۳۷	۰/۱۴	۳۶/۷ ($P<0/001$)	$\beta=37/8$ $t=6/06$ $P<0/001$
نگرش های خوردن	ناگویی خلقی	۱۱/۳	۰/۰۱	۲/۸۶ ($P<0/05$)	$\beta=11/3$ $t=1/69$ $P<0/05$

خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز بود. بر اساس یافته های پژوهش حاضر، تجربیات تجزیه ای و ناگویی خلقی پیش بین های خوبی برای اختلال خوردن در دانشجویان دختر هستند. همان طور که بر اساس پیشینه ی موجود انتظار می رفت، تحلیل همبستگی نشان داد که بین تجربیات تجزیه ای و نگرش های خوردن رابطه ی مثبت معنی دار وجود دارد. ضرایب همبستگی همچنین رابطه ی بین ناگویی خلقی و نگرش های خوردن را نیز تأیید کردند. چندین پژوهش صورت گرفته در دهه های اخیر نشان داده اند که ناگویی خلقی یکی از ویژگی های روانشناختی

با توجه به جدول شماره ۲ ملاحظه می شود که ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی متغیرهای ناگویی خلقی و تجربیات تجزیه ای با نگرش های خوردن در دانشجویان دختر به ترتیب برابر با $MR=0/37$ و $MR=11/3$ است و نسبت F به ترتیب برابر با ۳۶/۷ و ۲/۸۶ که در سطح $P\leq 0/001$ و $P\leq 0/05$ معنی دار است.

بحث:

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی رابطه ی ناگویی خلقی و تجربیات تجزیه ای با نگرش های

از طریق تأثیر منفی بر بیان بالینی اختلال و دیگری از طریق تأثیر منفی بر پاسخ بیمار به مداخلات درمانی. باید توجه داشت که قدرت پیش بینی ناگویی خلقی محدود است (بدین معنی که ناگویی خلقی واریانس کوچکی از پیامدهای بالینی را تبیین می کند)؛ با این حال ناگویی خلقی حتی پس از لحاظ کردن تأثیرات درمانی و در نظر گرفتن تأثیر علائم شدید بالینی از جمله افسردگی، هنوز هم یک عامل مهم در اختلالات خوردن به شمار می رود. چراکه ناگویی خلقی می تواند با افزایش مقاومت بیمار به درمان و کاهش بازده راهبردهای درمانی بر پیامد اختلالات خوردن تأثیر منفی داشته باشد (۱۵).

این پژوهش محدودیت هایی داشته است، از جمله این که پژوهش حاضر جزء مطالعات همبستگی به شمار می آید و بنابراین روابط علی بین متغیرها را نشان نمی دهد. در واقع یافته های این نوع از تحقیقات نسبت به روش های آزمایشی و شبه آزمایشی از قاطعیت کمتری برخوردار است. از دیگر محدودیت های پژوهش این که به دلیل برخی از ملاحظات روش شناختی، گروه نمونه غیر بالینی محدود به دانشجویان دختر بود که این افراد ممکن است نماینده ی بیماران مبتلا به اختلالات خوردن نباشند. در پژوهش حاضر، برای اندازه گیری ناگویی خلقی فقط از مقیاس TAS-۲۰ استفاده شد و این می تواند به عنوان یک محدودیت در نظر گرفته شود؛ چراکه این مقیاس دربرگیرنده ی ماده های خیال پردازی ها و رویاهای روزانه نیست، چراکه این ماده ها در سال ۱۹۹۴، به دلیل همبستگی بالا با مطلوبیت اجتماعی و همبستگی پایین آن با کل مقیاس حذف شدند و عدم پایایی این خرده مقیاس در چندین مطالعه ی دیگر نیز مشاهده شده است (۴۵،۲۸).

نتیجه گیری:

در مجموع، پژوهش حاضر این فرضیه را به آزمایش گذاشت که اختلالات خوردن با ناگویی خلقی

اختلالات خوردن است. بر طبق یافته های تحقیقات صورت گرفته، شیوع ناگویی خلقی در نمونه های بالینی بین ۱۱٪ تا ۴۸٪ است (۴). با این حال نتایج تحلیل رگرسیون پژوهش حاضر بیانگر وجود رابطه ی نه چندان قوی اما معنی دار میان اختلالات خوردن و ناگویی خلقی است.

یافته های پژوهش حاضر در باب رابطه ی معنی دار بین تجربیات تجزیه ای و اختلالات خوردن با یافته های برخی محققین همسوست (۲۱، ۳۹، ۴۰)؛ همان طور که پیش از این اشاره شد از بین اختلالات خوردن، پرخوری عصبی همبستگی قوی تری با تجربیات تجزیه ای دارد. رابطه ی بین پرخوری عصبی و تجربیات تجزیه ای از دیدگاه های مختلفی قابل بررسی است. بر طبق نظریه ی شناختی رفتاری، بیش ارزش گذاری وزن و شکل بدن (به همراه کمال گرایی) در حفظ و تداوم اختلالات خوردن از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. بر طبق نظریه ی تنظیم خلق، تجزیه می تواند به عنوان یک پدیده ی مجزا به موازات علائم پرخوری عصبی وجود داشته باشد و عملکرد آن کاهش خودآگاهی یا کاهش حالات هیجانی منفی باشد. بر طبق تئوری گریز، با محدود کردن آگاهی، تجزیه بیماران را قادر می سازد تا رفتارهای پرخوری را آغاز کنند، بدون اینکه درگیر پیامدهای طولانی مدت رفتارهای غیر طبیعی خوردن (سنگین وزن شدن، خود بیزاری و احساس گناه) شوند (۲۱).

یافته های پژوهش حاضر در باب رابطه ی ناگویی خلقی و اختلالات خوردن با یافته های پژوهش برخی محققین همسوست (۱۵، ۴۴-۴۱). نتایج پژوهش Eizaguirre و همکاران بیانگر این است که ناگویی خلقی در اختلالات خوردن بیشتر به اختلالات خلقی مربوط است تا رفتارهای خوردن و این می تواند تبیین کننده ضعف ناگویی خلقی در پیش بینی اختلالات خوردن باشد که از جمله یافته های پژوهش حاضر است (۴۲). ناگویی خلقی به ۲ طریق می تواند بر پیامدهای بالینی اختلالات خوردن تأثیرگذار باشد؛ یکی

نگهداری اختلالات خوردن مطالعات طولی صورت پذیرد. امید است که پژوهش حاضر توانسته باشد اطلاعات بیشتر و بینش بهتری در باب زیر ساخت های روانشناختی اختلالات خوردن فراهم آورده باشد.

تشکر و قدردانی:

از کلیه ی دانشجویان عزیز دانشگاه شهید چمران اهواز که در راستای انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، سپاسگزاری می کنیم.

و تجربیات تجزیه ای در دختران همبستگی دارد یا خیر، این پژوهش همچنین شواهد بیشتری در حمایت از ارتباط میان اختلالات خوردن و تجربیات تجزیه ای ارائه داد و همچنین دریافت که ناگویی خلقی در پیش بینی اختلالات خوردن نقش مهمی ایفا می کند. پیشنهاد می شود انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه می تواند دلیل همبستگی ضعیف میان ناگویی خلقی و اختلالات خوردن را مشخص کند؛ همچنین لازم است برای مشخص کردن میزان تأثیر تجزیه بر رشد و

منابع:

1. Speranza M, Corcos M, Loas G, Stephan P, Guilbaud O, Perez-Diaz F, et al. Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Res.* 2005; 135(2): 153-63.
2. Keating L, Tasca GA, Hill R. Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eat Behav.* 2013; 14(3): 366-73.
3. Tolmunen T, Honkalampi K, Hintikka J, Rissanen ML, Maaranen P, Kylma J, et al. Adolescent dissociation and alexithymia are distinctive but overlapping phenomena. *Psychiatry Res.* 2010; 176(1): 40-4.
4. Iancu I, Cohen E, Yehuda YB, Kotler M. Treatment of eating disorders improves eating symptoms but not alexithymia and dissociation proneness. *Compr Psychiatry.* 2006; 47(3): 189-93.
5. Fenwick AS, Sullivan KA. Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample. *Psychiatry Res.* 2011; 189(2): 299-304.
6. Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Bourke MP. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *J Psychosom Res.* 1996; 41(6): 561-8.
7. De Groot JM, Rodin G, Olmsted MP. Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry.* 1995; 36(1): 53-60.
8. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 1973; 22(2): 255-62.
9. Meijer-Degen F, Lansen J. Alexithymia- A challenge to art therapy: The story of Rita. *Art Psychother.* 2006; 33(3): 167-79.
10. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness: Cambridge University Press; 1999.
11. Ridings LE, Lutz-Zois CJ. Emotional dysregulation and borderline personality disorder: explaining the link between secondary psychopathy and alexithymia. *Pers Individ Dif.* 2014; 57: 14-9.
12. De Gucht V. Stability of neuroticism and alexithymia in somatization. *Compr Psychiatry.* 2003; 44(6): 466-71.
13. Haviland MG, Warren WL, Riggs ML. An observer scale to measure alexithymia. *Psychosomatics.* 2000; 41(5): 385-92.

14. Iancu I, Dannon PN, Poreh A, Lepkifker E, Grunhaus L. Alexithymia and suicidality in panic disorder. *Compr Psychiatry*. 2001; 42(6): 477-81.
15. Speranza M, Loas G, Wallier J, Corcos M. Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *J Psychosom Res*. 2007; 63(4): 365-71.
16. Zonnevillle-Bender MJ, Van Goozen SH, Cohen-Kettenis PT, Van Elburg A, Van Engeland H. Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2002; 11(1): 38-42.
17. Schauer M, Elbert T. Dissociation following traumatic stress: Etiology and treatment. *J Psychol*. 2010; 218: 109-27.
18. Olsen SA, Beck JG. The effects of dissociation on information processing for analogue trauma and neutral stimuli: A laboratory study. *J Anxiety Disord*. 2012; 26(1): 225-32.
19. Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ. Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; 41(8): 682-7.
20. Waller G, Babbs M, Wright F, Potterton C, Meyer C, Leung N. Somatoform dissociation in eating-disordered patients. *Behav Res Ther*. 2003; 41(5): 619-27.
21. La Mela C, Maglietta M, Castellini G, Amoroso L, Lucarelli S. Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Compr Psychiatry*. 2010; 51(4): 393-400.
22. Reto CS, Dalenberg CJ, Coe MT. Dissociation and physical abuse as predictors of bulimic symptomatology and impulse dysregulation. *Eat Disord*. 1993; 1(4): 226-39.
23. Zarghami M, Chime N. A survey on the frequency of unusual eating attitudes and its correlated factors in high school students of Sari. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2003; 40: 70-8.
24. Azimzade B, Razavi A, Mohareri MR. The investigation of the relationship between eating disorders and body checking behaviors in students of Islamic Azad University of Arsenjan. *Keep Rafa At Pool*. 2009; 42: 124-48.
25. Amirsasan R, Seyed Musavi M. The investigation of eating disorders in athletic and nonathletic girl with different body style. *J Metab Exerc*. 2012; 2(1): 35-49.
26. Mintz LB, O'Halloran MS. The eating attitudes test: Validation with DSM-IV eating disorder criteria. *J Pers Assess*. 2000; 74(3): 489-503.
27. Mollazade R, Kafi SM, Yegane T. The relationship of mental health with eating disorders in girl students of Gilan University. *J Gilan Univ Med Sci*. 2012; 4(65): 55-60.
28. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994; 38(1): 23-32.
29. Loas G, Speranza M, Pham-Scottez A, Perez-Diaz F, Corcos M. Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *J Psychosom Res*. 2012; 72(2): 147-52.
30. Evren C, Cinar O, Evren B. Relationship of alexithymia and dissociation with severity of borderline personality features in male substance-dependent inpatients. *Compr Psychiatry*. 2012; 53(6): 854-9.
31. Canan F, Ataoglu A, Ozcetin A, Icmeli C. The association between Internet addiction and dissociation among Turkish college students. *Compr Psychiatry*. 2012; 53(5): 422-6.
32. Nicolo G, Semerari A, Lysaker PH, Dimaggio G, Conti L, D'Angerio S, et al. Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Res*. 2011; 190(1): 37-42.
33. Paivio SC, McCulloch CR. Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse Negl*. 2004; 28(3): 339-54.
34. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep*. 2007; 101(1): 209-20.

35. Wright DB, Loftus EF. Measuring dissociation: Comparison of alternative forms of the dissociative experiences scale. *Am J Psychol.* 1999; 112(4): 497-519.
36. Renard SB, Pijnenborg M, Lysaker PH. Dissociation and social cognition in schizophrenia spectrum disorder. *Schizophr Res.* 2012; 137(1-3): 219-23.
37. Kianpoor M, Ghanizadeh A, Badii H. The Relationship between dissociative experiences and the success of treatment through abstinence from opioid-use disorders. *Zahedan J Res Med Sci.* 2012; 14: 56-60.
38. Sajadi SF, Zargar Y, Honarmand MM, Arshadi N. Designing and testing a model of some precedents and outcomes of borderline personality disorder in high school students of Shiraz. *Int J School Health.* 2015; 2(3): 28-32.
39. Tyszkiewicz FM, Mussap AJ. The relationship between dissociation and being eating. *J Trauma Dissociation.* 2008; 9(4): 445-62.
40. Lightstone J. Dissociation and compulsive eating. *J Trauma Dissociation.* 2004; 5(4): 17-32.
41. Corcos M, Guilbaud O, Speranza M, Paterniti S, Loas G, Stephan P, et al. Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Res.* 2000; 93(3): 263-6.
42. Eizaguirre AE, Cabezón AOS, Alda IO, Olariaga LJ, Juaniz M. Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Pers Individ Dif.* 2004; 36: 321-31.
43. Quinton S, Wagner HL. Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Pers Individ Dif.* 2005; 38: 1163-73.
44. Van Strien T, Ouwens MA. Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eat Behav.* 2007; 8(2): 251-7.
45. Kiyotaki Y, Yokoyama K. Relationships of eating disturbances to alexithymia, need for social approval, and gender identity among Japanese female undergraduate students. *Pers Individ Dif.* 2006; 41: 609-18.

A survey on the relationship between alexithymia and dissociation experiences with eating attitudes in girl students of Shahid Chamran University of Ahvaz

Sajadi SF*, Dehghanizadeh Z

Clinical Psychology Dept., Young Researchers and Elite Club, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, I.R. Iran.

Received: 14/Jun/2014 Accepted: 20/Jan/2015

Background and aims: Numerous studies have demonstrated that the prevalence of eating disorders in recent years, especially in young girls, had increased and this can be considered as heterogeneous - multi factorial syndrome. The current study was aimed to investigate the relationship between dissociative experiences and alexithymia with eating attitudes in female students.

Methods: This is a correlational descriptive design and the statistical population included the girl students of Shahid Chamran University in educational year of 91-92, which 325 female undergraduate students were selected via multi-phase random clustering and completed the following rating scales; Eating Attitudes Test-26 (EAT-26), Alexithymia Questionnaire (TAS-20), and Dissociative Experiences Scale (DES-28). Data were analyzed was performed using the Pierson correlation and stepwise multiple regression analysis.

Results: Correlation between alexithymia and eating attitudes was significant ($r=37.8$, $P=0.01$), and there was a significant positive correlation between dissociative experiences and eating attitudes ($r=37.8$, $P=0.01$).

Conclusion: The results highlight a significant association between eating disorders symptoms, dissociative experiences and alexithymia, but the dissociative experiences are stronger predictor for eating disorders symptoms.

Keywords: Eating attitudes, Alexithymia, Dissociative experiences.

Cite this article as: Sajadi SF, Dehghanizadeh Z. A survey on the relationship between alexithymia and dissociation experiences with eating attitudes in girl students of Shahid Chamran University of Ahvaz. J Shahrekord Univ Med Sci. 2016; 18(5): 8-17.

***Corresponding author:**

Clinical Psychology Dept., Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, I.R. Iran.
Tel: 00989173046244, E-mail: f-sajadi@mscstu.scu.ac.ir